

Naissance de la spécialité

par Charles Dive (1926 - professeur émérite 1992)



Avant-propos

Les lignes qui suivent ne reposent ni sur des archives, ni sur un journal relatant faits et événements, mais seulement, tout au moins pour la période la plus lointaine, sur ce qui s'est fixé dans la mémoire et sur quelques documents précieusement conservés. Elles n'ont dès lors d'autre portée que l'intérêt pour une histoire vécue et pour les réflexions que cette rétrospection inspire. Des souvenirs s'estompent, d'autres resurgissent ; que le lecteur pardonne les inexactitudes et les omissions.

Les fondements

C'était au début de l'année 1954. J'avais incidemment rencontré Pierre Bodart dans la cour intérieure de la petite clinique du Sacré-Cœur, située à l'ombre de l'hôpital Saint-Pierre de Louvain, dans laquelle les professeurs de la Faculté de médecine hébergeaient leurs malades privés, et j'étais loin de me douter que notre conversation allait déterminer notre avenir professionnel à tous deux. Candidats spécialistes en médecine interne, nous marquions l'un et l'autre une préférence pour la gastro-entérologie et avons suivi jusqu'alors un parcours fort similaire.

À la fin du troisième doctorat, en 1950, j'avais été admis comme « interne » dans le service de médecine interne du Pr P. Lambin. Au cours de la dernière année des études de médecine, l'interne, au lieu d'effectuer les trois stages classiques de quatre mois en médecine interne, chirurgie et gynécologie-obstétrique, séjournait dans un même service durant la totalité de l'année et bénéficiait ainsi d'une meilleure intégration que les « stagiaires ». L'année suivante, je devenais assistant en médecine interne. À l'origine de cette décision, il ne m'est pas possible de dissocier ce qui résulte de l'attrait personnel pour la spécialité de ce qui relève de l'ascendant exercé par les maîtres sur l'étudiant. Lors des leçons de clinique médicale, nous avons pu apprécier la clarté des démonstrations du Pr P. Lambin. Dans le service qu'il guidait d'une main discrète mais ferme, il révélait un sens clinique étonnant par une interprétation subtile des symptômes et les évidentes conclusions qui en découlaient ¹. Il impressionnait par l'étendue de sa culture, par la sûreté de son jugement. Il était aussi lucide et clairvoyant, mais je ne me suis rendu compte de ceci que plus tard.

Après la retraite du Pr L. Maldague en 1948, la chaire de Clinique médicale est confiée conjointement aux Prs J.P. Hoet et P. Lambin ; il s'ensuit une division de la médecine interne en deux services distincts, situés l'un et l'autre dans l'hôpital Saint-Pierre. C'est un édifice de style néoclassique datant de 1849, construit par la ville de Louvain à l'emplacement d'un ancien hôpital dont les premières constructions, une grande salle de malades attenante à une chapelle, remontent à 1220 ². Au fil des siècles, de nombreuses modifications et extensions seront apportées, mais la destination initiale de maison de soins sera conservée. L'hôpital est dirigé par l'ordre des Sœurs Augustines Hospitalières, sous la tutelle de l'évêque de Liège puis de celui de Malines, jusqu'à la confiscation des biens de l'Église lors de l'occupation française en 1797. Devenu hôpital municipal, il est géré par la commission d'assistance publique de la ville. Les religieuses, dépossédées de leur propriété, n'ont pas été expulsées ; elles ont même accepté de continuer à prendre en charge l'organisation des soins infirmiers. Mais simultanément, elles ouvrent deux petites cliniques contiguës et

¹ Une anecdote illustre ces traits. Étant de garde ce week-end, j'avais reçu en urgence, le dimanche soir, une jeune fille d'une vingtaine d'années, amenée par son médecin généraliste qui, en première hypothèse, suspectait un rhumatisme articulaire aigu. À l'examen, il me paraît s'agir plutôt d'une polynévrite ; les examens effectués le lendemain confirment l'atteinte neurologique, mais ne me permettent pas d'en déterminer l'origine. Ayant ainsi présenté l'observation (les présentations de cas devaient être concises) au tour de salle le mardi matin, M. P. Lambin : « Perdez-vous vos cheveux, mademoiselle ? » Avant toute réponse, le Dr J. Sonnet, au chevet du lit, passe la main sur la tête de la patiente et la retire chargée d'une touffe de cheveux. M. P. Lambin de poursuivre : « C'est une intoxication au thallium ; elle doit avoir pris de la mort aux rats » et, s'avançant vers le lit suivant : « sans doute une histoire d'amour, Dive ! ». L'histoire fut discrètement confirmée, l'alopécie guérit, il restait à me documenter sur le thallium dont j'ignorais tout jusqu'alors.

² De cette époque, subsiste une porte romane qui donnait accès à la grande salle.

attenant à l'hôpital, destinées aux malades privés des professeurs : la clinique du Sacré-Cœur et la clinique Saint-Joseph.

Saint-Pierre à Louvain a été conçu selon les normes en vigueur dans les hôpitaux publics au XIX^e siècle : des grandes salles d'une vingtaine de patients et quelques chambres d'isolement. Il héberge les services cliniques de la Faculté de médecine de l'Université. Après la division en deux sections linguistiques, il demeure l'hôte des services de médecine, de chirurgie et de gynécologie de la section francophone (jusqu'en 1977).

Au moment de leur entrée en fonction, le principal sujet de préoccupation des nouveaux titulaires de la Clinique médicale n'est pas tant la vétusté des lieux (les malades, encore marqués par les privations de cinq années de guerre, s'accommodent généralement bien de la vie en salle commune) que leur inadaptation aux nouvelles méthodes d'investigation clinique développées durant les dix précédentes années. Il existe bien un laboratoire intégré à la médecine interne. Mais c'est un local exigu où François Godts, technicien compétent et dévoué, pratique les analyses biochimiques les plus courantes, telles que dosage de glucose et d'urée dans le sang, examen d'urines et des liquides d'épanchement. Les examens hématologiques seront bientôt effectués dans une petite pièce annexe par Mlle E. Schulzen, formée dans le laboratoire de recherches du Pr P. Lambin. Les assistants de médecine interne s'initient à ces méthodes et les pratiquent durant le week-end. S'il y a lieu de procéder à d'autres analyses, qu'elles soient chimiques, bactériologiques, sérologiques ou morphologiques, il faut recourir aux laboratoires d'autres instituts ou à des centres de recherche dispersés dans la ville. Rassembler les laboratoires³ et créer des unités dirigées par des jeunes de talent pour leur permettre de maîtriser les techniques nouvelles et de prendre part à leur développement constituent un objectif prioritaire. Il implique une extension des locaux. Trois baraquements de style militaire sont construits en hâte dans le jardin de l'hôpital ; disposés parallèlement, ils communiquent entre eux par un quatrième baraquement, doté d'un étage, s'ouvrant à l'arrière de l'hôpital. Ces « baraques », qu'officiellement on qualifiait de pavillons, vont devenir la source énergétique de la clinique. Devant être transitoires, elles survivront plus de 20 ans et généreront plus de 20 thèses d'agrégation de l'enseignement supérieur. Ces conditions nouvelles permettent de satisfaire aux exigences de l'université pour « créer et dispenser le savoir » ; les stages à l'hôpital permettent aux futurs

³ La « biologie clinique », selon le concept actuel du ministère de la Santé et de l'INAMI, n'existe pas encore et l'école de « laborantines » créée par M. P. Lambin n'est pas encore ouverte.

médecins généralistes d'acquérir aussi le « savoir faire », mais un handicap important subsiste : faute d'une dimension suffisante, de conditions locales et d'un environnement adéquats ⁴, l'hôpital ne peut offrir aux futurs spécialistes en médecine interne la possibilité de se familiariser avec les particularités cliniques et techniques des différents domaines de la spécialité. À cet égard, en relation avec la réputation acquise par le chef du service, deux domaines sont privilégiés : l'endocrinologie, particulièrement la diabétologie, chez M. J.P. Hoet, l'hématologie chez M. P. Lambin. Pour combler les manques, M. P. Lambin engage les assistants à consacrer au moins une année de leur spécialisation à un stage dans un service étranger, chacun étant maître du choix du domaine à approfondir comme du pays où séjourner. Je choisis la gastro-entérologie. Touchant à plusieurs organes de nature et de fonction très différentes, elle m'apparaissait d'accès plus difficile que les spécialités centrées sur un organe.

L'école française de gastro-entérologie jouissait d'une bonne renommée, particulièrement sur le plan de la pratique médicale. À Paris, elle se cristallisait autour de quelques maîtres issus des concours des hôpitaux de l'Assistance Publique de la ville, généralement sans titre à la Faculté de médecine. Le Dr André Lambling, chef du service de gastro-entérologie médicale de l'hôpital Bichat, était l'un d'eux. Ainsi que René Jadot, assistant de Louvain lui aussi, j'avais été engagé dans son service en qualité de résident étranger pour l'année 1952-1953. Il nous reçut avec courtoisie, s'informa de nos activités antérieures et de nos objectifs, nous invita à prendre contact avec ses chefs de clinique, J.J. Bernier et S. Bonfils ⁵, en vue d'un travail de recherche et nous fit ensuite conduire à la consultation où J. Soullard, son assistant, dirigeait l'activité clinique des internes, externes et résidents, tout en réservant les problèmes complexes pour le « patron » qui terminait la séance matinale par l'examen de ces cas difficiles. La consultation devint mon menu quotidien ; j'y appris à interpréter et à transcrire les plaintes des malades, à reconnaître les maladies dans leurs divers aspects par une analyse méticuleuse des signes cliniques, à concevoir l'aspect d'une lésion à partir de son image radiologique. Car, sauf pour le rectum et l'anus directement examinés par endoscopie, la radiographie était le principal et souvent le seul moyen d'objectiver les lésions du tube

⁴ La médecine interne compte une centaine de lits d'hospitalisation, répartis en deux services généraux et indépendants. La polyclinique ne reçoit qu'un petit nombre de malades de la ville et de la région, ceux-ci consultant de préférence les services de l'aile néerlandophone de l'université, installée Voer des Capucins dans des bâtiments spacieux, construits pendant l'entre-deux-guerres.

⁵ Tous deux étaient appelés à une brillante carrière académique et hospitalière.

digestif. L'œsophagoscopie, qui se pratique alors avec un instrument rigide, et la gastroscopie, avec un appareil semi-rigide ⁶, ne sont envisagées qu'à titre exceptionnel et en seconde intention, lorsque les images radiologiques sont apparues suspectes et d'interprétation douteuse.

Le service de A. Lambling est réputé pour son souci constant d'objectivité, pour la rigueur de ses recherches sur la physiologie et la pathologie de l'estomac ⁷, ainsi que pour son expérience en pathologie colique et ano-rectale. En clinique hépato-biliaire, le maître incontesté est Jacques Caroli, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Chaque semaine, il anime avec éclat une séance d'exposés cliniques et de démonstrations des techniques nouvelles : ponction-biopsie du foie, laparoscopie, radiomanométrie biliaire. Sous forme d'aphorismes, il formule des propositions d'application pratique qui témoignent d'un sens aigu de l'observation.

Une fois par mois - le deuxième lundi - la société nationale française de gastro-entérologie se réunit à Paris. Pour les gastro-entérologues de tout l'hexagone, rejoints par des collègues de Suisse romande et de Belgique, c'est l'occasion d'un week-end d'étude et de rencontres. Présentations et discussions de cas exceptionnels se succèdent ; elles concernent le foie et les voies biliaires le samedi soir dans le service de J. Caroli, la pathologie gastrique autour de R.A. Gutmann ⁸ le dimanche matin, la radiologie le dimanche après-midi dans le service de P. Porcher, l'interprétation d'images anatomo-pathologiques par G. Albot et Mme Parturier-Albot le lundi matin. La séance de la société, le lundi après-midi rue de Seine, clôture le (côté studieux du) week-end. Les sujets sont traités de manière plus générale, mais toujours d'un intérêt pratique ; ils donnent lieu à commentaires et parfois à vives discussions ; le duel opposant Gutmann à Lambling à propos de la radiologie et de l'évolution du cancer gastrique est passé dans la légende, l'engagement n'interdisant en rien l'élégance du verbe.

De retour à Louvain, il est désormais établi que je serai gastro-entérologue. À la différence du milieu universitaire où le service de médecine interne constitue un ensemble unitaire, en pratique de ville, de même que dans la

⁶ En France, la gastroscopie fut introduite par F. Moutier. Les gastroscopes sont dérivés de celui de Wolf - Scindler datant de 1932. Leur extrémité distale est modérément flexible, mais leur partie proximale est rigide. Le système optique à vision latérale est fixe et ne permet pas d'examiner la totalité de la cavité gastrique ni d'effectuer des biopsies dirigées.

⁷ À l'initiative de J.J. Bernier, j'ai procédé à un travail relatif aux mécanismes de la sécrétion exocrine de l'estomac. Cette étude fut à la base de ma nomination d'assistant étranger des Hôpitaux de Paris, le 1^{er} avril 1954.

⁸ R.A. Gutmann fut le premier à décrire les images radiologiques du cancer de l'estomac au stade de début.

plupart des cliniques, la règle est d'exercer une spécialité dans un domaine de la médecine interne. La gastro-entérologie belge s'est très tôt structurée et, comme en France, ce fut à l'initiative de praticiens. En 1928, G. Brohée, entouré de médecins et chirurgiens, a fondé une société nationale ; en 1933, avec J. Massion et L. Daumerie, il a créé une revue qui deviendra les « *Acta Gastroenterologica Belgica* »⁹. Dans les années 50, la société nationale, qui se réunit chaque mois à l'instar de la société française, témoigne d'une grande vitalité ; elle la doit au dynamisme de son secrétaire général, le Dr J. Massion, ainsi qu'à sa nature pluridisciplinaire. Les médecins, chirurgiens, radiologues qui la composent s'enrichissent mutuellement de leurs expériences¹⁰.

Dans le service de médecine du Pr J.P. Hoet aussi, un des assistants manifeste un intérêt particulier pour la gastro-entérologie, le Dr Pierre Bodart. Au quotidien, nous échangeons nos observations, analysons ensemble les résultats d'examens biologiques et les documents radiologiques, confrontons nos points de vue. Nous nous faisons part de nos lectures, nous rédigeons en commun la présentation de cas pour la revue locale et assistons aux séances mensuelles de la société. Quand vint ce jour de l'été 1954, où, nous rencontrant dans la clinique du Sacré-Cœur et évoquant l'avenir, Pierre lança : « Si on s'installait ensemble ? » « Pourquoi pas, répondis-je, nous pourrions ainsi couvrir tous les aspects de la spécialité : la clinique, le laboratoire, la radiologie, l'endoscopie ». Quelques jours plus tard, Pierre reprit : « Je ferai la radio ». Je savais son talent pour saisir le sens d'une image et sa persévérance pour le révéler à la perfection. À moi d'affiner la clinique, d'équiper le laboratoire et d'acquérir la maîtrise des techniques endoscopiques !

Namur, le premier chantier

Deux années ont passé. Originaires tous deux de la région namuroise, c'est naturellement à Namur que nous avons fixé le point de chute. La ville est en plein renouveau après les destructions subies lors des bombardements de 1944 ; un nouveau pont - le pont des Ardennes - a été construit sur la Meuse et autour de lui surgissent de nouveaux immeubles. C'est dans l'un d'eux, en cours de construction, que s'organise le cabinet médical comportant clinique, laboratoire et radiologie. Un cabinet commun à plusieurs médecins est alors chose inusitée ; les spécialistes comme les généralistes consultent dans un bureau personnel, le plus souvent à leur domicile ; les polycliniques mutualistes

⁹ On doit aussi à G. Brohée l'organisation du premier congrès mondial de gastro-entérologie qui eut lieu à Bruxelles en 1935 et, avec L. Standaert, celle du premier congrès des sociétés nationales européennes et méditerranéennes (ASNEMGE) à Lausanne en 1948.

¹⁰ L'unité nationale sera rompue en 1964 par la division en deux sociétés indépendantes de régime francophone et néerlandophone.

sont en voie d'élaboration ; les hôpitaux n'accueillent les malades ambulants qu'en vue de techniques spéciales.

D'emblée, notre organisation s'avère efficiente, sollicitée par les omnipraticiens pour une prise en charge globale et rapide des problèmes posés par leurs patients. Les examens sont pratiqués dans la matinée et, après concertation l'après-midi, compte rendu, résultats et rapport sont envoyés le soir. La relation privilégiée avec les généralistes a aussi pour effet d'opérer une présélection des patients, de sorte que la proportion de maladies organiques est particulièrement élevée.

Les investigations se limitent généralement à ce qui apparaît nécessaire pour confirmer ou infirmer le diagnostic présumé au terme de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

La radiologie occupe une position dominante. Elle constitue quasiment la seule méthode de détection des lésions du tractus digestif. On a du mal à imaginer actuellement, à l'époque de l'écran de télévision, les conditions dans lesquelles s'opéraient alors les examens. Sur l'écran fluorescent, en dépit de la demi-obscurité de la salle d'examen et d'une longue période d'accommodation, le produit de contraste est à peine visible ; il s'ensuit des prises de clichés successives et un va-et-vient incessant de l'écran à la chambre noire de développement, jusqu'à détecter l'incidence et la compression de l'organe démontrant le mieux les caractéristiques de l'anomalie repérée.

Le laboratoire se limite à des analyses biochimiques. Mlle M.T. Dardenne en assure le fonctionnement avec compétence. Sur les conseils de M. P. Lambin, elle s'est familiarisée avec les différentes techniques dans le laboratoire du Dr E. Dofny à Charleroi. À côté des examens de base comme l'hémogramme, la vitesse de sédimentation globulaire, la glycémie, l'azotémie, l'analyse d'urine, les investigations biologiques tentent de démontrer la maladie d'un organe par une altération de sa fonction.

* Fonctions du foie par l'épreuve de galactosurie provoquée ou par la mesure de la rétention de brome-sulfone-phthaléine (BSP) dans le sang après injection intraveineuse, par les tests de floculation (réactions de Takata au sublimé et de Mac Lagan au thymol), indicateurs d'un déséquilibre des protéines du sérum ¹¹.

* Fonction d'excrétion biliaire par la détermination du taux des phosphatases alcalines dans le sérum sanguin ainsi que par la mesure du délai d'apparition de la BSP dans la bile.

* Fonction de l'estomac par la mesure de la sécrétion acide recueillie par tubage gastrique.

¹¹ L'électrophorèse des protéines, bientôt d'application clinique, est le sujet de thèse du Pr J. Sonnet. Le dosage des transaminases et autres enzymes est introduit au début des années 60.

* Fonction pancréatique par le dosage de l'amylase et par l'étude de la sécrétion de bicarbonates dans le liquide pancréatique, collecté par tubage duodénal.

* Fonctions intestinales par la recherche de sang et de parasites dans les selles et leur examen au microscope ; pour étudier plus précisément la digestion et l'absorption, par une épreuve d'hyperglycémie et un dosage des graisses fécales.

À l'exception de la rectoscopie, les endoscopies s'effectuent en milieu hospitalier sous anesthésie locale. L'oesophagoscopie et la gastroscopie sont peu pratiquées ; souvent mal tolérées en raison de la rigidité des appareils, elles sont loin d'apporter toujours la réponse aux questions non résolues par l'examen radiologique. Il n'en est pas de même pour la laparoscopie, complétée parfois par une biopsie, qui s'impose comme méthode de référence pour objectiver une lésion du parenchyme hépatique, déterminer l'origine d'une cholostase ou affirmer l'existence d'une tumeur.

L'ulcère et le cancer de l'estomac sont parmi les maladies les plus fréquentes, surtout chez l'homme. On estime qu'après la cinquantaine, 10 % des hommes ont eu un ulcère et que la mortalité annuelle par cancer de l'estomac est de 50 à 70 pour 100 000 sujets. L'extrême rigueur dans l'analyse des clichés radiologiques mentionnée ci-dessus exprime la préoccupation de détecter le cancer à ses stades les plus précoces et de distinguer l'ulcère bénin du cancer. Par précaution, toute ulcération gastrique, même présumée bénigne, fait l'objet d'un contrôle radiologique après six semaines de traitement médical. Faute de connaître la cause de la maladie ulcéreuse, la thérapeutique se base sur un vieil adage « pas d'acide, pas d'ulcère » et consiste à diminuer la production d'acide et à neutraliser l'acide sécrété, respectivement par des anticholinergiques et des poudres antiacides. Certains, de manière empirique, prescrivent un « pansement » à base de bismuth et des injections d'oxyferriscorbone sodique. On peut se demander si, sans le savoir, ils n'inhibaient pas le développement de *Helicobacter pylori*, microbe dont on apprendra le rôle dans la genèse de l'ulcère trente ans plus tard. Conséquence directe de l'incidence élevée des maladies gastriques : le grand nombre de gastrectomies pratiquées, davantage encore pour échec du traitement médical ou complications de l'ulcère que pour cancer. L'opération ouvre un chapitre nouveau de la pathologie : les séquelles fonctionnelles et le retentissement général de la gastrectomie. Par bonheur, au cours des décennies suivantes, l'efficacité plus grande des médications anti-ulcéreuses, puis la maîtrise de la maladie réduiront les indications opératoires. On assistera parallèlement à une réduction progressive de la létalité du cancer, due en partie au dépistage et à un traitement chirurgical plus efficaces, mais surtout à une diminution de fréquence de la maladie que l'on attribue notamment

au remplacement de la salaison par la réfrigération pour la conservation des aliments ¹² .

Les ictères sont aussi très fréquents. Les hépatites infectieuses, dont on suspecte l'origine virale et le double mode de transmission oral et parentéral, règnent à l'état endémique. Chez l'adulte, la question de l'origine de l'ictère, hépatite ou obstruction biliaire, est généralement résolue par l'interprétation des signes cliniques et des résultats des analyses biologiques. C'est seulement lorsqu'un doute subsiste que l'on a recours à la laparoscopie.

L'existence de calculs biliaires est à présent facilement reconnue grâce à l'échographie. Jusque dans les années 50, la cholécystographie orale était le seul moyen de déceler une lithiase vésiculaire lorsque les calculs ne sont pas opaques aux RX, ce qui est le plus souvent le cas ; la cholangiographie intraveineuse, introduite en 1955, apporte un nouvel éclairage sur les voies biliaires ; elle permettra notamment de découvrir des calculs dans le cholédoque de nombreux patients ayant subi une ablation de la vésicule et atteints d'un soi-disant syndrome postcholécystectomie.

Pour l'intestin grêle, les années 50 marquent l'émergence de l'ombre. Il était ignoré par les gastro-entérologues et les radiologues qui n'en examinaient que la jonction avec le cæcum, endroit de prédilection de la tuberculose intestinale. En clinique, on n'en connaissait guère que les accidents aigus : entérites, invagination, étranglement, volvulus ou infarctus. Pourtant, plusieurs maladies chroniques sont décrites, certaines de longue date comme la maladie cœliaque, la maladie de Whipple, le carcinoïde, le lymphosarcome, d'autres depuis peu comme l'entérite régionale que B.B. Crohn avait dissociée de la tuberculose en 1932. Cette méconnaissance clinique tient pour une part à la relative rareté de ces affections et principalement à la difficulté d'investigation du grêle. Les progrès conjugués de la radiologie, de la biopsie et des tests fonctionnels vont progressivement lever ces obstacles. La radiologie, par la prise de clichés séquentiels suivant la progression du produit de contraste dans l'intestin grêle ¹³ et par l'application de la même rigueur dans l'analyse des images que celle pratiquée pour l'examen de l'estomac ou du côlon. On constate ainsi que la maladie de Crohn n'est pas, comme on le supposait, une affection rare frappant surtout la race juive ; elle s'observe en Occident partout où on la

¹² Le salage favorise la formation de composés nitrés cancérigènes tandis que le froid inhibe cette réaction. Dans le service du Dr E. Aubry, chirurgien à Namur, le nombre de gastrectomies annuellement pratiquées diminue dans le cours des années 70. Au début des années 80, il est tombé à 10 % des chiffres les plus élevés, atteints dans les années 60, et concerne quasi exclusivement des cas de cancer.

¹³ Précédemment, le patient était revu six heures après la fin de l'examen de l'estomac, moment où le produit de contraste avait atteint la fin du grêle et le côlon droit.

recherche et dans toutes les ethnies ; elle atteint aussi le côlon où elle était jusqu'alors confondue avec la recto-colite ulcéro-hémorragique. Pierre Bodart est un des pionniers qui en définissent les caractéristiques radiologiques ; ce fut sa première étape sur la voie d'une connaissance exceptionnelle et mondialement reconnue des altérations radiologiques observées dans les maladies du grêle. Pour les lésions diffuses du grêle, leur démembrement et leur diagnostic, la principale acquisition à cette époque est la biopsie de la muqueuse qui rendait possible une confrontation entre image radiologique et altération anatomique. Il ne peut être question de prélèvement sous endoscopie ; on l'effectue par un système ingénieux de succion puis section d'un fragment de muqueuse dans une capsule métallique fixée à une sonde que déglutit le patient ¹⁴. Dans le même temps, l'exploration fonctionnelle s'enrichit des dosages biochimiques des lipides fécaux et du D-xylose, qui permettent d'évaluer la capacité d'absorption des graisses et des hydrates de carbone, et surtout de l'introduction de marqueurs isotopiques mesurant l'absorption de la vitamine B12 ou l'exsudation de protéines dans le tractus digestif. En matière de traitement, le sous-nitrate de bismuth est la panacée pour les troubles intestinaux ; de rares observations de méthémoglobinémie résultant de la transformation en nitrites sont rapportées, mais étonnamment la complication d'encéphalopathie ne sera décrite que plusieurs années plus tard. Dans les états inflammatoires, sulphasalazine et corticostéroïdes sont déjà d'application ; dans la maladie de Crohn, ils se substituent à la chirurgie précoce depuis la décourageante constatation des fréquentes récidives postopératoires.

Fin de l'année 59, Pierre Bodart est pressenti pour prendre la direction du service de radiologie de la nouvelle clinique ouverte par les sœurs Augustines Hospitalières à Herent, dans laquelle les Prs J.Arcq et P. Lacroix sont chargés d'organiser les services médicaux. Malgré les activités nouvelles et l'éloignement, nous étions restés tous deux en liaison avec l'hôpital universitaire de Louvain ; je continuais d'assurer une consultation de proctologie et de participer à la discussion hebdomadaire des cas de pathologie digestive, Pierre était un assidu des séminaires de radiologie. Il se doit d'accepter, c'est pour lui le lever de rideau sur des perspectives nouvelles. Amoindrie dans son esprit, Namur survivra dans sa structure. Le Dr Adrien Destrée prend en charge la radiologie et s'intègre avec bonheur.

Au début des années 60, l'image d'un « hôpital de province » se modifie. Hospitalisation cesse d'être synonyme d'intervention chirurgicale, les progrès diagnostiques et surtout thérapeutiques imposent de plus en plus souvent une

¹⁴ La plus utilisée est la capsule de Crosby-Krigler.

hospitalisation pour l'observation ou le traitement médical de malades graves. Le nombre de patients hospitalisés dont je dois assurer la surveillance ne cesse d'augmenter ; à l'hôpital civil comme à la clinique privée, ils sont dispersés dans l'établissement, au hasard des lits inoccupés à leur arrivée. Leur prise en charge exige une permanence médicale. Pour y faire face, j'obtiens du Pr P. Lambin la collaboration d'un assistant de médecine interne. C'est ainsi qu'en octobre 60 je fais la connaissance du Dr René Fiasse, fraîchement promu et tout imprégné du mode de fonctionnement du Cambridge City Hospital aux Etats-unis où il venait de terminer une année de stage. Tâche ardue que la sienne par la dispersion des malades et par l'absence d'équipement médico-technique aussi bien dans l'une que dans l'autre institution ¹⁵. Grâce à sa ponctualité, sa ténacité, il s'en acquitte avec bonheur, mais non sans dénoncer les incohérences et les carences. Au fait de la situation, la direction de la clinique Sainte-Élisabeth à Namur décide d'ouvrir un service de médecine interne. Personnellement sollicité, je ne pouvais concevoir ma participation que dans le cadre d'une équipe constituée d'internistes spécialisés dans les principaux domaines de la médecine interne. Les responsables de l'administration de la clinique se rallient à cette idée de groupe et, en janvier 1963 au terme de longues négociations, un service prend naissance de l'union et du transfert à la clinique des cabinets privés des Drs J. Brichant, M. Chatelain et moi-même. Par la suite, de nombreux changements interviendront dans l'équipe qui ne cessera de se développer. J'y resterai personnellement attaché jusqu'à 1978.

Toute ma formation médicale ayant été orientée vers la pratique clinique, conduire un service hospitalier apparaissait comme un accomplissement. En revanche, rien dans mon curriculum ne me destinait à une carrière académique dont l'agrégation de l'enseignement supérieur, couronnant un travail de recherche en laboratoire, était la clef. Aussi, quand en 1962 M. P. Lambin me suggéra de faire une thèse, ne vis-je autre chose qu'une incitation à approfondir un domaine de la gastro-entérologie. Plusieurs thèses de ce genre avaient été réalisées par des médecins et chirurgiens exerçant hors de la faculté ¹⁶. Décidé à m'engager dans cette voie malgré le peu de temps à y consacrer, je fus accueilli dans le laboratoire de médecine expérimentale. Créé par M. P. Lambin, celui-ci était dirigé par J.F. Heremans, esprit prodigieux par l'étendue de ses connaissances et son imagination créatrice, qui concentrait ses recherches sur les

¹⁵ Il n'y a un appareil d'électrocardiographie ni dans la clinique ni dans l'hôpital civil ; les cardiologues viennent de leur cabinet privé avec un appareil portable. Pour effectuer une rectoscopie, il faut fixer un rendez-vous en salle d'opération.

¹⁶ Notamment, les Drs E. Lebacqz de Haine-Saint-Paul, A. Arianoff de Bruxelles, J. Stalport de Huy

protéines des liquides biologiques. Après sa spécialisation en médecine interne durant laquelle j'avais eu le privilège de le côtoyer et de bénéficier déjà de sa compétence en calcul statistique, il avait été nommé chargé de cours puis professeur et, après le décès de M. P. Lambin, allait devenir titulaire du cours de pathologie interne. Le travail qu'il me confia, l'étude des protéines de la bile, fut en quelque sorte une initiation à la méthode expérimentale et à la rigueur scientifique. Si j'ai pu le mener à bien, je le dois à l'indulgence du Pr J. Heremans devant mes ignorances et à sa patience à mon égard, aux conseils des Drs P. Masson et J.P. Vaerman, alors adjoints du Pr J. Heremans, et, par-dessus tout, à l'habileté, à la constance et à l'esprit d'initiative de J.P. Dehennin, le collaborateur fidèle qui a exécuté les expériences. Lorsque celles-ci imposaient de faire appel à d'autres laboratoires, notamment ceux de médecine nucléaire et de chirurgie expérimentale, nous n'avons rencontré que solidarité et entraide ¹⁷.

Le 8 décembre 1963, la disparition du Pr P. Lambin est ressentie par ses élèves les plus proches comme la perte du guide. Sa mission de maître, il la remplissait par l'ascendant qu'il exerçait naturellement, loin de tout rapport d'autorité et de soumission. Il suggérait, sans imposer, semblant poursuivre une réflexion intérieure à haute voix et par quelques phrases lapidaires. Il nous arrivait de n'en pas saisir les intentions sous-jacentes, surtout lorsqu'elles nous paraissaient graviter autour d'un monde idéalisé et irréaliste. Avec le recul du temps, on comprend mieux quels furent le sens de ses actions et sa méthode stratégique. Pourtant, son but aurait dû être connu, il l'avait exposé dans sa leçon inaugurale, le 18 octobre 1948 :

« Quelle que soit la culture médicale générale d'un interniste, il lui est actuellement devenu impossible d'approfondir également toutes les branches de son immense spécialité et de posséder personnellement la maîtrise de toutes ses techniques. Le travail en équipe est devenu indispensable. L'organisation d'une équipe de médecine interne doit, à mon avis, être conçue de manière à unir en un ensemble coordonné des médecins qui associent à une formation générale aussi complète que possible, des connaissances approfondies dans un domaine particulier.

...

...l'équipe de clinique médicale doit compter au moins un cardiologue, un endocrinologue, un gastro-entérologue, un hématologiste et un pneumologue. Nous espérons, le Professeur Hoet et moi, que cet état-major pourra être réuni au complet et peut-être même élargi pour le moment où les projets de reconstruction des services de médecine interne se seront concrétisés.

¹⁷ La thèse intitulée « Les protéines de la bile. Leur composition et leur origine » sera présentée en 1970.

...

... nous espérons faire la part du besoin croissant de spécialisation, sans courir le danger d'un démembrement radical de la médecine interne qui aurait pour la santé des patients comme pour la formation des futurs médecins les plus fâcheuses conséquences ».

Quant à sa stratégie, elle découlait d'une vision étonnamment réaliste de la situation. L'exiguïté de la médecine interne aggravée par la division en deux services ne permet pas l'exécution immédiate du programme, il n'en importe pas moins, dans la perspective des extensions futures, de recruter les membres de «l'état major» et de les préparer à leur double tâche académique et clinique par un travail d'agrégation et par une fonction spécifique, généralement à temps partiel, à l'hôpital universitaire. La pratique qu'ils exercent par ailleurs relève de leur initiative personnelle ; elle les protège d'un éventuel insuccès de l'entreprise projetée, en même temps qu'elle enrichit leur expérience clinique.

Quelques semaines avant la disparition de M P. Lambin, le 10 octobre 1963 l'archevêché de Malines avait fait l'acquisition de 38 hectares de terrains à Woluwe-Saint-Lambert et, dès le mois suivant, les autorités académiques de l'université de Louvain entreprenaient des négociations avec le pouvoir politique en vue d'y implanter une clinique universitaire. La terre promise ?

Étape à Leuven

La loi autorisant l'implantation des doctorats en médecine et d'une clinique universitaire à Woluwe fut finalement promulguée le 9 avril 1965. Antérieure à la décision de transférer toute l'université d'expression française, elle est destinée à doter la section francophone de la Faculté de médecine, dont le siège reste à Louvain, d'une institution hospitalière en région urbaine et de population à majorité francophone, de façon à permettre la formation pratique d'un nombre toujours croissant d'étudiants, candidats spécialistes ou généralistes.

Le choix du Pr F. Lavenne, interniste cardiologue, pour succéder à M. P. Lambin témoigne de l'option de la Faculté pour le travail en équipe. Dans la perspective de l'installation à Woluwe, M. F. Lavenne s'entoure d'internistes spécialisés dans différents domaines. Lorsqu'en 1964 je suis appelé pour le secteur de la gastro-entérologie, à l'enthousiasme initial succède le doute, puis l'obligation morale de renoncement en raison des engagements existants envers les collègues du service namurois. À la suggestion de Mgr A. Descamps il est décidé que j'assurerais à la clinique Sainte-Élisabeth à Namur une présence minimale durant le temps nécessaire au passage harmonieux de la main.

À Louvain, rue de Bruxelles, une partie du vieil hôpital Saint-Pierre a été abattue ; une haute bâtisse quadrangulaire en briques jaunes a pris sa place, elle correspond à une des deux ailes d'hospitalisation du nouvel ensemble à reconstruire ¹⁸ .

La « reprise » est difficile. Aucune extension des locaux médico-techniques n'a été réalisée ni même n'est envisagée à brève échéance dans le programme de reconstruction. Le moindre recoin de l'hôpital est utilisé et l'on déborde en déplaçant à l'extérieur bureaux et services administratifs. À chacun des étages d'hospitalisation, un salon permet aux patients d'accueillir leur famille hors de la chambre commune ; celui du 5^e s'est déjà transformé en unité technique de pneumologie. La Commission d'Assistance Publique de la ville, toujours maître des lieux, n'acceptera qu'avec beaucoup de réticences d'attribuer celui du 4^e à la gastro-entérologie ; superficie d'environ 60 m² à affecter à la pratique des tubages, endoscopies, manométries, radioscopies ainsi qu'à un bureau et un secrétariat ! Plus tard, devenus plus nombreux, bureaux et secrétariat seront transférés à la clinique Saint-Joseph, la petite institution privée des sœurs Augustines Hospitalières, adjacente à Saint-Pierre, désaffectée depuis qu'existent des chambres privées dans l'hôpital. De plus, le nombre de lits reste insuffisant pour créditer chacun de la prise en charge de malades hospitalisés. Dans les deux unités de soins du service, cette tâche est normalement dévolue à un interniste général ¹⁹ qui recourt s'il y a lieu à l'avis des spécialistes. Ceux-ci agissent en quelque sorte comme consultants internes.

Malgré les conditions difficiles, les insatisfactions, parfois même avec un sentiment de frustration, et en contraste avec l'agitation dans la ville provoquée par les problèmes communautaires du moment, l'atmosphère qui règne dans l'hôpital est dominée par la confiance mutuelle et l'esprit d'entraide. Ce qui unit l'ensemble ? Sans doute que tous, dans tous les services, d'un même élan, sont animés de la volonté commune de réaliser une école de médecine moderne et dynamique à Woluwe. Pourtant, l'objectif est encore lointain. En 1968, à la suite de la scission de l'Université, il est décidé que ce ne sont plus seulement une clinique et les doctorats en médecine qui prendront pied à Woluwe ; toute la Faculté de médecine de l'UCL devra y être transférée. Les premiers déménagements s'opéreront dès 1970, mais ils concernent uniquement des laboratoires et s'effectuent vers l'École de Santé Publique. À partir de 1974, des consultations externes y seront également organisées. Dans les nouvelles

¹⁸ Disposées sur 12 étages, les unités de soins comptent 25 à 30 lits répartis en chambres de 2 à 4 lits, à l'exception de deux étages de chambres à un lit, destinées aux malades privés.

¹⁹ L'un d'eux est mon ami le Dr Hénoch Meunier avec lequel je parcours journallement la route de Louvain.

cliniques Saint-Luc, les premières unités d'hospitalisation, parmi lesquelles la gastro-entérologie, s'ouvriront en 1976.

La « période louvaniste », de 1964 à 1976, est marquée par l'introduction de changements de structure déterminants pour l'organisation future des cliniques et de l'enseignement.

En 1968, l'unification de la médecine interne. La disparition du Pr J.P. Hoet provoque la même consternation que celle provoquée par le décès de M. P. Lambin quelques quatre années plus tôt. Tous deux ont contribué à leur manière à façonner la médecine interne, P. Lambin en apparaissant le concepteur, J.P. Hoet, le bâtisseur. Leur concordance de vue et la complémentarité de leurs actions permettent, par la réunion des deux services, de constituer un ensemble élargi et cohérent mis sous la direction du Pr F. Lavenne. Il en résulte une activité accrue pour les spécialités. Le Dr René Fiasse, qui a terminé sa formation par un séjour de deux ans au laboratoire de recherches gastro-entérologiques du New York Medical College alors dirigé par G. Glass, est résident pour la gastro-entérologie dès 1967²⁰.

Entre 1970 et 1972, est instaurée une réforme de l'enseignement et des services cliniques. L'enseignement de la pathologie par secteurs répondant aux différents systèmes du corps humain et, parallèlement, la division des départements cliniques en spécialités correspondantes amènent la création d'un service de gastro-entérologie au sein du département de médecine interne avec charge d'enseignement de la pathologie médicale dans le secteur du système digestif et ouverture d'une unité de recherche. C'est l'acte de naissance officiel du service de gastro-entérologie en 1973.

Sur le terrain, un changement d'une portée considérable est intervenu dans le domaine des explorations médico-techniques : le remplacement de l'endoscope rigide ou semi-rigide par le fibroscope, appareil souple dans lequel la lumière et l'image sont transmises par des fibres de verre. Il dispose d'un mécanisme permettant d'orienter l'extrémité distale de l'instrument, de manière à explorer la totalité de la face interne de l'organe examiné, et d'un canal destiné à introduire une pince à biopsie ou des sondes diverses. Il s'ensuit une multiplication du nombre d'exams de l'œsophage, de l'estomac, du gros intestin. Le duodénum devient accessible et, après repérage du site d'abouchement des canaux biliaires et pancréatiques, il est possible de les visualiser par radiographie après injection de produit de contraste. Le rythme

²⁰ Dans le même temps (1968), l'étroite connexion avec la radiologie se rétablit, Pierre Bodart étant nommé chef du service de radiologie à l'hôpital Saint-Pierre.

accélération des progrès ne permet plus de maîtriser tous les aspects de la gastro-entérologie et justifie un accroissement et une diversification du cadre médical. Un épisode intercurrent va influencer les choix. Au cours de ces années, la Faculté, confrontée aux problèmes posés par la croissance du nombre d'étudiants ²¹, envisage un dédoublement des doctorats dans le namurois où les candidatures existent aux Facultés Notre-Dame de la Paix sous l'égide des jésuites, où l'Université s'est vu confier l'organisation des services médicaux de l'ancien sanatorium des Mutualités Chrétiennes à Mont-Godinne et où la construction d'une clinique des Mutualités Chrétiennes est en voie d'achèvement à Bouge-Namur (Saint-Luc). Le projet prévoyant mon retour à Namur, il y a lieu de reconsidérer le corps médical de la gastro-entérologie à Louvain en prenant en considération le transfert prochain à Woluwe. Le Dr Paul Mainguet, diplômé en 1955 par l'ULB où il va présenter une thèse d'agrégation, a connu l'école parisienne, notamment le Dr J. Caroli et le Dr R. Cattan avec lesquels il a effectué des travaux relatifs à la laparoscopie et aux maladies de l'intestin grêle. Orateur de talent et d'un esprit clair, endoscopiste habile et clairvoyant, il indique qu'il accepterait une charge dans le service de Louvain. Le Dr Robert Willocx, gastro-entérologue à la clinique Saint-Jean à Bruxelles et issu de l'UCL en 1956, est de l'école anglaise, particulièrement F. Avery Jones à Londres, et américaine avec K. Isselbacher à Boston. C'est un clinicien averti, méthodique et rigoureux. Pressenti, il entend rester fixé à son institution, mais consentirait à prendre part aux consultations de l'UCL. Le projet namurois tourne court, mais, en 1973, tous deux acceptent de prêter leur concours à l'équipe louvaniste. Au sein de la spécialité, l'hépatologie et la proctologie se développent. Le Dr André Geubel, diplômé à l'UCL en 1970, achève une formation en médecine interne par un séjour de deux années à la Mayo Clinic dans le service d'hépatologie du Pr W.H.J. Summerskill et dans le laboratoire d'immunologie des Prs R.G. Shorter et T.B. Tomasi où il exécute des travaux sur les inflammations chroniques du foie. À son retour en 1975, il est nommé assistant spécialiste et, l'année suivante, résident. La proctologie est une spécialité à composante chirurgicale qui exige minutie et habileté manuelle. Après une spécialisation en médecine interne orientée vers la gastro-entérologie, le Dr Robert Vanheuverzwyn, sorti de l'UCL en 1962, a effectué des stages dans les services du Dr J. Arnous à Paris, du Dr E. Maillard à Anvers et des Drs Ch. Williams et A.G. Parks à Londres. En 1973, il est nommé consultant externe. Ainsi, au moment de quitter Louvain pour Woluwe, une équipe de gastro-entérologie s'est constituée ; elle se compose de quatre médecins permanents et

²¹ Le nombre d'étudiants dans les quatre doctorats de la Faculté de médecine s'élève à 908 en 1969 et ne cesse de s'accroître : en 1973, il est de 1223, dont 444 en 1^{er} doctorat.

de deux consultants externes, d'une secrétaire administrative, Mme M.P. Rahmeh, toujours en fonction, et d'infirmières sous la direction de Mme Y. Meire.

Woluwe

Il y a, à présent, près de 25 ans que les cliniques Saint-Luc de Woluwe ont ouvert leurs portes. À mesure que les années passent, la lucidité de ceux qui en ont conçu le projet ainsi que de ceux qui l'ont réalisé apparaît de manière plus éclatante. Pour les premiers, l'objectif était de réaliser une parfaite synergie entre recherche, enseignement et pratique clinique. Conséquence d'une infrastructure hospitalière insuffisante, création et diffusion des connaissances tendaient à prendre le pas sur la formation médicale. Pour les seconds, le défi à relever était de construire un hôpital phare aux dimensions et structures telles qu'il reste adapté aux changements qui devaient se succéder à un rythme jamais atteint auparavant.

À partir de son arrivée à Saint-Luc, le service de gastro-entérologie est devenu une entité au sein du département de médecine interne. Il dispose d'une unité de soins d'une trentaine de lits, de consultations journalières au niveau -1 et d'une surface d'environ 500 m² pour les explorations fonctionnelles et endoscopiques avec bureaux, secrétariat et bibliothèque annexes, dans le plateau technique au -2. L'unité de recherche est située au deuxième étage de la tour Pasteur de la Faculté.

Maîtriser l'ensemble des techniques de la spécialité pour les mettre au service des patients et corrélativement pour assurer la formation des assistants, une des fonctions prioritaires du service, est devenu une tâche de plus en plus absorbante. Depuis son apparition fin des années 60, le fibroscope a fait l'objet de perfectionnements et d'adaptations en fonction de l'organe à examiner, mais il est resté basé sur un système optique, jusqu'à l'avènement, au milieu des années 80, du « vidéo-endoscope », une application de l'électronique et du système numérique. L'exploration de l'organe n'est plus réservée au seul opérateur, l'œil rivé sur l'oculaire du fibroscope, elle se déroule sur écran T.V., peut être suivie par toutes les personnes présentes dans la salle d'examen et facilement enregistrée, transmise ou reproduite. Presque dans le même temps, est apparue l'écho-endoscopie. Dans les années 70, l'échographie transcutanée avait modifié l'approche diagnostique des maladies du foie, des voies biliaires et du pancréas ; l'incorporation à l'endoscope d'un transducteur à ultrasons permet d'effectuer une analyse fine des couches extra-muqueuses et de l'environnement proche de la région examinée. Aujourd'hui, la fibroscopie a supplanté la

radiographie pour l'exploration en première intention du tube digestif ²². Outre la vision directe de la muqueuse et de ses lésions, elle possède l'avantage de pouvoir effectuer des prélèvements pour examen histopathologique. Et l'écho-endoscopie se révèle particulièrement précieuse pour évaluer l'extension des tumeurs et pour dépister les petites lésions biliaires et pancréatiques ²³.

Au demeurant, le fibroscope n'est pas seulement un instrument d'observation ; il offre la possibilité d'exécuter des gestes thérapeutiques. Au fil du temps, les indications et techniques se sont précisées : mettre fin à une hémorragie par fermeture du vaisseau, injection sclérosante ou coagulation par diathermie et laser ; extraire un corps étranger de l'estomac ou un calcul du cholédoque après section du sphincter d'Oddi ; exciser des polypes ou des cancers superficiels au moyen d'une anse diathermique ; insérer une prothèse dans les rétrécissements ; réaliser une gastrostomie. Ces interventions complexes exigent compétence et expérience de la part de l'opérateur autant que du personnel qui l'assiste ²⁴.

On sait que l'endoscopie ne représente qu'un aspect des fabuleux progrès techniques réalisés dans l'exploration médicale au cours du dernier quart du siècle. Projetée dans l'actualité avec l'échographie, s'affinant avec le scanner et la résonance magnétique, ce qu'il est désormais convenu d'appeler « l'imagerie médicale » peut reproduire avec précision l'ensemble des structures anatomiques. L'écho-doppler et la médecine nucléaire, avec la scintigraphie et la tomographie à positrons, peuvent en déterminer les caractères fonctionnels. À présent, le problème se pose de choisir parmi les méthodes celles qui conduisent le plus efficacement au diagnostic ou constituent la thérapeutique la plus adéquate, avec un minimum de risque, d'inconfort et de coût pour le patient. Il ne peut être résolu que par une concertation étroite et permanente entre les différents acteurs, cliniciens, spécialistes de l'endoscopie, de l'imagerie, de la médecine nucléaire, de la chirurgie, de l'oncologie, car la réponse à donner évolue suivant les innovations et les possibilités offertes par chacune d'elles. À titre d'exemple, la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique, principale méthode d'exploration bilio-pancréatique autour des années 80, a fait place à la résonance magnétique et à l'écho-endoscopie pour le diagnostic. En revanche, elle conserve d'importantes indications thérapeutiques. Demain, « l'endoscopie virtuelle », par scanner hélicoïdal ou résonance magnétique,

²² Entre 1978 et 1998, le nombre d'œso-gastro-duodénoscopies est passé de 993 à 4 292; celui des coloscopies de 118 à 528. La jéuno - ou iléo - scopie, d'apparition plus récente et pratiquée généralement en seconde intention, augmente de 54 examens en 1991 à 510 en 1998 (voir tableau).

²³ Le nombre d'examens écho-endoscopiques est passé de 201 en 1987 à 759 en 1998.

²⁴ Sous la direction successivement de P. Logghe, F. Coppens, M. Reyens, M. Servais et D. Deroeck, dix infirmier(ère)s se relaient pour assurer 5 à 6 équivalents temps plein.

réduira sans doute le nombre de fibroscopies gastro-intestinales de dépistage au profit d'endoscopies destinées à préciser l'histologie et à traiter les lésions découvertes.

TECHNIQUE	ANNEE			
	1978	1981	1991	1998
Gastroscopie	993	1560	3261	4292
Cholangiographie	297	332	484	339
Coloscopie	118	196	509	528
Jéjuno-iléo-scopie	-	-	54	510
Echo-endoscopie	-	-	300	759
Laparoscopie	193	216	32	29
Tubage gastrique	194	222	-	-
pH-métrie	-	-	151	227
Manométrie œsophage.	131	231	265	217
Dilatation mécanique de l'œsophage	272	284	123	76

Les « anciennes » techniques d'exploration et de traitement ont connu des évolutions diverses. Parmi les épreuves fonctionnelles, l'étude des sécrétions n'est plus guère pratiquée ; en revanche, l'étude de la motricité s'est notablement développée. L'analyse de la sécrétion acide par tubage gastrique n'est plus effectuée qu'en cas de suspicion de gastrinome, mais il est devenu fréquent de procéder à un enregistrement continu du pH dans la lumière de l'œsophage afin d'objectiver un reflux acide de l'estomac. Auparavant cantonnée à l'œsophage, l'analyse des pressions et des mouvements de contraction et de relaxation, par manométrie endoluminale, s'étend à présent à l'estomac, à l'intestin grêle et aux zones sphinctériennes, cardia, sphincter d'Oddi, région ano-rectale, en vue de déceler des perturbations nerveuses ou musculaires qui sont la manifestation essentielle ou une complication de certaines maladies. Et pour tenter d'élucider l'origine de douleurs thoraciques atypiques, il peut être pratiqué une pH-manométrie de 24 heures, enregistrement

combiné du pH et des pressions régnant dans l'œsophage durant tout un nycthémère. Les épreuves au galactose et à la BSP, la laparoscopie, qui furent à la base du diagnostic des maladies du foie et des voies biliaires jusqu'à 1980, sont tombées dans l'oubli depuis que l'imagerie, les multiples dosages sanguins et tests radio-isotopiques renseignent sur l'état anatomique et fonctionnel du foie ²⁵ ; la laparoscopie connaît néanmoins une nouvelle vie avec le développement de la chirurgie laparoscopique. En ce qui concerne les actes thérapeutiques, le nombre de dilatations de l'œsophage régresse régulièrement depuis 1980. Pour les dilatations mécaniques, cela résulte vraisemblablement d'une diminution du nombre de sténoses inflammatoires depuis que, grâce à l'endoscopie, l'œsophagite par reflux est plus précocement reconnue et que l'on dispose d'inhibiteurs plus puissants de la sécrétion acide ²⁶. Pour les dilatations pneumatiques en cas d'achalasie, réduites à quelques unités ces dernières années, c'est un changement d'option thérapeutique qui est en cause, myotomie et valve anti-reflux pouvant être réalisées par chirurgie laparoscopique.

En définitive, le nombre d'examens annuellement pratiqués dans l'unité technique, à présent supérieur à 8 000, a triplé entre 1978 et 1998 et une extension des locaux est en voie d'achèvement. C'est bien une métamorphose de la spécialité qui s'est réalisée, car dans le même temps, le nombre de consultations externes et d'hospitalisations a aussi augmenté, mais de 13 % seulement. À l'instar de l'interniste général du début des années 50 ²⁷, le gastro-entérologue de l'an 2 000 est dans l'impossibilité de maîtriser toutes les techniques de sa spécialité. Dans le service, à côté d'explorations de base partagées par tous les membres du groupe, il appartient à chacun de mettre au point et de développer les techniques propres à ses centres d'intérêt particulier. Pour intégrer l'ensemble des innovations, le service a heureusement pu compter sur l'intervention souvent bénévole d'anciens assistants. En premier lieu, je dois citer Charles Descamps, chef de service à l'hôpital Saint-Joseph à Gilly, nommé depuis peu consultant externe, avec lequel, pendant 20 ans, j'ai franchi toutes les étapes du développement de l'endoscopie biliaire et pancréatique. Charles Descamps nous apprend aussi, avec Philippe Jonard, prématurément décédé, à déchiffrer les premières images d'écho-endoscopie. Philippe Jonard fut également l'initiateur de la pH-métrie de 24 heures et de la manométrie gastro-duodénale, inscrites dans le cadre des études fonctionnelles de René Fiasse qui

²⁵ À partir de 1981, le nombre de laparoscopies décroît régulièrement : de 216 il est tombé à 29 en 1998.

²⁶ Elles sont pratiquées par le Pr R. Fiasse : 200 à 300 dilatations par année entre 1978 et 1985 ; 100 à 200 entre 1986 et 1993 ; moins de 100 depuis 1994.

²⁷ Voir plus haut la leçon inaugurale du Pr P. Lambin.

bénéficiait par ailleurs de l'assistance de Patrick Druez pour l'exploration morphologique et la thérapeutique des maladies de l'œsophage. Réginald Brenard, en charge de l'hépatologie à l'hôpital Saint-Joseph à Gilly, prit une part active à la réalisation des études relatives aux maladies du foie, programmées par André Geubel. Intégré au groupe de colo-proctologie de Robert Vanheuverzwyn, Michel Melange, avant de prendre la direction du service de gastro-entérologie ouvert par la clinique universitaire de Mont-Godinne en 1981, avait procédé à la mise au point de l'exploration de la fonction ano-rectale par manométrie et, plus tard, Jean Claude Liénard développa l'écho-endoscopie rectale. À cet égard, une autre collaboration doit être mentionnée, celle entretenue avec Stanislas Pauwels, professeur en médecine nucléaire, chargé des problèmes particuliers à la gastro-entérologie. À côté d'un travail fondamental sur les formes moléculaires de la gastrine, sujet de sa thèse d'agrégation, il fut l'instigateur d'une série de réalisations d'intérêt clinique, comme une adaptation du test à la ^{14}C -aminopyrine pour l'étude fonctionnelle du foie, la mise au point de la scintigraphie après administration de ^{111}In -pentatréotide pour la détection de tumeurs neuro-endocrines, ou la recherche d'un traceur permettant d'évaluer par tomographie à émission de positrons la fonction de régénération du foie.

Aujourd'hui, l'équipe médicale du service de gastro-entérologie compte huit médecins permanents et cinq consultants. Ils figurent, avec leur secteur d'activité, sur le site Internet du service dans le département de médecine interne de la Faculté de médecine de l'UCL ²⁸. Plusieurs noms, parmi ceux qui ont marqué ce demi-siècle, n'apparaissent plus, le moment étant venu de leur départ, imposé par la limite d'âge. À mon admission à l'éméritat en 1992, André Geubel, qui avait fait de l'hépatologie une sous-spécialité à part entière, est promu chef du service. En 1995, c'est le départ de Paul Mainguet qui inculqua aux futurs spécialistes l'habitude d'une exploration systématique en endoscopie. Il fut l'initiateur de plusieurs perfectionnements techniques et décrivit, avec J. Haot et A. Jouret, les caractéristiques anatomiques et endoscopiques d'une forme particulière de gastrite, la gastrite lymphocytaire. En 1997, c'est Robert Willocx qui met fin à une consultation qu'il avait fidèlement servie par l'étendue de son savoir et la sagesse de ses conseils. Aujourd'hui, c'est le mandat de René Fiasse, le collaborateur des premiers jours devenu un des piliers du service, qui arrive à son terme. Esprit méticuleux, il a marqué du sceau de la rigueur toutes ses actions, en particulier ses études sur l'œsophage, les tumeurs neuro-endocrines et la maladie de Crohn. Demain, le temps sera venu pour Robert Vanheuverzwyn. L'ébauche d'un centre universitaire de colo-proctologie à l'Institut Chirurgical de Bruxelles, en association avec le Pr Roger Detry pour la

²⁸ Adresse du site : <http://www.md.ucl.ac.be/luc/>

chirurgie et le Dr Pierre Mahieu pour la radiologie, n'ayant pu être menée à terme, il a rejoint les cliniques Saint-Luc où il s'attache à la description endoscopique des différentes lésions inflammatoires du colon, à l'exploration fonctionnelle de la région ano-rectale, au traitement des localisations anales de la maladie de Crohn.

Les jeunes sont à pied d'œuvre pour assurer la relève. Ils s'appellent Yves Horsmans, Pierre Deprez, Hubert Piessevaux, Peter Stärkel, Olivier Dewit, médecins du cadre permanent, ou encore Pierre Hoang, Daniel Schoonbroodt et Jean-François Colin, consultants. Forts de bénéficier des récentes découvertes des sciences biologiques et de disposer d'appareils d'exploration d'une grande précision, ils affrontent la maladie avec des armes nouvelles. L'engouement pour la technique ne doit cependant pas faire perdre de vue que la solution de beaucoup de problèmes se trouve au chevet du malade.

Les fabuleux progrès de la biologie cellulaire et moléculaire réalisés au cours de ce demi-siècle se sont immédiatement répercutés en clinique et en thérapeutique. Aucune maladie dont la connaissance n'ait progressé, qu'il s'agisse d'en comprendre les dérèglements anatomiques et fonctionnels, comme dans les maladies inflammatoires de l'intestin, de remonter à sa cause, comme la détection de l'anomalie génétique de la mucoviscidose ou, au mieux, d'en détecter la cause et de pouvoir l'éradiquer ou la guérir. Ce fut le cas de certaines hépatites, de l'ulcère gastro-duodéal et, dans une moindre mesure, de l'œsophagite par reflux acide. De par leur caractère épidémique, la nature infectieuse de certaines jaunisses était suspectée de longue date ; les virus responsables furent identifiés à partir de 1970. À présent, des vaccinations contre l'hépatite A et l'hépatite B sont possibles et dans les états graves avérés, fulminants ou chroniques, une transplantation hépatique est désormais envisagée²⁹. Pour ce qui est de l'ulcère, avant que ne soit détectée l'origine infectieuse de sa forme commune, le traitement avait gagné en efficacité avec l'introduction de nouveaux inhibiteurs de la production d'acide, agissant en des points précis du processus de sécrétion par les cellules pariétales. Au milieu des années 70, ce furent les antagonistes H₂, bloquant le récepteur histaminique de la membrane plasmique de la cellule ; au début des années 80, ce fut un inhibiteur spécifique de l'enzyme activant l'étape finale, clé de la sécrétion, le passage des protons dans la lumière de l'estomac. Vint alors la surprenante découverte du rôle d'une bactérie, baptisée *Helicobacter pylori*, dans la genèse

²⁹ Autour d'André Geubel, le groupe d'hépatologie prend une part active aux indications et au suivi des transplantations hépatiques. L'important sujet de la transplantation est traité dans les pages précédentes par P. J. Kestens.

de l'ulcère gastro-duodéal³⁰. Désormais, on le guérit par des antibiotiques dont l'action est facilitée par un inhibiteur de la pompe à protons. Ce même inhibiteur qui, en supprimant l'acide, permet de protéger l'œsophage d'une inflammation par reflux.

L'enseignement et la recherche

Deux missions dévolues à l'hôpital universitaire. Durant les années 60, sous la médecine interne unitaire, la tâche d'enseignement du gastro-entérologue se limite à participer à la discussion de cas et au séminaire hebdomadaires dirigés par les Prs F. Lavenne et J. Heremans, à commenter les divers documents et à initier les candidats spécialistes aux quelques techniques de la spécialité. Au cours de cette période, les assistants sont reconnus internistes au terme de leur formation ; une douzaine d'entre eux opteront secondairement pour la gastro-entérologie.

À partir de la sectorisation de l'enseignement et de la création dans les départements cliniques de services ou de charges correspondant aux secteurs de l'enseignement, il appartient au service de gastro-entérologie d'assurer l'enseignement théorique et clinique du domaine médical de la spécialité et de contribuer à la formation post-graduée des candidats gastro-entérologues après un tronc commun en médecine interne. Il persiste un indispensable séminaire de médecine interne, comme d'ailleurs de chirurgie ou de radiologie, mais la plupart des réunions de travail sont pluridisciplinaires, on devrait dire « pluridépartementales ». La discussion hebdomadaire sur le diagnostic et le traitement des malades hospitalisés est médico-chirurgicale ; les échanges de vue réguliers concernant l'hépatologie, la mise au point des patients atteints d'affections bilio-pancréatiques, de tumeurs œso-gastriques ou colo-rectales mobilisent médecin, chirurgien, radiologue et pathologiste. Les mêmes qui, chaque mois, animent une séance de présentation de cas sélectionnés pour leur aspect didactique, séance fort appréciée pour l'enrichissement mutuel qu'elle apporte.

L'évolution de la spécialité suscite un intérêt croissant auprès des internistes ; ils sont à présent plus de 100 à avoir choisi le secteur de gastro-entérologie. Il y a lieu d'y adjoindre une vingtaine d'étudiants étrangers, la plupart originaires d'Afrique ou d'Amérique latine, désireux d'acquérir une formation pratique. Certains d'entre eux rempliront par la suite des fonctions de grande responsabilité dans leur faculté d'origine. En retour, plusieurs d'entre nous ont été invités à donner des cours théoriques et à prendre part à des leçons cliniques dans ces pays. Des séjours de ce genre furent pour moi l'occasion

³⁰ On considérait que l'acidité de l'estomac le mettait à l'abri d'une infection par voie orale.

d'établir des relations privilégiées avec des collègues du Paraguay, d'Égypte et de Pologne. À l'intention des anciens, le service organise tous les quatre ans depuis 1978, un « cycle de perfectionnement », fait de séances de démonstrations alternant avec des discussions, destinées à leur permettre de juger de l'intérêt des méthodes en cours.

Les travaux d'analyse et de synthèse réalisés à partir d'observations cliniques font l'objet de communications à des sociétés et de publications dans des revues nationales ou internationales selon le degré d'originalité de la recherche ou des résultats ³¹. La société belge de gastro-entérologie constitue à cet égard un premier relais. Pluridisciplinaire dès son origine, elle est le prolongement naturel des réunions intrahospitalières et l'occasion de confrontations interuniversitaires. Tous les membres du service ont, à un moment, contribué à assurer son bon fonctionnement en prenant part aux activités du bureau ou à la rédaction de sa revue les *Acta Gastro-enterologica Belgica*. À l'instigation du Dr A. Delcourt de l'ULB qui fut secrétaire général durant les années 70, l'organisation des séances a été modifiée : les courtes séances mensuelles de communications libres ont fait place à des réunions d'une journée développant un ou plusieurs thèmes, souvent avec le concours d'experts étrangers. Malgré ce renouvellement, en raison du rythme accéléré des découvertes biologiques et des innovations technologiques, des groupes se constituent, polarisés sur un sujet : l'hépatologie, l'endoscopie, la motilité et les sécrétions, l'anatomie pathologique, la nutrition et récemment l'*Helicobacter pylori*. Pour atténuer les effets de cette dispersion qui s'ajoute à la scission de la société nationale consécutive aux conflits linguistiques, il est heureux que, depuis 1987, une « *Belgian Week of Gastroenterology* » réunisse chaque année les sociétés et les groupements des deux communautés, intéressés à l'hépatogastro-entérologie. Le Pr R. Fiasse en assure avec maîtrise la coordination scientifique .

À sa création en 1970, l'unité de Gastro-entérologie (GAEN), destinée à la recherche, se présente comme une filiale de l'unité de médecine expérimentale où étaient réalisés des travaux sur les protéines, en particulier sur l'IgA, immunoglobuline décrite par le Pr J.F. Heremans, et où j'avais effectué ma thèse d'agrégation de l'enseignement supérieur sur les protéines de la bile. L'activité de l'unité naissante peut se diviser en trois périodes correspondant aux trois décennies.

Au cours des années 70, elle vient en appui de la clinique emportée dans le tourbillon des innovations biologiques et technologiques avec la mise au point

³¹ Plus de 500 publications initiées par les membres du service ou auxquelles ils ont activement collaboré.

de la détection de l'antigène Australia, l'antigène de surface de l'hépatite B ³², ainsi qu'avec le dosage des marqueurs tumoraux.

Dans les années 80, sous la conduite du Pr J.P. Vaerman de l'unité de médecine expérimentale ³³, le Dr D. Delacroix reprend les études relatives aux protéines. Il est auteur d'une thèse d'agrégation sur les différentes formes de l'IgA présentes dans le compartiment vasculaire à l'état normal et dans les maladies du foie ; il est inspirateur dans la thèse d'agrégation de F. Mascart-Lemone de l'ULB, consacrée à la réponse immunitaire de type IgA, et dans celle de A. Van de Wiele de Utrecht sur l'IgA dans la maladie alcoolique du foie. La maîtrise acquise par J.P. Dehennin dans le dosage immunologique des protéines est également à l'origine de travaux exécutés en commun par le Dr P. Jonard et le Pr J.C. Rambaud de Paris sur la sécrétion des protéines par le jéjunum, de l'étude de D. Lucarme de Lille sur la sécrétion des immunoglobulines dans certaines maladies du grêle et même, à l'intention du Pr Y. Sibille, de dosages dans les sécrétions bronchiques.

À partir des années 90, le Pr A. Geubel oriente les recherches vers l'hépatologie. Lui-même a effectué des études sur la toxicité hépatique de la vitamine A, des radiations et des médicaments. Le Pr Y. Horsmans, antérieurement initié à la pharmacologie dans le laboratoire du Pr C. Harvengt, présente une thèse d'agrégation traitant des cytochromes P-450 et est appelé à prendre la direction de l'unité. Récemment, le Dr P. Stärkel défendait une thèse de doctorat sur les facteurs influençant la régénération du foie.

L'unité a participé à d'autres travaux parmi lesquels il y a lieu de citer l'analyse par le Pr R. Fiasse du métabolisme des sels biliaires chez des patients opérés de résection du grêle, la recherche par le Dr T. Van der Borgh d'un marqueur de la régénération du foie, décelable par tomographie à émission de positrons et la thèse d'agrégation du Dr P. Hoang, inspirée par le Pr D.P. Jewell d'Oxford, sur la nature et la fonction des lymphocytes intra-épithéliaux du côlon.

On est insensiblement passé de la chimie des produits de sécrétion à la biologie cellulaire et moléculaire.

Namur, juin 2001

³² Ainsi appelé après qu'il fut découvert chez un aborigène australien et avant qu'on en connaisse la nature.

³³ Le Pr J.F. Heremans est décédé en 1975 à l'âge de 48 ans.



Le professeur Joseph Heremans (1927 - † 1975), dont l'œuvre est décrite en annexe 8 par le Pr Gerhard Sokal, un de ses proches amis.



Photo de groupe prise lors d'une réception organisée à l'occasion de l'éméritat du Pr Charles Dive en 1992.