

Table ronde : Le diagnostic des douleurs épigastriques.

Modérateur : L. RUYTERS

Introduction

par L. RUYTERS

Professeur associé à l'Université de Liège, Institut de Médecine

Le sujet que nous traiterons ce soir intéresse à la fois le praticien et le spécialiste. Il est extrêmement vaste et le peu de temps qui nous est imparti ne nous permettra pas de l'épuiser. J'espère que nos exposés, nécessairement courts, suffiront à préciser clairement les étiologies les plus courantes des douleurs épigastriques, et les étapes à suivre dans l'établissement de leur diagnostic étiologique.

Parmi les plaintes digestives des malades, la douleur épigastrique tient une place prépondérante : le sujet qui présente ce type de douleur l'attribue en général à une souffrance gastrique, ce qu'il traduit en disant qu'il a « mal à l'estomac ». Or, l'existence d'une douleur épigastrique n'implique par elle-même *aucun diagnostic précis* : dans une première éventualité, cette douleur a son origine dans une lésion du tube digestif proprement dit, estomac, duodénum, côlon, etc; dans la seconde éventualité, il faut en chercher la cause en dehors du tube digestif, dans une atteinte d'autres organes, qu'ils soient intra- ou extra-abdominaux. L'atteinte de ces organes peut se manifester au niveau de l'épigastre suivant deux modes différents : ou bien il s'agit simplement de douleurs irradiées en rapport avec une irritation nerveuse ou d'origine réflexe; ou bien ces douleurs proviennent d'un retentissement de l'affection primitive sur l'estomac, celui-ci souffrant pour son propre compte et le manifestant par des troubles fonctionnels : c'est dans ce dernier cas qu'on parle de *dyspepsie secondaire*. Nous y joindrons les dyspep-

sies purement fonctionnelles d'origine neuro-psychique, qui constituent une part importante des consultations de gastro-entérologie.

En ce qui concerne les douleurs irradiées d'origine extra-gastrique et les dyspepsies secondaires, il est évident que, dans la plupart des cas, l'affection primitive s'est manifestée par des symptômes propres qui en ont permis le diagnostic : dans ces cas, la dyspepsie n'est qu'un épiphénomène et n'intéresse guère la discussion de ce soir. Mais dans certains cas, le symptôme majeur pour lequel le malade consulte est constitué par des épigastralgies, et il faudra en rechercher l'affection causale.

Dans le diagnostic des douleurs épigastriques comme dans tout diagnostic médical, le médecin se base sur l'interrogatoire du malade, l'examen clinique et divers examens techniques.

1° En pathologie digestive, la *symptomatologie subjective* du malade est d'importance primordiale : c'est par un interrogatoire minutieux et détaillé qu'on recherchera l'évolution des douleurs dans l'année, leur rythme dans la journée, puis qu'on précisera leurs caractères propres et leurs zones d'irradiation. L'ensemble de ces données, uniquement d'ordre subjectif, permettra dans la majorité des cas une bonne orientation du diagnostic.

2° L'*examen clinique* constitue la deuxième étape du diagnostic : mais il faut savoir que, dans les affections organiques du tube digestif, les renseignements qu'il apporte sont moins sûrs et moins constants que dans le reste de la pathologie médicale; par contre, son apport

est très précieux dans le diagnostic différentiel des dyspepsies secondaires.

3° De ces deux premières étapes du diagnostic découle, dans la plupart des cas, un diagnostic probable. Celui-ci doit être confirmé, ce qui nécessitera une troisième étape, l'étape technique, radiologique et biologique.

Afin de gagner du temps et d'éviter des analyses inutiles, les examens techniques seront orchestrés de façon à explorer en premier lieu l'organe le plus suspect; dans la plupart des cas, l'examen radiologique sera le premier

demandé. En cas de dyspepsie secondaire, de nombreux examens techniques successifs sont parfois nécessaires pour éliminer des possibilités envisagées, avant d'arriver au diagnostic définitif.

* * *

Avant que ne soient détaillées les modalités des épigastralgies suivant leur étiologie, le Professeur Lecomte introduira le sujet en exposant, d'une manière générale, certains des mécanismes expliquant la douleur épigastrique.

Caractères généraux des douleurs à localisation épigastrique

par J. LECOMTE

Professeur à l'Université de Liège. Institut Léon Fredericq, Physiologie

Deux caractères essentiels sont à considérer lorsqu'on envisage les phénomènes subjectifs interprétés comme manifestations douloureuses : d'abord leur origine, organique ou fonctionnelle, ensuite leur localisation. Celle-ci pourra être soit *précise*, le sujet situant avec exactitude l'endroit qui est le siège de l'atteinte algogène, soit *diffuse*, le malade ne pouvant établir de façon assurée la topographie des régions douloureuses, soit *projetée* ou *irradiée*, le patient identifiant comme algique une zone qui n'est pas lésée, mais qui correspond à une distribution métamérique particulière.

La région épigastrique se présente comme une zone privilégiée où se révèle toute une série de sensations douloureuses, en rapport avec l'atteinte anatomique ou avec le fonctionnement anormal d'un ou de plusieurs organes qui, topographiquement, n'appartiennent pas nécessairement à l'étage abdominal supérieur. Comment interpréter cette sémiologie subjective particulièrement riche et polymorphe ? Afin de préciser les termes qui seront utilisés au cours des exposés, nous rappellerons l'essentiel de nos connaissances en matière de physiopathologie de la douleur, en les appliquant à la région anatomique en cause. Nous négligerons les atteintes cutanées ou musculaires locales, dont l'interprétation du pouvoir algogène ne prête guère à discussion.

Les sensations douloureuses profondes que le malade situe au niveau de l'épigastre peuvent

A) prendre naissance dans les organes situés à l'étage épigastrique lui-même, B) être secondairement projetées dans ladite région. La difficulté consistera à déceler dans cette localisation uniforme, purement subjective par la nature même de l'expression verbale qui en est le témoin, l'origine des stimulations algiques causales.

D'où la nécessité méthodologique d'établir la nature des lésions en évolution et de reconnaître les mécanismes responsables de leur expression subjective, les deux aspects du problème étant naturellement étroitement associés par les structurations neuronales qui les commandent.

I. — Atteintes directes et projections secondaires

A) Quelles sont les lésions viscérales locales qui peuvent donner origine à des potentiels d'action afférentiels, interprétés par le sujet comme une douleur profonde ? En d'autres termes, quelles sont les stimulations algogènes d'origine organique qui naissent à l'épigastre et qui y sont localisées (tableau 1) ?

Les viscères sont garnis de nombreux récepteurs sensoriels : ou fibres nerveuses qui se terminent librement dans leurs muqueuses ou sous-muqueuses, ou appareils différenciés, de plusieurs types, disséminés au sein de leurs tuniques musculaires ou de leur capsule. Des

TABLEAU I.

Type	Origine	Association
Douleur directe	Épigastrique	Irradiations Contractures
Douleur projetée	Non épigastrique	
Dyspepsie secondaire	Épigastrique	Phénomènes vagueux
	Non épigastrique	Idem
Dyspepsie psychosomatique	Centrale	Idem

récepteurs analogues garnissent les ligaments suspenseurs, les mésos et les enveloppes péritonéales.

Les récepteurs du premier type sont excités, en cas d'abrasion préalable de la muqueuse ou en cas d'une augmentation anormale de la perméabilité de cette dernière, par des stimulations de type chimique ou calorique. Les stimuli correspondants dépendent du contenu irritant, exogène, de la lumière digestive, soit des sécrétions externes endogènes, en particulier de la formation d'HCl libre, soit des produits libérés par des réactions inflammatoires locales. L'ingestion des aliments, différenciés ou non, déclenche les sécrétions externes. Elle irrite, directement ou par l'intermédiaire des liquides sécrétés, les muqueuses déjà altérées : d'où les relations régulières et d'importance sémiologique considérable qui unissent la symptomatologie à localisation épigastrique et le rythme des ingestions alimentaires. D'autres fois, les aliments, jouant le rôle d'un produit neutralisant, calment les douleurs liées aux sécrétions acides.

Les récepteurs du second type sont essentiellement excités par des phénomènes d'ordre mécanique. La distension excessive des parois des organes creux liée à un arrêt de la progression du bol alimentaire ou à une accumulation de produits sécrétés, les tractions capsulaires dues au gonflement des organes pleins, aux périspécrites et aux étirements ligamentaires représentent un premier mode de stimulation. Les spasmes persistants ou les contractions particulièrement intenses en illustrent un second. Ici encore, l'ingestion des aliments joue

souvent un rôle déclenchant car elle met en branle des phénomènes moteurs dont l'allure cyclique, liée aux ondes péristaltiques, module l'intensité de la douleur.

Selon que les sensations algiques proviennent d'organes spasmés ou de viscères en état de distension passive permanente, on parlera de syndrome douloureux hypersthénique ou hyposthénique.

Les processus inflammatoires libèrent des agents algiques : histamine, kinines, etc., qui excitent directement la plupart des terminaisons nerveuses épigastriques. Leur résorption en quantité massive pourra être la cause d'une vaso-dilatation excessive, avec collapsus cardiovasculaire. Toute douleur intense, par ailleurs, pourra être ainsi à l'origine d'un état de choc grave.

Les potentiels d'action afférentiels gagnent la moelle épinière en cheminant sur des fibres dont le trajet est régulièrement associé à celui des voies efférentes orthosympathiques. Les sensations correspondantes, dont la description varie selon le type d'excitation en cause, sont en général diffuses. Elles sont accompagnées d'irradiations typiques, le plus souvent de type viscéral, dont le mécanisme dépend en partie des articulations neuronales médullaires segmentaires. Dans certains cas, celles-ci seront aussi à l'origine soit de projections cutanées, bien systématisées, soit de contractions réflexes, elles-mêmes secondairement algogènes.

De toute manière, les douleurs correspondant aux irradiations et aux contractures, parfois mal délimitées, interfèrent avec les manifestations primitives et peuvent perturber les tentatives subjectives de localisation de ces dernières.

B) De même que les atteintes organiques épigastriques peuvent se projeter dans les régions voisines, les lésions localisées ailleurs peuvent se manifester uniquement par des irradiations qui se situent électivement dans ladite région de l'épigastre.

Quelles sont ces atteintes, anatomiquement distantes, dont les manifestations algiques s'irradient et se projettent sur le tégument et les enveloppes pariétales épigastriques ?

Ces atteintes sont nombreuses : vertébrales, rénales et urétérales, utérines et annexielles, cardiaques et pulmonaires selon la zone diaphrag-

matique ou le feuillet péritonéal irrité. Ici encore, la projection épigastrique s'explique soit par des interférences neuronales segmentaires, soit par des associations à trajet intramédullaire plus long.

II. — Dyspepsies secondaires

On ne peut considérer de manière isolée les manifestations afférentielles douloureuses qui naissent au niveau de l'abdomen. Elles sont régulièrement à l'origine d'une réponse motrice qui se marque soit au niveau de l'organe lésé, soit au niveau de viscères par ailleurs sains. Cette réponse motrice consiste tantôt en une excitation, tantôt en une inhibition, tantôt en une inversion de phénomènes péristaltiques dont l'expression la plus commune est représentée par des vomissements.

Ces manifestations motrices anormales, mécaniques ou sécrétoires, sont elles-mêmes à l'origine de sensations de type douloureux. Dans le cas d'une atteinte primitivement épigastrique, ces sensations d'origine réflexe aggravent les manifestations locales. Dans le cas d'une lésion non primitivement épigastrique, les manifestations motrices associées au dysfonctionnement réflexe — de l'estomac, du duodénum ou de la vésicule biliaire, par exemple — seront à l'origine de sensations douloureuses. Les viscères correspondants sont anatomiquement sains, mais fonctionnellement perturbés par suite de l'activation de circuits neuronaux d'association, mettant en cause les noyaux protubérantiels du pneumogastrique.

De même, les stimulations anormales qui prennent quelquefois naissance ailleurs dans l'abdomen, pourront modifier l'activité des noyaux vagues protubérantiels et, par les altérations motrices et sécrétoires que cette perturbation implique, créer des atteintes épigastriques purement fonctionnelles. Elles guérissent automatiquement lors de la cure causale.

C'est ce qu'illustre la figure 1 : on y a représenté le viscère malade à l'origine des afférences algiques, la montée des voies vers les noyaux moteurs du vague et les commandes motrices qui viennent perturber le viscère sain, siège des douleurs purement fonctionnelles : le dysfonctionnement et les douleurs créent une dyspepsie secondaire.

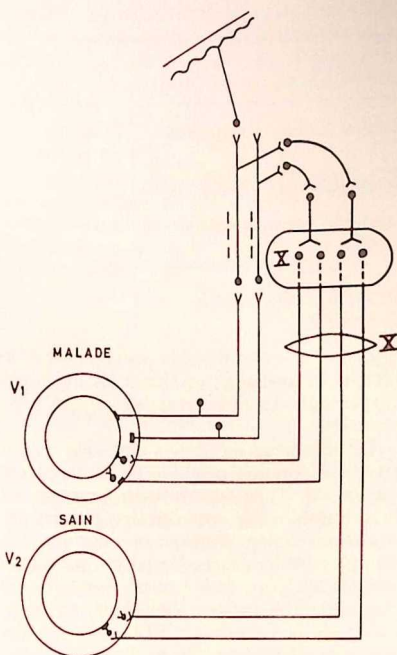


FIG. 1.

III. — Atteintes d'origine psychique

Il est bien établi que les situations comportementales à forte charge affective, par la mise en place de circuits corticolimbiques et limbo-réticulaires, peuvent influencer les centres de la motricité digestive et les activités vagues en général. D'où les perturbations du régime de fonctionnement global de certains viscères, perception des douleurs qu'engendrent ces perturbations et projections, au niveau de ces viscères, de troubles qui ont manifestement une origine psychique. Le tube digestif, dans ses fonctions motrices et sécrétoires, participe à l'expression somatique des émotions.

* * *

D'où, pour chaque douleur qu'on localise à l'épigastre, la nécessité de reconnaître si l'on

se trouve en face *a)* d'une douleur directe, locale, en relation avec une lésion épigastrique en évolution — muqueuse, pariétale ou parenchymateuse —, *b)* d'une répercussion secondaire par projection cutanée et contraction musculaire suite à une atteinte hétérotrope, *c)* d'une douleur par dyspepsie secondaire,

d) d'une altération de nature psychosomatique. Ces diverses atteintes peuvent d'ailleurs s'intriquer, amenant une construction de schémas interprétatifs compliqués, mais dont la complexité est probablement encore élémentaire si on la compare aux connexions réellement en cause.

L. Ruyters. — Après ce rappel physiologique qui définit clairement les bases du problème, nous commencerons par l'étude des douleurs épigastriques en rapport avec une *lésion organique* du tube digestif. Ces affections seront traitées en premier lieu parce que les mieux connues, et le Dr. Brassinne nous parlera des douleurs épigastriques d'origine gastro-duodénale.

Les douleurs épigastriques d'origine gastro-duodénale

par A. BRASSINNE

Chef de Travaux à l'Université de Liège. Institut de Médecine. Département de Clinique et Pathologie médicales (Prof. H. Van Cauwenberge et Prof. associé L. Ruyters)

Cette analyse des douleurs épigastriques d'origine gastro-duodénale est limitée aux quatre affections les plus fréquentes de cet organe : l'ulcère, la gastrite, le cancer et la hernie hiatale. Ce travail est basé sur l'étude de 84 cas d'ulcère gastrique, 188 cas d'ulcère duodénal et 82 observations de cancer de l'estomac examinés à l'Institut de Médecine, et 51 cas de gastrite diagnostiqués par le tubage gastrique au CMTOM d'Awans. Pour la symptomatologie de la hernie hiatale, nous nous sommes basé sur les données de la littérature.

1) *Fréquence.* — Les douleurs épigastriques sont extrêmement fréquentes en pathologie gastro-duodénale, comme le montre la première figure où nous voyons que 90 % des malades

atteints d'ulcère gastrique ou duodénal souffrent de l'épigastre, ainsi que 82 % des gastritiques, 50 % des cas de cancer gastrique et 34 % des cas de hernie hiatale. Il importe donc de définir les caractères particuliers de cette douleur dans chacune de ces affections.

2) *Evolution périodique.* — Le point le plus important à préciser par l'anamnèse est l'évolution de la symptomatologie douloureuse. En effet, dans la majorité des cas d'ulcère gastrique ou duodénal, la douleur évolue selon un mode bien particulier illustré par la figure 2.

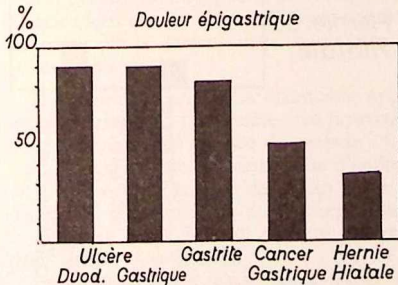


Fig. 1.

Ulcère périodicité

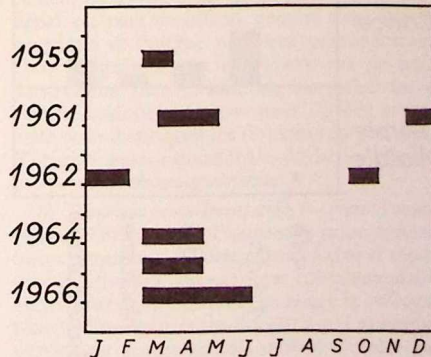


Fig. 2.

La douleur débute du jour au lendemain, se reproduit tous les jours avec les mêmes caractères pendant 3-4 semaines à 2-3 mois ou plus, puis survient une période asymptotique de quelques mois à quelques années. Ce type de périodicité est extrêmement caractéristique de la maladie ulcéreuse et ne se rencontre guère dans les autres affections de l'estomac ou dans les épigastralgies d'origine extra-gastrique. Sans doute, faut-il disposer d'un certain recul pour mettre en évidence cette périodicité, mais il arrive souvent que, la première poussée douloureuse étant peu intense, le malade ne consulte qu'à la deuxième ou troisième poussée, de sorte qu'un interrogatoire soigneux permet de la retrouver.

3) *Horaires des douleurs.* — L'horaire de la douleur par rapport aux repas est le second élément anamnestique de valeur. Ceci est démontré par le diagramme de fréquence (fig. 3) de l'horaire de la douleur dans les quatre affec-

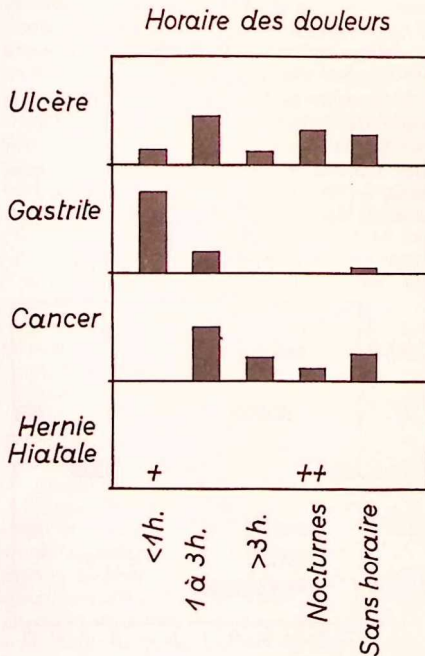


FIG. 3.

tions étudiées. Nous y distinguons les douleurs précoces, c'est-à-dire survenant moins d'une heure après les repas, les douleurs apparaissant 1 à 3 h et plus de 3 h après l'ingestion d'aliments, et les douleurs nocturnes. La douleur ulcéreuse survient 1 à 3 h après les repas, parfois même plus tard, et s'oppose à la douleur précoce de la gastrite et de la hernie hiatale. Le cancer de l'estomac évolue souvent sous le masque d'une symptomatologie d'ulcère.

La douleur nocturne est nettement dominante dans l'ulcère où on la rencontre dans 30 % des cas, mais elle est signalée aussi en cas de hernie hiatale où elle est causée par la position de décubitus. A noter également l'existence de cas sans horaire bien défini.

4) *Types de douleurs* (fig. 4). — Pour chacune des quatre affections considérées, le type de douleurs est fort variable : douleurs de type

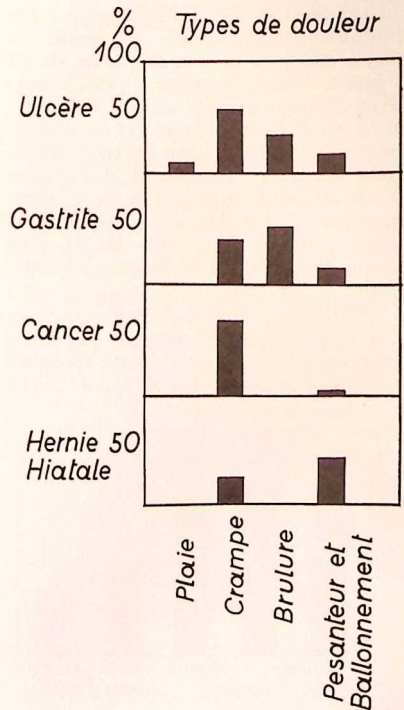


FIG. 4.

plaie, parfois térébrantes, crampe, brûlure, pesanteur ou ballonnement épigastriques. Si la crampe est un peu plus fréquente dans l'ulcère et la brûlure dans la gastrite, on ne peut cependant baser un diagnostic différentiel sur cet élément. A ce tableau, nous ajouterons la possibilité d'une dysphagie dans les cancers du pôle supérieur de l'estomac et dans la hernie hiatale. Dans cette dernière affection, la dysphagie peut être due à la hernie elle-même mais aussi à l'œsophagite peptique engendrée par le reflux œsophagien.

5) *Localisation et irradiation de la douleur.* — Quelle que soit la lésion envisagée, la douleur est localisée à des endroits variables de l'épigastre; elle est souvent rétroxyphoïdienne dans la hernie hiatale.

Dans l'ulcère, la douleur s'irradie dans 30 à 40 % des cas, soit vers la région rétrosternale, soit vers l'hypochondre droit ou gauche, mais le plus souvent vers la région dorso-lombaire. L'irradiation dorso-lombaire peut être transfixiante ou en hémiceinture. Cette irradiation dorsale peut faire croire à une affection rhumatismale de la colonne et entraîner un traitement par salicylés, traitement tout à fait contre-indiqué. Rarement, la douleur irradie vers le bas ventre. Dans la hernie hiatale, la douleur irradie le plus souvent vers la région rétrosternale. Dans le cancer, elle irradie surtout vers le dos. Les irradiations sont rares dans la gastrite.

6) *Effet de l'ingestion d'aliments.* — La figure 5 montre l'influence des repas sur la douleur. L'effet calmant de l'ingestion d'aliments est assez caractéristique de la douleur ulcéreuse (66 % des cas) mais se rencontre aussi dans le cancer évoluant sous l'aspect d'une symptomatologie ulcéreuse. Par contre, le repas aggrave ou provoque la douleur dans la gastrite et la hernie hiatale.

7) *Examen clinique.* — Le diagnostic ayant été ainsi orienté par l'anamnèse, que pouvons-nous apprendre de l'examen du malade? Les signes généraux d'amaigrissement ou d'anémie ne sont pas des éléments de valeur pour le diagnostic différentiel. Ils sont absents dans le cancer au début. Ils sont souvent présents dans l'ulcère et la gastrite.

La palpation d'une masse épigastrique ou d'un foie métastatique ne permettra de porter

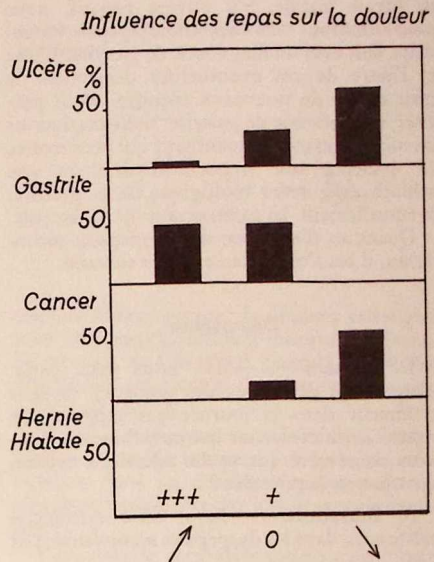


FIG. 5.

un diagnostic de cancer qu'à un stade trop tardif de la maladie.

La recherche de points douloureux provoqués par la palpation constitue un élément supplémentaire d'orientation diagnostique.

Sans doute existe-t-il dans tous les cas une douleur à la palpation de l'épigastre, mais il est fréquent de relever un point douloureux provoqué, para-ombilical droit dans l'ulcère duodénal ou para-ombilical gauche dans l'ulcère gastrique et l'ulcère peptique postopératoire. Dans la gastrite, on ne trouve pas de point douloureux précis. En fait, la recherche de points douloureux provoqués s'avère surtout utile pour distinguer les douleurs épigastriques d'origine gastro-duodénale de la douleur due à une cause extra-gastrique.

8) *Examens complémentaires.* — Ainsi l'anamnèse et l'examen de l'abdomen nous donnent une orientation du diagnostic. Celui-ci repose en définitive sur des examens complémentaires au premier rang desquels se range la radiographie de l'estomac et du duodénum. Cet examen permet de porter un diagnostic d'ulcère gastrique ou duodénal, de néoplasie gastrique ou

de hernie hiatale. S'il s'avère négatif, nous nous orientons soit vers une dyspepsie secondaire, soit vers un diagnostic de gastrite. L'une et l'autre de ces éventualités demandent la mise en jeu de nouveaux examens. Pour préciser le diagnostic de gastrite, nous pratiquons un tubage gastrique quantitatif qui peut mettre en évidence une hypochlorhydrie ou une achlorhydrie, reflet biologique de la gastrite, éventuellement la gastroscopie et la biopsie.

Quant au diagnostic des dyspepsies secondaires, il est l'objet des exposés suivants.

Discussion

L. Ruyters. — Vous nous avez parlé, entre autres caractères des douleurs, de leur rythmicité dans la journée par rapport aux repas. Considérez-vous que ce rythme des douleurs est réservé aux seules affections organiques gastro-duodénales ?

A. Brassinne. — Non, cette rythmicité existe aussi dans les dyspepsies secondaires, par

exemple d'origine vésiculaire, et dans les dyspepsies d'origine neuropsychique; elle est très utile dans le diagnostic différentiel de certaines douleurs épigastriques d'origine neurologique, où l'influence des repas est inexistante.

L. Ruyters. — Que pensez-vous du diagnostic radiologique de la gastrite ?

A. Brassinne. — D'après l'expérience acquise, dans plus d'un tiers des cas, il n'y a pas d'anomalie radiologique caractéristique de la gastrite en général. L'existence de gros plis gastriques peut être due à la gastrite et résulte alors de l'inflammation siégeant dans la sous-muqueuse et la muqueuse. Mais cet aspect de gros plis peut être d'origine purement fonctionnelle, apparaissant soit isolément, soit dans des estomacs d'ulcéreux duodénaux.

Quand la gastrite a abouti à une atrophie importante de la muqueuse, il existe un effacement très prononcé ou total du plissement gastrique, se manifestant particulièrement au niveau du corps et du pôle supérieur de l'estomac.

Les douleurs épigastriques d'origine hépato-biliaire et pancréatique

par G. VOSSE-MATAGNE

Chef de Travaux à l'Université de Liège. Institut de Médecine. Département de Clinique et de Sémiologie médicales (Prof. A. Nizet et Prof. associé L. Ruyters)

Dans l'étiologie des douleurs épigastriques, les affections hépato-biliaires tiennent une place très importante.

I. Dans les affections des voies biliaires, les manifestations épigastriques sont variables, se traduisant surtout de deux façons différentes.

1. Par l'apparition de *crises douloureuses* survenant essentiellement dans la lithiase vésiculaire et constituant la « colique hépatique ».

a) *Caractères de la crise.* — La douleur s'installe rapidement, parfois précédée de quelques lourdeurs, de malaise épigastrique et de nausées. Elle est violente, et débute à l'épigastre, mais très rapidement, elle s'irradie vers la région sous-costale droite. Elle s'intensifie alors dans cette zone pour persister, de façon continue, alors que la douleur épigastrique s'estompe (fig. 1).

Irradiations. — La localisation des irradiations est très caractéristique : en hémicenture droite

Crises douloureuses d'origine biliaire
Douleurs spontanées + et irradiations ↑

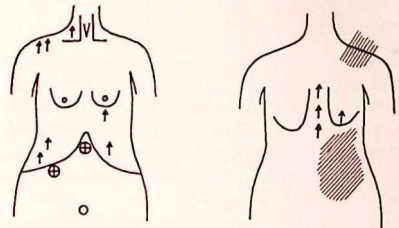


Fig. 1.

vers la région dorso-lombaire, avec localisation préférentielle dans une zone paravertébrale droite; vers la pointe de l'omoplate droite; vers l'espace interscapulaire; enfin, plus rarement, vers le creux sus-claviculaire droit. Toutes ces irradiations peuvent exceptionnellement apparaître aussi du côté gauche, et même vers l'aire précordiale et le membre supérieur gauche (fig. 1).

Durée. — La crise est parfois courte (une demi-heure), mais elle peut aussi durer plusieurs heures ou plusieurs jours. En général, elle ne dépasse pas trois jours.

Symptômes associés. — Divers symptômes s'associent à la douleur: la nausée, les vomissements alimentaires si la crise survient assez près d'un repas, les vertiges et très fréquemment une inhibition respiratoire avec gêne thoracique qui n'existe jamais dans aucun phénomène abdominal de l'étage supérieur en dehors de la crise vésiculaire et de la pancréatite aiguë.

Une température fugace, ne dépassant jamais 38°, peut s'installer pendant quelques heures, ainsi qu'un ictère ou un subictère avec urines foncées. La durée de cet ictère ne dépasse pas en général 48 heures. La température peut être accompagnée d'un frisson.

Horaire. — Cette crise postprandiale tardive survient le plus souvent dans la fin de l'après-midi ou la nuit.

Facteurs déclenchants. — L'influence de l'alimentation ne fait aucun doute et dépend de la nature des aliments: les graisses cuites et l'alcool sont le plus souvent en cause. Des secousses au cours du transport automobile peuvent déclencher la crise, de même que les émotions violentes. Parfois, c'est une infection grippale banale qui déclenche la première crise. Enfin, chez la femme, on connaît l'influence des phénomènes de la vie génitale, notamment les crises survenant 3 à 4 jours avant les règles.

Il est rare que les antispasmodiques suffisent à calmer le malade et on est le plus souvent obligé de faire appel aux dérivés morphiniques. Ceux-ci peuvent faire céder la douleur rapidement, mais il persiste souvent un état nauséeux et de l'anorexie.

b) L'examen du patient révèle une douleur provoquée épigastrique, sous-costale droite, et la plupart du temps maximale au point vésiculaire. Elle est parfois accompagnée de con-

(Crises douloureuses d'origine biliaire
{ Dyspepsie " " points douloureux provoqués

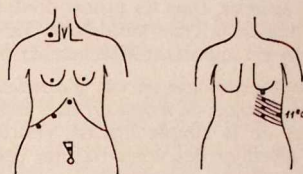


FIG. 2.

tracture réflexe fugace; la douleur provoquée peut être particulièrement marquée au niveau du triangle de Chauffard, quand, à la lithiase vésiculaire, s'associent des lésions de la voie principale (fig. 2).

2. Par une *dyspepsie secondaire*. Si la lithiase biliaire se traduit souvent par les crises vésiculaires, dans un nombre important de cas, elle ne se traduit que par une dyspepsie secondaire.

Caractères de cette dyspepsie: c'est l'interrogatoire du malade qui va les révéler. Il s'agit de périodes courtes, d'une durée habituelle de 3 à 8 jours, les intervalles libres pouvant être très variables entre les périodes. Il n'y a aucune systématisation dans l'année (fig. 3).

Au cours de la journée, la douleur est en général postprandiale, survenant une heure et demie après le repas. Il s'agit d'une douleur épigastrique de caractère variable, allant d'une simple tension douloureuse à une douleur franche. Elle s'accompagne de nausées, d'anorexie, parfois de vomissements. L'irradiation vers l'hypocondre droit est presque constante. Les céphalées sont fréquentes. Le malade attire surtout l'attention sur ses souffrances gastriques.

Parfois, les douleurs sont moins nettement

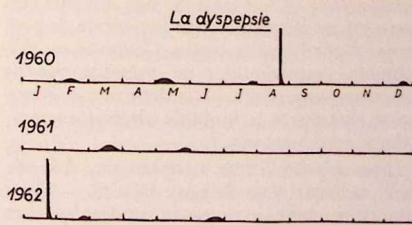


FIG. 3.

rythmées par les repas et se présentent sous la forme d'un malaise épigastrique continu.

L'examen du malade permet de retrouver, isolés ou associés, tous les points douloureux signalés lors de la crise vésiculaire. Le signe de Murphy est important à rechercher (fig.2).

3. Symptomatologie en cas d'association de lésions vésiculaires et de lésions des voies biliaires : en dehors de la simple lithiase vésiculaire, d'autres affections des voies biliaires peuvent se traduire par des aspects cliniques particuliers. C'est ainsi qu'une lithiase du canal cystique peut se révéler par des accès douloureux d'une étonnante acuité avec une angoisse épigastrique intense et température, la palpation de l'abdomen pouvant révéler un hydrocholécyste.

Les lésions du cholédoque (calculs, stricture postopératoire, néoplasie), du sphincter d'Oddi (oddtite scléreuse postopératoire) ou de l'ampoule de Vater (ampullome, épithélioma, etc...) ne modifient guère le caractère subjectif des crises douloureuses. La douleur provoquée dans ce cas est essentiellement localisée dans la région pancréatico-duodénale. L'accès fébrile bilio-septique, pseudo-palustre est fréquent, mais rappelons qu'il existe des lithiases cholédociennes sans ictère, dans lesquelles la biochimie apportera un élément de diagnostic essentiel : augmentation de la phosphatase alcaline.

Diagnostic. — Si l'on soupçonne une dyspepsie vésiculaire, le diagnostic doit être confirmé par l'examen radiologique : cholécystographie ou cholangiographie. Rappelons que cet examen ne doit pas être effectué au cours d'une crise douloureuse ni en cas d'ictère.

II. Les douleurs épigastriques d'origine hépatique. Les douleurs épigastriques peuvent avoir leur origine dans la souffrance du foie lui-même.

Hépatites. — C'est ainsi qu'une douleur épigastrique est fréquente dans la période de prodrome d'une hépatite virale. Continue ou discontinue, cette douleur ne présente pas de caractères particuliers. Mais dans ce cas, l'évolution clinique et la biologie aboutiront rapidement au diagnostic.

Hépatomégalies : foie néoplasique, foie de stase cardiaque, foie de stase biliaire. — Dans ces cas, peuvent aussi apparaître des douleurs épigastriques. Des séquelles d'atteinte hépa-

tique, qu'il s'agisse de capsulite ou d'adhérences, peuvent aussi être sources d'épigastalgies. Dans ces cas, la laparoscopie nous apporte l'élément du diagnostic.

III. Les douleurs épigastriques d'origine pancréatique.

1. Les douleurs épigastriques peuvent aussi traduire une *pancréatite chronique*. Au cours de l'évolution progressive de cette affection, qui peut d'ailleurs se faire de façon asymptomatique, la symptomatologie subjective la plus fréquente est constituée par des crises douloureuses épigastriques survenant brutalement. D'une durée de quelques heures à deux à trois jours, l'apparition de la douleur est souvent conditionnée par l'ingestion d'alcool. Il s'agit en général d'une douleur nocturne. La douleur est intense et souvent transfixiante, irradiant vers l'hypocondre droit ou l'hypocondre gauche suivant le cas. Cette douleur cède rarement aux simples antispasmodiques et même à la morphine, mais, dans un cas sur deux, elle peut être soulagée par la flexion du tronc en avant.

Les points douloureux révélés par l'examen clinique du patient sont très variables et n'apportent aucune certitude de diagnostic. Celui-ci nécessitera l'intervention de la biochimie et de la radiologie. Le signe permettant un diagnostic certain est la présence de calcifications visibles sur le cliché d'abdomen à blanc dans la région des 2^e et 3^e vertèbres lombaires.

2. *Le cancer du pancréas* peut s'installer insidieusement sous l'aspect d'un ictère progressif, mais il peut aussi présenter tous les signes subjectifs, objectifs et biologiques de la pancréatite chronique. L'apparition rapide d'un diabète fera fortement soupçonner le cancer. Celui-ci pourra être parfois objectivé par l'artériographie sélective cœliaque et mésentérique.

Discussion

L. Ruyters. — Dans l'ensemble des dyspepsies secondaires, quel est l'ordre de fréquence que vous attribuez aux dyspepsies vésiculaires ?

G. Vosse-Matagne. — Si l'on exclut les dyspepsies purement fonctionnelles, les dyspepsies d'origine biliaire constituent la grosse majorité des dyspepsies secondaires.

Les douleurs épigastriques d'origine intestinale et péritonéale

par J. PIROTTE

Premier assistant à l'Université de Liège. Institut de Médecine. Département de Clinique et de Pathologie médicales
(Prof. H. Van Cauwenberge et Prof. associé L. Ruyters)

Beaucoup d'affections entreprenant l'intestin et le péritoine peuvent s'accompagner de douleurs épigastriques. Nous avons tenté de les regrouper en quelques grands syndromes, avec lesquels le clinicien se trouve quotidiennement confronté. Seront successivement envisagés :

- les dyspepsies d'origine cæco-appendiculaire,
- les douleurs du côlon transverse,
- le syndrome périviscéral du carrefour digestif supérieur,
- la dyspepsie et les douleurs secondaires à la hernie épigastrique.

I. — *Les dyspepsies d'origine cæco-appendiculaire.*

L'appendicite chronique et la constipation droite peuvent prendre le masque trompeur d'une dyspepsie secondaire hypersthénique ou hyposthénique, à l'exclusion de toute manifestation douloureuse spontanée de la fosse iliaque droite.

La dyspepsie hypersthénique se caractérise par des douleurs épigastriques postprandiales tardives ou nocturnes, de type aigre ou crampe, exceptionnellement transfixiantes; il n'est pas rare que ces douleurs revêtent le caractère de faim douloureuse et qu'elles s'atténuent par l'absorption d'aliments ou d'alcalins. Ce tableau, simulant l'ulcère gastro-duodénal par l'horaire journalier des douleurs, s'en distingue essentiellement par l'évolution des douleurs dans le temps : celles-ci, esquissant des périodes d'aggravation progressive alternant avec des phases d'amélioration, s'opposent à la périodicité nette, tranchée, des douleurs de l'ulcère gastro-duodénal.

La dyspepsie hyposthénique, moins fréquente, consiste en une gêne épigastrique postprandiale précoce : c'est une lourdeur, une pesanteur, un gonflement, non une douleur vraie. Ici encore, l'évolution est marquée par des périodes d'exacerbation et d'atténuation, se succédant par lentes transitions.

L'*examen clinique* est capital. La palpation d'un cæco-ascendant gargouillant et sensible de façon diffuse plaide pour une stase droite compliquée de colite. Par contre, l'existence d'un point provoqué électivement douloureux à une grande valeur diagnostique en faveur de l'appendicite. Cependant, chez un constipé chronique ou accidentel, il arrive que la typhlite d'accompagnement puisse cacher une éventuelle appendicite sous-jacente. Un traitement d'épreuve destiné à combattre la constipation et la colite pourra départager les responsabilités respectives des deux affections : il fera disparaître la sensibilité cæcale mais laissera en place le point appendiculaire.

Le *transit baryté* est indispensable : il vérifiera l'intégrité gastro-duodénale, objectivera les troubles fonctionnels réflexes responsables de la dyspepsie (spasme pylorique, hypercontractilité, hypersécrétion), mais surtout, il permettra de repérer sous écran à quel organe correspond la douleur provoquée : il est impossible de poser un diagnostic formel d'appendicite chronique sans une étude radiologique minutieuse du carrefour iléo-cæco-appendiculaire.

II. — *Le syndrome du côlon transverse.*

Lié à l'hypertonie ou l'hypermotricité du côlon transverse, il peut se présenter sous deux aspects cliniques.

1° *Tableau de colopathie.* — Il s'agit de douleurs réparties de façon irrégulière dans l'année, de type crampe, barrant transversalement l'épigastre, cheminant de l'hypocondre droit vers l'hypocondre gauche, parfois irradiées vers la fosse iliaque gauche le long du côlon descendant. La symptomatologie relève tantôt de troubles purement fonctionnels (colopathie psychonévrotique, instabilité neuro-végétative, intolérance alimentaire), tantôt d'une atteinte inflammatoire spécifique ou non (épisodes colitiques jalonnant le décours d'une constipation chronique, colite parasitaire, diverticulite, recto-colite hémorragique). La

diarrhée, parfois glaireuse et sanglante, est fréquente. Dans les colopathies fonctionnelles et dans certaines colites, elle peut être épisodique et survenir sur un fond de constipation.

À la palpation, le côlon transverse est tendu, spasmodé, sensible sur tout son trajet.

2° *Tableau de subocclusion basse.* — Les douleurs traduisent la lutte du côlon transverse contre un obstacle organique (tumeur maligne, péricécrite, sténose inflammatoire). Elles sont du même type que celles décrites ci-dessus mais se regroupent en crises paroxystiques relativement espacées, séparées par des intervalles asymptomatiques, accompagnées de ballonnement abdominal marqué, de nausées, de constipation, plus exceptionnellement de vomissements.

À l'inspection, la distension abdominale est manifeste. L'auscultation décèle une accentuation des borborygmes rythmée par les poussées douloureuses. La palpation permet parfois de découvrir une tumeur.

Seuls le transit et le lavement baryté pourront objectiver l'origine fonctionnelle ou organique des troubles et préciser la nature et le siège de l'obstacle éventuel.

III. — *Le syndrome péricécral.*

La péricécrite du carrefour digestif supérieur est la conséquence de l'extension au péritoine de lésions viscérales inflammatoires ou infectieuses. Elle reconnaît des origines diverses : la cholécystite, l'appendicite chronique, l'ulcère gastro-duodénal, en sont les causes les plus fréquentes à côté des adhérences postopératoires.

Le diagnostic clinique des péricécrites est essentiellement basé sur les modifications de la symptomatologie dans le décours de l'affection causale. S'il s'agit par exemple d'un ulcère duodénal, les périodes douloureuses ont tendance à s'allonger, les intervalles libres perdent leur netteté, se raccourcissent et cessent d'être tout à fait asymptomatiques : le malade souffre moins mais il continue à se plaindre. Les changements dans le rythme annuel de la maladie ont leurs homologues dans l'horaire journalier des douleurs, qui, d'abord postprandiales tardives, deviennent finalement plus ou moins permanentes. À son degré ultime, le syndrome péricécral se caractérise par une douleur quotidienne qui ne quitte plus

le malade, et sur laquelle viennent se greffer des crises violentes par irradiation du plexus solaire.

De même, lorsqu'une péricolécystite est en cause, les périodes douloureuses courtes, si typiques, des dyspepsies vésiculaires, s'étalent dans le temps et aboutissent à un état continu dans l'année et la journée, sur lequel viennent se greffer les épisodes vésiculaires proprement dits.

Cette tendance à la soudure des périodes pendant l'année et des crises dans la journée est le trait marquant des péricécrites.

L'examen physique est peu démonstratif ; il s'attachera à rechercher l'influence déclenchante des mouvements d'élongation de l'abdomen sur les douleurs (étirement du tronc).

Examens complémentaires : les explorations radiologiques (transit baryté, cholangiographie intra-veineuse) rechercheront la lésion causale, qui le plus souvent est déjà connue chez ces patients souffrant depuis longtemps.

IV. — *Les dyspepsies secondaires à la hernie épigastrique.*

La hernie épigastrique peut être à l'origine de troubles dyspeptiques et de douleurs, dus le plus souvent au coincement de filets nerveux épiploïques, plus rarement à l'étirement du ligament rond du foie et exceptionnellement à l'inclusion intra-herniaire de l'intestin et de l'estomac. La symptomatologie peut se présenter sous deux aspects :

a) la forme dyspeptique se caractérise par des douleurs épigastriques postprandiales précoces ou tardives, souvent vives, accompagnées de nausées ou de vomissements, déclenchées moins par les aliments que par l'abondance du repas, souvent nettement améliorées par le décubitus ;

b) les douleurs paroxystiques surviennent seules ou s'ajoutent aux manifestations dyspeptiques : il s'agit de crises épigastriques intenses, pouvant irradier vers le dos et le bas ventre, typiquement provoquées ou aggravées par les mouvements et la marche.

L'examen physique permet le diagnostic. La hernie ne peut être visible et palpable qu'en position debout et lorsque le patient met en jeu ses muscles abdominaux. La douleur à la palpation est un signe très important : la sen-

sibilité exquise réveillée par la pression le long de la ligne médiane épigastrique est parfois le seul indice révélateur de l'existence d'une hernie qui échappe à l'inspection. Avant d'envisager l'intervention curatrice, il est indispensable d'exclure toute lésion gastro-duodénale, car il n'est pas rare que la hernie coexiste avec un ulcère.

sager l'intervention curatrice, il est indispensable d'exclure toute lésion gastro-duodénale, car il n'est pas rare que la hernie coexiste avec un ulcère.

Les douleurs épigastriques dans les syndromes abdominaux aigus

par G. ROGISTER (*)

Chargé de Recherches du F. N. R. S.
Université de Liège. Clinique chirurgicale B (Prof. F. Orban)

La plupart des abdomens aigus chirurgicaux, avec douleur épigastrique, peuvent être rangés sous quatre diagnostics.

Si le patient est un homme, on pensera avant tout à la perforation gastro-duodénale. Si, au contraire, c'est une femme, on évoquera la possibilité d'une cholécystite aiguë. Enfin, nous pouvons trouver des appendicites et des pancréatites aiguës.

De quels moyens disposons-nous, en urgence, pour établir notre diagnostic? Ils sont simples : après une anamnèse minutieuse, nous comparons les signes physiques de notre examen propédeutique aux plaintes formulées par le patient. Pour chaque catégorie d'affections, nous mentionnerons des examens spéciaux, rapidement réalisables qui nous aideront à confirmer le diagnostic clinique.

Dans le tableau 1, nous avons réuni les éléments qui permettent de poser le diagnostic de perforation gastro-duodénale.

TABLEAU 1. — *Perforation d'ulcus gastro-duodénal (100 cas)*

- A) Anamnèse :
- 66 % sont des ulcéreux connus
 - 4 % soignés par salicylés
 - 1 % soignés par corticoïdes.
- B) Symptômes :
- 1° Subjectifs : douleur brutale, « coup de poignard », au creux épigastrique migrant secondairement vers la fosse iliaque droite.
- 2° Objectifs :
- contracture
 - irritation péritonéale
 - douleur provoquée, maximale au creux épigastrique
 - silence abdominal.
- C) Radiologie : pneumopéritoïne.

(*) Avec la collaboration de J. C. LAVIGNE, Chef de Traitements, G. LEJEUNE, Chargé de Cours associé, J. LECLERCQ, Assistant, Université de Liège, Cliniques chirurgicales A et B (Prof. D. HONORÉ et F. ORBAN).

Des antécédents ulcéreux sont retrouvés dans 66 % des cas. Ce qui domine la symptomatologie subjective, c'est la douleur brutale en « coup de poignard » du creux épigastrique, migrant secondairement le long de la gouttière colo-pariétale droite vers la fosse iliaque droite. A l'examen de l'abdomen, la contracture est généralisée, le silence abdominal est total et on retrouve tous les signes d'irritation péritonéale.

La douleur provoquée par la palpation ou la percussion est maximale au niveau du creux épigastrique. L'examen radiologique de l'abdomen, sans préparation, peut révéler l'existence d'un pneumopéritoïne qui confirme le diagnostic de perforation d'organe creux; mais l'absence éventuelle d'air, dans la cavité péritonéale, n'infirme jamais un diagnostic clinique formel.

L'appendicite aiguë (tableau 2) qui accompagne parfois des infections rhino-pharyngées, surtout chez l'enfant, peut être annoncée par des troubles du transit digestif, troubles non pathognomoniques. S'il existe des appendicites « honnêtes » avec une douleur localisée d'emblée au niveau de la fosse iliaque droite,

TABLEAU 2. — *Appendicite aiguë*

- A) Anamnèse :
- a) infection des voies respiratoires
 - b) troubles digestifs.
- B) Symptômes :
- 1° Subjectifs :
- douleur vive au creux épigastrique, puis à la fosse iliaque droite
 - nausées, vomissements.
- 2° Objectifs :
- contracture localisée
 - irritation péritonéale
 - douleur maximale : fosse iliaque droite
 - stase cœcale
 - température.
- C) Leucocytose.

dans un grand nombre de cas, cette douleur prédomine d'abord au niveau du creux épigastrique, gagnant secondairement la fosse iliaque droite. La fièvre s'installe. La contracture se localise à la fosse iliaque droite où prédomine la douleur provoquée. On note des signes d'irritation péritonéale et un certain degré de stase caecale se traduisant par du clapotis lors de la palpation du cæcum. Si l'on veut un tableau complet, on demande au laboratoire de confirmer par une leucocytose élevée avec polynucléose, le diagnostic clinique d'appendicite aiguë.

Le diagnostic de cholécystite aiguë (tableau 3) est parfois plus malaisé à poser, du moins au début de l'affection. Il s'agit au départ d'une crise de colique hépatique paraissant banale. Par la suite, la différence est que l'intensité de cette crise perdure et s'accompagne d'une température croissante. La notion de lithiasis connue, dans les antécédents, est très précieuse, car la douleur, vive, occupant la région épigastrique en débordant presque toujours vers la région sous-costale droite, est loin d'être pathognomonique. Elle s'accompagne souvent de nausées, parfois de vomissements.

TABLEAU 3. — *Cholécystite aiguë*

- A) Anamnèse : lithiasis connue.
- B) Symptômes :
- 1° Subjectifs :
- douleur brusque et intense de la région épigastrique et sous-costale droite
 - nausées et vomissements.
- 2° Objectifs :
- température
 - contracture ou défense du quadrant supérieur droit
 - palpation d'un hydrocholécyste
 - douleur provoquée (cystique, épigastrique, cholédocienne).
- C) Examens radiologiques :
- abdomen sans préparation
 - cholangiographie iv.

Objectivement, on retrouve une défense ou une contracture au niveau du quadrant supérieur droit de l'abdomen. Si un hydrocholécyste y est palpé, le diagnostic est posé. Sinon, l'examen radiologique de l'abdomen à blanc exclut l'existence d'un pneumopéritoine et peut visualiser soit des calculs radio-opaques dans la région vésiculaire, soit la vésicule hydro-pneumatique elle-même.

L'exclusion de la vésicule lors de la cholan-

giographie iv confirme le diagnostic. Malheureusement, dans les cholécystites aiguës, l'opacification des voies biliaires n'est obtenue que dans 50 % des cas seulement.

Le diagnostic est donc surtout clinique, étayé par la notion d'une lithiasis connue, d'une colique hépatique qui perdure, de température, d'ictère éventuel, de concentration de la symptomatologie objective au niveau du quadrant supérieur droit de l'abdomen.

Dans les cas où l'on suspecte une pancréatite aiguë (tableau 4), la notion d'un repas

TABLEAU 4. — *Pancréatites aiguës*

- A) Anamnèse :
- lithiasis biliaire
 - brèves crises analogues antérieurement
 - repas copieux, alcoolisés.
- B) Symptômes :
- 1° Subjectifs :
- douleur épigastrique, transfixiante, que rien ne calme
 - vomissements abondants.
- 2° Objectifs :
- état de choc
 - abdomen souple ou léger ballonnement au creux épigastrique.
- C) Examens :
- 1° Radiologiques :
- abdomen à blanc
 - thorax
- 2° Amylasémie, amylosurie, glycémie, glycosurie.
- Amylases dans liquide de ponction pleurale.

copieux, alcoolisés, ayant déclenché la crise douloureuse, est classique. De même, il est précieux de rechercher des alertes douloureuses dans les antécédents. La coexistence d'une lithiasis biliaire est fréquente. Ce qui domine le tableau clinique est la douleur épigastrique très intense, transfixiante, que rien ne calme, la précocité et l'abondance des vomissements, et parfois un état de choc contrastant avec la pauvreté des signes cliniques objectifs au niveau de l'abdomen. Le diagnostic d'infarctus du myocarde est malaisé à éliminer et la radiographie de l'abdomen à blanc, si elle exclut un pneumopéritoine, montre rarement des calcifications du pancréas. Plus intéressante est la radiographie du thorax qui peut mettre en évidence un petit épanchement pleural gauche. En cas de pancréatite aiguë, le dosage des amylases dans la ponction de ce liquide pleural est très élevé.

De toute façon, on dose l'amylasémie,

l'amylosurie et la glycémie. Des dosages anormalement élevés ne sont pas pathognomoniques mais ils fournissent une présomption supplémentaire en faveur du diagnostic de pancréatite aiguë.

Tel est le tableau clinique de ces abdomens aigus avec douleur épigastrique. Il existe, bien sûr, des perforations gastro-duodénales, des appendicites, des cholécystites, des pan-

cratites aiguës qui évoluent sous un autre masque, de même que certains abdomens aigus peuvent s'exprimer, au début, sous la forme d'une douleur épigastrique.

Ces cas plus exceptionnels ne peuvent être envisagés ici et nous leur réservons la qualification d'atypiques d'autant plus volontiers que, souvent, dans ces cas, notre diagnostic est hésitant ou erroné.

L. Ruyters. — Dans les affections traitées jusqu'à présent, le diagnostic étiologique des douleurs épigastriques est relativement facile. Il n'en est pas de même dans les dyspepsies secondaires que vont aborder les exposés suivants. Le Dr. Baudinet vous parlera des douleurs épigastriques d'origine cardiaque, dont la fréquence n'est pas négligeable.

Les douleurs épigastriques d'origine cardiaque

par V. BAUDINET

Assistant à l'Université de Liège. Institut de Médecine. Département de Clinique et de Sémiologie médicales
(Prof. A. Nizet)

Les douleurs épigastriques d'origine cardiaque peuvent revêtir deux formes cliniques :

— la forme aiguë qui en impose pour un syndrome abdominal aigu,

— la forme chronique à laquelle correspondent des manifestations douloureuses généralement moins intenses et qui fait suspecter l'existence d'une affection digestive chronique.

Forme aiguë

1. Les douleurs épigastriques aiguës peuvent survenir dans la période initiale de l'infarctus du myocarde. Si, parfois, la douleur est irradiée à partir de la région rétrosternale, il arrive qu'elle soit strictement localisée à la région épigastrique. Comme l'occlusion aiguë des coronaires entraîne fréquemment l'apparition de nausées et de vomissements, on comprend que la douleur épigastrique qu'elle engendre puisse être mise en rapport avec une crise de lithiase biliaire ou de lithiase rénale.

Si, à la symptomatologie digestive, s'ajoute une chute tensionnelle ou un véritable état de choc, le diagnostic tout d'abord envisagé sera celui de perforation d'ulcus gastrique ou de pancréatite aiguë.

Il arrive que la douleur, bien que d'apparition brutale, soit peu intense et que le tableau clinique soit dominé par les troubles digestifs.

Dans ces cas, le diagnostic d'infarctus est rarement évoqué et l'épisode est généralement considéré comme un embarras gastrique banal.

A vrai dire, les moyens cliniques qui permettent de poser le diagnostic d'infarctus du myocarde à forme abdominale sont réduits : retenons que la connaissance des antécédents du sujet, l'auscultation d'un bruit de galop ou d'un trouble du rythme, la persistance d'une matité hépatique normale, ainsi que l'absence de contracture abdominale ou de signes péritonéaux peuvent constituer des éléments d'orientation.

En fait, le diagnostic formel d'infarctus du myocarde ne pourra être posé qu'à l'ECG.

Cependant, il faut noter que, même en présence d'un infarctus récent, il est possible que la symptomatologie abdominale ne soit pas directement dépendante de l'infarctus lui-même mais secondaire à une embolie viscérale sous-diaphragmatique et en particulier à une embolie mésentérique.

2. Les douleurs abdominales aiguës à localisation épigastrique peuvent survenir au début d'une péricardite aiguë. Dans une monographie récente, Froment rapporte plusieurs observations qui furent amenées au chirurgien avec le diagnostic d'ulcus perforé, de pancréatite aiguë ou de cholécystite aiguë.

Des douleurs analogues peuvent également se rencontrer au début d'une pleurésie.

L'élargissement de la zone de matité péricardiale, l'apparition d'un frottement péricardique, l'assourdissement des bruits du cœur, l'installation brutale de signes d'insuffisance cardiaque constitueront les éléments cliniques essentiels qui feront évoquer le diagnostic de péricardite aiguë.

Il faut noter que ces diverses manifestations ne sont pas nécessairement présentes dans le décours de la péricardite et qu'elles peuvent également survenir au cours de l'infarctus du myocarde.

En résumé, en raison de la grande variabilité des signes cliniques et de leur manque relatif de spécificité, il est utile, en présence de douleurs épigastriques aiguës, de pratiquer un ECG afin d'éliminer l'existence d'un infarctus du myocarde au stade aigu ou d'une péricardite aiguë.

Forme chronique

Les manifestations d'angor pectoris peuvent s'exprimer par l'apparition de douleurs épigastriques. Lorsqu'il s'agit d'un angor d'effort, les circonstances d'apparition de la douleur, sa durée, sa régression sous l'influence du repos et de dérivés nitrés, la feront aisément reconnaître, nonobstant sa localisation atypique. Le diagnostic est plus difficile à poser lorsque la douleur d'angor à localisation épigastrique survient exclusivement pendant la période postprandiale, environ 1/2 heure à 1 heure après les repas. Il est en effet connu qu'un certain nombre d'angineux voient survenir la crise d'angor dans la période qui suit les repas importants. La digestion s'assimile à une épreuve d'effort, et à ce titre, entraîne une augmentation du débit cardiaque et par conséquent

du travail du cœur et du besoin du myocarde en oxygène. Dans certains cas, l'effet cumulatif de la digestion et d'un effort léger, tel que celui qu'exige la petite promenade appelée digestive, sera nécessaire pour faire apparaître la douleur angineuse.

Il est évident que, chez les patients qui présentent uniquement leurs manifestations douloureuses dans la période postprandiale, et chez lesquels la douleur est strictement localisée à la région épigastrique, le diagnostic sera d'ordinaire orienté vers une affection digestive chronique. Il faut donc penser, devant une telle symptomatologie et lorsque l'examen radiologique des voies digestives ne montre aucune anomalie, à faire enregistrer un électrocardiogramme au repos, voire après un effort.

Il faut mentionner que l'artérite mésentérique peut engendrer une symptomatologie analogue. Au début, la douleur constitue le seul symptôme de l'affection. Dans la suite, des troubles digestifs, de l'amaigrissement, exceptionnellement de la stéatorrhée, feront leur apparition.

Mentionnons enfin que les douleurs épigastriques peuvent survenir dans l'insuffisance cardiaque droite. Elles s'accompagnent souvent de nausées, de ballonnement et parfois de vomissements. Ces troubles sont secondaires à la congestion des viscères digestifs. Toutefois, lorsqu'un traitement digitalique est en cours, il n'est pas rare qu'un surdosage du médicament soit responsable des troubles présentés.

Enfin, l'hépatomégalie de stase peut être responsable de douleurs sous-costales droites, plus rarement de douleurs épigastriques qui sont présentes au repos, parfois uniquement à l'effort.

Les douleurs épigastriques d'origine rénale

par G. BISCHOPS

Assistant à l'Université de Liège. Clinique urologique (Prof. C. Maquinay)

1) Il est bien connu qu'une lithiase urétérale peut donner une symptomatologie douloureuse abdominale, siégeant d'ailleurs souvent au niveau des fosses iliaques. Il arrive

ainsi que des patients subissent une laparotomie et une appendicectomie avant que le diagnostic exact ne soit posé. Sont bien connues également la gastrite de l'urémie ainsi

que les répercussions sur le transit intestinal de la distension pyélique accompagnant la colique néphrétique. Il s'agit alors, d'évidence, de phénomènes secondaires dans un tableau symptomatique permettant de les attribuer rapidement à leur cause rénale ou urologique.

2) Il est plus rare qu'une affection de l'appareil urinaire haut ne se traduise cliniquement que par des douleurs épigastriques ou par une dyspepsie douloureuse. Le fait n'est pourtant pas exceptionnel. Il peut se produire dans des conditions variables, et revêtir un caractère aigu ou chronique.

C'est ainsi qu'une maladie purement urologique au départ peut se révéler par un syndrome abdominal aigu à siège épigastrique; c'est le cas d'une hydronéphrose cliniquement latente, dont la rupture spontanée dans la cavité péritonéale prend le masque de la perforation gastrique, comme a pu l'observer une fois le Professeur Maquinay. Nous avons pu également observer au Service le cas d'un malade qui portait, en raison d'anomalies rénales graves congénitales, un greffon iléal en lieu et place d'uretère, et qui a présenté un syndrome abdominal aigu consécutif à la perforation intra-péritonéale spontanée de ce greffon. Le tableau clinique permettait de diagnostiquer la rupture d'un viscère creux, probablement d'un ulcus gastrique, ainsi que le mentionne d'ailleurs au dossier le protocole de l'examen réalisé par le chirurgien qui examina le malade lors de son admission. Ce n'est qu'en raison des antécédents urologiques du malade, et de l'absence d'antécédents digestifs, que nous avons pu penser à la possibilité d'une rupture du greffon iléal, qui a été confirmée et réparée à la laparotomie.

3) Moins exceptionnels sont les cas chroniques, où un malade, consultant pour une symptomatologie d'allure gastralgique, est en fait porteur d'une affection urologique responsable d'une symptomatologie aberrante. Voici à titre d'exemple l'histoire d'un cas traité récemment au Service.

Mme L., née en 1920, nous consulte pour la première fois en février 1965 : elle se plaint depuis plusieurs années de crises douloureuses au niveau de l'épigastre, crises violentes, non irradiées, accompagnées de vomissements aqueux ou biliaires. Ces épisodes, de durée variable, surviennent au

moins une fois par mois, et sont parfois suivis de température. La veille de l'examen, elle a souffert d'une colique néphrétique gauche, à la suite de laquelle elle nous est adressée. L'urographie iv décèle une lithiase pyélique gauche ainsi qu'une sténose bilatérale des jonctions pyélo-urétérales. Cette dernière anomalie est serrée du côté lithiasique, est fruste et paraît bien tolérée du côté droit. L'enlèvement du calcul et la correction de la sténose pyélo-urétérale gauches permettent au rein de reprendre une fonction et une morphologie normales, comme en témoigne l'urographie iv de contrôle réalisée six semaines après l'intervention. À ce moment, la patiente continue néanmoins à se plaindre d'épigastalgies épisodiques. Un nouveau contrôle urographique est négatif, les clichés étant réalisés en décubitus, mais un cliché tiré en position debout, après station debout prolongée, montre que la ptose du rein droit et l'anomalie de la jonction pyélo-urétérale, qui avaient d'abord paru bien tolérées, se conjugent pour provoquer une rétention pyélique importante. Il existait donc incontestablement une hydronéphrose intermittente à laquelle on pouvait imputer la symptomatologie douloureuse. L'intervention correctrice de la jonction pyélo-urétérale et la pexie du rein sont pratiquées le 11 mai 1966. Depuis lors, la malade ne se plaint plus, et l'urographie iv réalisée après cette seconde intervention confirme la guérison clinique.

4) Les caractères de ces dyspepsies douloureuses d'origine rénale sont schématiquement les suivants :

- a) leur absence de périodicité et de rapport horaire avec les repas,
- b) leur absence de rapport avec le type d'alimentation,
- c) leur apparition ou leur exacerbation fréquentes lors de l'effort physique important ou la station debout prolongée.

Selon les cas, ces données anamnestiques, qui peuvent se compléter par de la pyurie franche ou de la température, s'étayeront par la recherche d'une douleur rénale et la palpation d'un gros rein. Mais il importe de savoir que les troubles étant fréquemment intermittents, les examens, et en particulier les examens radiographiques, réalisés en dehors de la période critique, peuvent être entièrement normaux, ce qui ne permet pas d'exclure une cause urologique. Pour être significatifs, les examens doivent être faits en période critique. On peut également, dans les cas où une ptose douloureuse est suspectée, chercher à faire apparaître la rétention pyélique par la station debout prolongée. Ce n'est que quand les examens sont négatifs en ayant recours à ces artifices que l'on peut exclure une participation rénale ou urologique.

Les épigastralgies en gynécologie

par L. GRÉGOIRE

Professeur à l'Université de Liège. Clinique gynécologique et obstétricale

Les rapports des gynécologues avec les gastro-entérologues sont fréquents et habituellement fructueux. Souvent, il s'agit de rapports de voisinage. Rien d'étonnant, dans ces conditions, à ce que surgissent quelquefois des incidents de frontière. Les affections du sigmoïde et du rectum se confondent facilement avec des affections génitales ou inversement. Elles sont parfois communes et il n'est pas toujours aisé de trouver le premier responsable lorsqu'il s'agit de processus néoplasiques ou inflammatoires. L'endométriase, lorsqu'elle est

en cause, est forcément d'origine génitale. Le Krükenberg jette un pont entre l'estomac et l'ovaire. Notre sens de la conciliation nous a incités à cesser les discussions et à laisser l'entière responsabilité initiale à la tumeur gastrique. Mais l'épigastralgie ? Il n'en est guère fait mention dans les traités de gynécologie. En sommes-nous parfois responsables ? Quel mécanisme physiopathologique pourrait la provoquer ?

Nous avons, pour répondre à la question, repris, dans le tableau 1, les mécanismes suivant

TABLEAU 1. — Pathologie digestive d'origine gynécologique

I. <i>Compression</i> = Tumeurs		Torsions de tumeurs ou annexes
II. <i>Tiraillement sur les mésons</i> (douleurs irradiées — referred pains — réflexes viscéro-viscéraux)		Ptoses — Prolapsus génitaux (utérus-ovaires) — Rétroversions utérines
III. <i>Irritations péritonéales</i>		Grossesse tubaire Rupture de kyste ou de pyosalpinx Endométriase
IV. <i>Localisation viscérale</i>		Lésion organique discrète Estomac — Cholécyélite Côlon (sigmoïde) Sensibilité particulière
V. <i>Phénomènes vasculaires</i> (congestions)		Affections inflammatoires Cycle menstruel — Syndrome intermenstruel (ovulation) — Tension prémenstruelle Dystrophies ovariennes = ovaires micropoly- kystiques Varicocèles pelviens Syndrome de Master's Allen
VI. <i>Influences hormonales</i>		Mode d'action Perturbations — Hyperœstrogénies (thérapeutiques) — Insuffisance : ménopause, castra- tion. Variations cycliques
VII. <i>Dysménorrhée</i>		Substances de lyse endométriale Centres nerveux — Chute hormonale — Conditionnement de la femme

lesquels les *gynécopathies* de nature organique ou fonctionnelle peuvent entraîner des troubles digestifs ou des douleurs abdominales à distance.

Il faut remarquer immédiatement que les symptômes digestifs sont rarement spécifiques et pathognomoniques d'un type particulier d'affection gynécologique.

Il faut noter également que la symptomatologie génitale domine généralement le tableau et ce fait ne risque guère de créer une sérieuse confusion dans l'esprit du clinicien; la symptomatologie digestive passe au deuxième plan et n'apparaît que comme un épiphénomène; sa disparition par une thérapeutique génitale appropriée vient confirmer la relation entre les deux systèmes.

Plus intéressants sont les cas dans lesquels l'inverse se produit, parce que les signes génitaux sont discrets, et où l'origine sexuelle n'est mise en évidence que par une anamnèse et un examen attentifs.

Signalons l'importance de l'allure cyclique des troubles, ces phénomènes étant généralement accentués à la période ovulatoire ou prémenstruelle, de même que l'éventualité de leur apparition à la suite d'événements obstétricaux ou gynécologiques. Certaines crises de type ulcéreux montrent leur origine par leur chronologie menstruelle.

Je voudrais signaler brièvement quelques exemples de tableau clinique qui m'ont particulièrement frappé dans ce domaine.

On reçoit quelquefois, en consultation, des femmes maigres, assez souvent de grandes multipares, se plaignant de douleurs abdominales diffuses à dominante épigastrique, et de troubles dyspeptiques divers, s'exagérant en phase prémenstruelle. Sans doute, une viscéroptose généralisée peut-elle expliquer la symptomatologie, mais elle coexiste souvent avec une ptose utérine (rétroversion associée ou non à un certain degré de prolapsus); les règles sont souvent profuses par suite de l'état congestif génital.

La seule cure chirurgicale gynécologique est capable d'améliorer considérablement le tableau clinique abdominal et le bénéfice en est encore accru par une cure de progestagènes ou de simple anabolisants.

Le même type physique « desséché » se rencontre également après la ménopause ou la

castration chez des femmes jeunes. Il s'agit de la ménopause type « sarment de vigne », selon l'expression d'un auteur français. Une symptomatologie dyspeptique, identique à celle du groupe précèdent, peut se voir; elle fait partie du tableau neurovégétatif et métabolique de la ménopause, même si les traditionnelles bouffées de chaleur manquent au tableau.

Une thérapeutique œstro-androgénique à court terme trouve ici une excellente indication, suivie d'une administration prolongée de petites doses d'œstrogènes, compte tenu des réserves d'usage pour cette thérapeutique.

Lors de l'installation de la ménopause, on assiste, chez certaines femmes, à des phénomènes abdominaux impressionnants qui coïncident d'habitude avec une phase d'aménorrhée. L'abdomen est très ballonné, la distension colique entraîne une gêne épigastrique sérieuse, mais les douleurs sont les plus marquées dans les fosses iliaques. Cet état correspond à une stase veineuse pelvienne et à la formation de kystes folliculaires ovariens. La glaire cervicale est abondante. L'administration d'un progestagène durant quelques jours entraîne l'écoulement d'un flux menstruel abondant qui provoque un soulagement immédiat avec régression des symptômes. La prise discontinue de progestagènes dans les mois qui suivent entretient la menstruation et évite le retour des malaises digestifs. Ce tableau rappelle assez bien une des formes fréquentes de la tension prémenstruelle souvent associée à une forte rétention hydrique attribuée à une interrelation entre les stéroïdes ovariens et l'aldostérone.

En *obstétrique*, les troubles digestifs sont plus connus et plus caractéristiques (tableau 2). Pourtant, de temps à autre, certaines femmes sont encore soumises à des explorations radiologiques nullement souhaitables pour le petit embryon méconnu et dont on eût pu soupçonner la présence par les tests appropriés.

Ils sont provoqués par les modifications hormonales et métaboliques de la grossesse, ainsi que par une action mécanique directe provoquée par l'utérus gravide. Les œstrogènes exercent une action de type cholérigique, mais pourtant, dans l'ensemble, la grossesse s'accompagne d'une atonie de toutes les musculatures lisses. Il semble que le status hormonal de la grossesse crée une vulnérabi-

TABLEAU 2. — *Pathologie digestive en obstétrique*

I. Mécanisme	Neurogène
	Hormonal
	Métabolique
	Mécanique (utérus gravide)
II. Phénomènes sympathiques (1 ^{er} trimestre)	Prédisposition par voie hormonale
	Induction psychogénique
III. Pyrosis (2 ^e -3 ^e trimestre)	Reflux gastro-œsophagien (incontinence du cardia)
	Hernie hiatale (syndrome postural)
	Œsophagite (irradiation vers le pharynx)
IV. Système excréteur biliaire (Lithiase-cholecystites)	Hypotonie
	Infections
	Concentration en cholestérol et sels biliaires
V. Ulcus gastro-duodénal aigu	Toxicose
	Affections rénales
	Traumas psychiques
VI. Epigastralgies aiguës pré-claustrophobes	

lité aux nausées et vomissements avec douleurs épigastriques, car cet état disparaît immédiatement, ou n'existe pas en cas d'insuffisance trophoblastique; mais tous les faits d'observation clinique montrent, dans l'initiation et la persistance de ces phénomènes, une origine psychogénique certaine.

Le pyrosis, cette sensation de brûlure épigastrique s'irradiant vers le haut, débute généralement plus tardivement dans le courant du deuxième trimestre et s'aggrave progressivement. Il semble dû à une régurgitation vers l'œsophage du contenu gastrique, ce qui peut entraîner des lésions muqueuses très variables d'œsophagite. Dans nombre de cas, on peut mettre en évidence une hernie hiatale (elle existerait chez 15 à 25 % des femmes enceintes).

Les études sur la sécrétion gastrique ont montré que la sécrétion d'HCl diminuait durant la grossesse, particulièrement durant la première moitié. Une hypersécrétion, accusée précédemment, semble donc exclue dans la pathogénie du pyrosis.

La grossesse exerce également une influence sur le système biliaire. Si le foie lui-même s'adapte facilement aux besoins de la grossesse sans subir de modifications anatomiques ou physiologiques sérieuses, pour autant que l'apport protéique soit adéquat, il n'en est pas de même pour le système excréteur biliaire.

L'hypercholestérolémie de la grossesse entraîne une concentration plus forte de cette substance au niveau de la vésicule biliaire. Si on y ajoute d'autres facteurs tels que la stase, les infections et certains changements de la concentration en sels biliaires, on comprend aisément la fréquence de la cholélithiase et des accidents de cholécystite.

Il faut toujours se garder, devant les troubles survenant chez une femme enceinte, de les attribuer systématiquement à la grossesse. C'est ainsi que la pancréatite peut survenir occasionnellement, de même qu'une forme aiguë d'ulcère gastro-duodénal pouvant se compliquer d'hémorragies et de perforation. Celle-ci se rencontrerait particulièrement dans la toxicose gravidique ou serait greffée sur des

affections rénales, ou bien ferait suite à des traumatismes psychiques graves.

Il faut, par opposition, signaler que les ulcères gastriques préexistants s'amendent généralement durant la grossesse, mais reflorissent très souvent quelques mois après l'accouchement.

Je ne puis non plus passer sous silence la fameuse crise épigastrique dont l'apparition signifie, chez une toxémique, l'imminence de l'éclampsie. Elle peut être d'une violence telle qu'elle a parfois provoqué le diagnostic de

perforation d'ulcère. Est-elle liée à un vasospasme dans l'étage abdominal supérieur ? Lors d'autopsies des éclampsiques, on trouve fréquemment des pétéchies dans la capsule hépatique et même au niveau de l'estomac, et des séquelles de lésions hémorragiques ont pu être mises en évidence par des biopsies hépatiques pratiquées chez les éclampsiques guéries.

Pour terminer, signalons également que les antiovolutoires peuvent entraîner une symptomatologie de type gravidique.

Les douleurs épigastriques d'origine vertébrale

par P. FRANCHIMONT

Agrégé de l'Université de Liège. Institut de Médecine. Département de Clinique et Pathologie médicales (Prof. H. Van Cauwenberge)

L'exposé a été fait, en l'absence du D^r Franchimont, par le D^r Libon

Les douleurs abdominales, en particulier épigastriques, qui ne sont objectivables ni cliniquement ni radiologiquement, doivent faire penser à l'éventualité d'une affection vertébrale. En effet, différentes atteintes du rachis peuvent provoquer des douleurs dans la région épigastrique.

Au cours de cet exposé, nous allons analyser d'abord la pathogénie de ces algies, leur étiologie et les signes cliniques qui permettent de les rattacher à une affection vertébrale.

I. — Pathogénie des douleurs épigastriques d'origine vertébrale.

Les douleurs épigastriques d'origine vertébrale sont dues à des irradiations douloureuses qui peuvent correspondre soit à une irritation radriculaire par des processus expansifs ou destructifs localisés au canal rachidien et aux trous de conjugaison, soit à une irritation de la capsule des articulations interapophysaires. Ces capsules richement innervées sont à l'origine de douleurs projetées dans le territoire correspondant à leur métamère. Pour que la douleur soit irradiée dans le creux épigastrique, la lésion doit siéger entre D₇ et D₁₀.

II. — Étiologie.

a) Les lésions étiologiques peuvent se situer au niveau du corps vertébral. Par leur nature

proliférative ou destructive, elles peuvent comprimer une racine nerveuse et créer des modifications statiques, qui engendrent un tiraillement des capsules articulaires et une douleur irradiée. Ces atteintes du corps vertébral sont bien connues : les fractures traumatiques, les tassements à la suite d'une déminéralisation (ostéomalacie, ostéoporose, hyperparathyroïdie), les processus expansifs souvent métastatiques et le myélome multiple.

b) L'atteinte du corps vertébral peut se repercuter ou s'étendre aux disques intervertébraux voisins.

Ainsi, dans la cyphose des adolescents, appelée encore maladie de Scheuermann, les plateaux cartilagineux assurant la croissance de la vertèbre sont atteints et présentent une fragilité anormale.

Aussi lors d'effort modéré, le nucléus pulposus peut traverser le plateau et éroder profondément le corps vertébral. Cette migration du noyau gélatineux dans le corps vertébral aboutit à un affaissement du disque, au point que les corps vertébraux entrent en contact et provoquent une destruction plus complète du plateau cartilagineux. La vertèbre ne peut plus poursuivre sa croissance et il y a alors formation d'une vertèbre plane ou cunéiforme suivant que la totalité ou une partie seulement du plateau est atteinte. Cet affaissement du corps

vertébral et du disque intervertébral provoque un tiraillement des capsules des articulations postérieures.

Une autre atteinte concomitante du corps vertébral et du disque est provoquée par le bacille de Koch. La spondylite tuberculeuse, qui atteint particulièrement la partie inférieure de la colonne dorsale, commence habituellement dans le corps vertébral, à proximité immédiate du disque. L'infection débute au niveau du disque dans les deux ou trois premières années de la vie quand il est encore vascularisé. Dès que le plateau cartilagineux a cédé et que la perforation s'est faite, le processus de destruction s'étend rapidement du corps vertébral au disque.

Il est fréquent chez l'enfant et l'adolescent que des douleurs abdominales partant de la colonne dorsale inférieure soient pendant longtemps le seul signe d'une spondylite tuberculeuse. Dans ce cas, l'exagération des douleurs au lit est hautement évocatrice.

c) L'atteinte du disque intervertébral peut provoquer des douleurs soit par compression de racines nerveuses soit par des troubles statiques irritant les capsules articulaires. Il s'agit principalement de la hernie nucléaire latérale, rare dans la région dorsale, et la dégénérescence arthrosique avec pincement discal et ostéophytose postérieure réduisant le trou de conjugaison.

d) Enfin, l'irritation isolée des capsules des articulations interapophysaires peut être provoquée par des processus inflammatoires tels que la spondylarthrite ankylosante et les spondylites typhiques et méltococciques.

III. — *Symptomatologie clinique et éléments de diagnostic différentiel.*

Différents symptômes orientent le diagnostic des douleurs épigastriques vers une affection vertébrale.

1° La douleur est le plus souvent en ceinture et la localisation épigastrique est rarement isolée.

2° Il existe souvent des douleurs par tassement. Celles-ci peuvent être spontanées : le malade ressent des douleurs épigastriques rarement isolées mais le plus souvent associées à des douleurs vertébrales, en position debout

ou assise, aggravées à la marche, spécialement lors de la montée des escaliers ou la descente d'un trottoir, et qui disparaissent en décu-bitus ou par traction. Ces douleurs par tassement peuvent être recherchées en exerçant une pression rythmée sur les épaules ou en demandant au patient, dressé sur la pointe des pieds, de se laisser retomber sur les talons. Une douleur ayant ces caractères trahit un processus de destruction vertébral ou discal.

3° Dans le cas d'une irritation des articulations interapophysaires, on peut noter des douleurs spontanées ou provoquées dans la région paramédiane. Celles-ci ont comme caractères d'être irradiées et d'être induites par la rotation latérale de la colonne vertébrale. Au cours de ce mouvement, les surfaces articulaires apophysaires convergent et s'engrènent du côté de la rotation tandis qu'elles s'écartent du côté opposé. Cet écartement entraîne un tiraillement de la capsule avec induction de la douleur irradiée. Les mouvements passifs et actifs provoquent cette douleur.

4° Aspect de la colonne : lors d'une atteinte du corps vertébral ou du disque, on note toujours au début un redressement de la cyphose physiologique par contracture réflexe des muscles. Cette contracture peut être, elle aussi, à l'origine de douleurs. Par la suite, une gibbosité peut apparaître et se développer.

5° Limitation fonctionnelle : en cas d'atteinte des corps vertébraux et des disques par un processus destructif, on note toujours une rigidité segmentaire avec impossibilité d'effectuer le principal mouvement de la base de la colonne vertébrale dorsale : les rotations latérales. En cas d'inflammation des capsules articulaires, de dégénérescence discale, on enregistre alors une simple limitation des mouvements.

6° Explorations radiologiques et biologiques : celles-ci sont toujours indispensables en présence d'une douleur épigastrique d'origine vertébrale. Mais la description des lésions radiologiques et biologiques dépasse le cadre de cet exposé.

En résumé, en présence d'une douleur abdominale, en particulier épigastrique, suspecte d'être d'origine vertébrale, l'examen clinique permet déjà de se faire une idée précise de sa

localisation. La radiographie et les examens complémentaires doivent être réalisés au plus tôt, car comme nous l'avons vu, l'étiologie est toujours grave : néoplasique, infectieuse, inflammatoire, traumatique.

Discussion

L. Ruyters. — Dans une consultation de gastro-entérologie, les douleurs épigastriques d'origine vertébrale sont rares; cependant, nous en voyons plusieurs cas tous les ans et la symptomatologie souvent fruste de l'affection en cause en rend le diagnostic très difficile. Dans notre expérience, il s'agit de malades chez lesquels on a pratiqué un grand nombre d'examen techniques, concernant les organes digestifs. Parmi les signes qui nous orientent vers la colonne, je mentionnerai la présence fréquente de points de Valleix sous-costaux.

Dans notre expérience, il ne s'agit jamais de maladie grave, mais presque toujours d'arthrose ou d'atteinte discale. Est-ce que l'expérience du rhumatologue est la même que la nôtre ?

P. Franchimont. — Incontestablement, la recherche des points intercostaux de Valleix constitue un excellent signe propédeutique permettant de déceler les douleurs irradiées à point de départ vertébral. La palpation de ces points éveille une douleur dans les cas où il existe une irritation radiculaire. Quant à la nature de ces atteintes rachidiennes, à la base de la colonne dorsale et se manifestant par des douleurs irradiées et épigastriques, elle relève le plus souvent d'une affection grave qu'il importe de diagnostiquer précocement et de traiter efficacement.

Les douleurs épigastriques d'origine neurologique

par R. MOUCHETTE

Chef de Travaux à l'Université de Liège.

Institut de Médecine. Département de Clinique et de Sémiologie médicales (Prof. A. Nizet)

Il est certain que les affections touchant les viscères abdominaux s'expriment par des sensations douloureuses qui, cheminant le long des voies neuro-végétatives, atteignent finalement la conscience et se projettent parfois en des zones éloignées du viscère concerné. À l'inverse, certaines affections neurologiques peuvent simuler des syndromes digestifs et prendre le masque en particulier du syndrome douloureux épigastrique. La symptomatologie peut même être si caractéristique qu'elle est à la base d'erreurs fréquentes entraînant des décisions parfois chirurgicales à mauvais escient.

Cependant, certains caractères de la douleur peuvent orienter vers une douleur d'origine neurologique.

1° Le début et la fin de la crise douloureuse sont le plus souvent brusques.

2° Il y a rarement de relation avec l'ingestion d'aliments et rarement d'efficacité des poudres alcalines.

3° Il n'existe le plus souvent pas de signe objectif abdominal.

4° La symptomatologie subjective s'accom-

pagne souvent d'une hyperesthésie cutanée marquée.

5° Enfin, et surtout, l'examen clinique du patient peut mettre en évidence des symptômes neurologiques.

Le syndrome douloureux épigastrique d'étiologie nerveuse s'exprime le plus souvent sur un mode aigu, et nous allons passer en revue les diverses affections qui, de façon non exceptionnelle, peuvent le provoquer.

Il peut s'agir d'un phénomène radiculaire qui est provoqué par une compression, une infiltration ou une atteinte des voies nerveuses provenant des deutéroneurons de la région; il est certain qu'une maladie de Pott ou des métastases de la colonne doivent être recherchées lorsqu'on soupçonne une douleur radiculaire. On découvre aussi des phénomènes de compression n'entretenant pas la colonne vertébrale elle-même mais situés sur le trajet du nerf, que ce soit au niveau de la paroi elle-même ou des plans sous-jacents, en rapport avec une néoplasie primitive ou secondaire. L'anamnèse, l'examen clinique soigneux, l'examen radiologique de la colonne et du thorax

fournissent aisément une réponse étiologique à ce syndrome douloureux.

Un syndrome douloureux épigastrique fréquemment rencontré et de pronostic beaucoup moins grave est fourni par le zona thoraco-abdominal dont les douleurs peuvent précéder l'apparition de l'éruption caractéristique. On y pense immédiatement lorsque la douleur prend le caractère d'une douleur en hémi-ceinture, ce qui est fréquemment le cas.

Cette description de douleurs épigastriques de type radiculaire n'est pas une vue de l'esprit et signalons d'ailleurs que, parfois, les crampes épigastriques radiculaires peuvent être rythmées par les repas.

Deux autres affections à la base d'erreurs de diagnostic se situent également au niveau radiculo-médullaire : il s'agit de la porphyrie et du tabes. On y range aussi la syringomyélie qui peut provoquer un tableau douloureux épigastrique comparable à celui du tabes. La porphyrie aiguë intermittente s'exprime souvent au début par une symptomatologie purement abdominale, et ce n'est que dans le décours où lors d'autres périodes de l'affection que peuvent apparaître les signes neurologiques caractéristiques. C'est dire si, particulièrement dans cette affection, rare il est vrai, les causes d'erreurs sont fréquentes, et si souvent les malades sont opérés en présence d'un syndrome abdominal aigu qui fait craindre une perforation. Cependant, certains symptômes sont suffisamment caractéristiques pour éviter cet écueil. Il s'agit ordinairement de sujets jeunes, avec une proportion féminine plus importante. Les douleurs sont extrêmement vives, à type de crampes ou de coliques, et sont caractérisées par cette brusquerie citée plus haut et par de la variabilité. Il peut exister des vomissements, parfois même sanglants, mais l'examen abdominal est négatif le plus souvent. Enfin, les urines du patient ont une coloration fort anormale, de type rouge brun foncé. Devant un syndrome abdominal aigu, il faut toujours vérifier ce fait. Il s'agit malheureusement d'un syndrome infidèle car la coloration peut apparaître tardivement. On conseille de laisser reposer les urines, de les chauffer et de les acidifier. L'aide du laboratoire est alors primordiale si on soupçonne une porphyrie. Si les symptômes abdominaux peuvent ouvrir la scène dans la porphyrie

aiguë intermittente, les symptômes neurologiques surviendront : il s'agit, le plus souvent, d'une symptomatologie de polynévrite ou de polyradiculonévrite et, malheureusement, souvent d'une paralysie de type ascendant qui peut, si on n'y prend garde, être extrêmement dangereuse.

Il n'est pas besoin d'épiloguer longuement au sujet du tabes, d'autant plus que cette affection est rare de nos jours, mais on rencontre encore de temps à autre un malade qui présente des crises douloureuses épigastriques d'origine tabétique. En ce qui concerne les symptômes subjectifs, cette maladie est presque toujours douloureuse, mais il s'agit souvent de douleurs fulgurantes entreprenant les membres. Le caractère fulgurant des douleurs, leur nature vagabonde, l'existence de douleurs couplées, c'est-à-dire touchant deux points différents, la répétition fréquente aux mêmes endroits, sont des symptômes fortement évocateurs que viennent bientôt confirmer les signes cliniques objectifs.

Mais il faut insister à ce moment sur l'aspect parfois confidentiel de ces signes neurologiques objectifs qui peuvent être réduits à un signe d'Argyll-Robertson, à une aréflexie ostéo-tendineuse rotulienne ou simplement à un petit trouble de la sensibilité profonde ou complexe et parfois simplement à l'absence de douleurs au pincement des tendons d'Achille. L'existence de syphilis tronquées par des traitements antibiotiques peut donner naissance à des tabes discrets et ignorés. Cette affection doit donc toujours être envisagée.

Les crises gastriques du tabes présentent aussi ce caractère fulgurant et intense. Elles sont parfois couplées ou précédées, dans le passé proche ou lointain, de crises douloureuses au niveau des membres. Elles sont souvent déclenchées par les mouvements respiratoires, comme les douleurs des membres sont souvent déclenchées par les excitations périphériques; elles ont, comme les douleurs des membres, une prédominance nocturne assez caractéristique.

Disons enfin pour être complet que le caractère fulgurant d'une douleur n'est pas pathognomonique du tabes, mais qu'il existe dans tous les cas une hyperexcitabilité des neurones sensitifs périphériques.

Dans le cadre des affections neurologiques

pouvant simuler un syndrome digestif, il faut encore signaler, mais ce sont des cas plus exceptionnels, l'encéphalite, qui au début peut se réduire à des algies radiculaires assez vives avec même parfois une certaine contracture abdominale, les lésions expansives intra-crâniennes, encore que la symptomatologie digestive soit le plus souvent réduite à des vomissements matinaux, explosifs, sans nausée, survenant souvent aux changements de position, la migraine où l'on décrit des crises solaires, et enfin et surtout certaines crises comitiales avec aura épigastrique, parfois réduites à cette aura épigastrique, ce qui est de nature à égarer le diagnostic. Dans ce cas, le mode d'expression sous forme de salves rythmiques, l'apparition de phénomènes comitiaux caractéristiques, peuvent orienter rapidement le médecin.

Il nous reste à citer les polynevrites (par intoxications alcoolique, arsénicale, au thal-

lium ou au plomb) qui déclenchent des douleurs abdominales; mais il s'agit le plus souvent de coliques et non d'un syndrome douloureux épigastrique, sujet de ce colloque. L'existence de déficit neurologique net dans ces cas, la notion d'intoxication et les phénomènes cutanés ou muqueux associés n'entraînent ordinairement pas d'erreur de diagnostic.

En résumé, certaines affections neurologiques peuvent prendre le masque parfois fort typique du syndrome douloureux épigastrique. Il faut insister une fois de plus sur l'anamnèse fouillée portant non seulement sur les antécédents personnels et héréditaires du patient, mais aussi sur le mode d'expression de la douleur accusée par le malade. Il faut surtout insister sur la nécessité d'un examen clinique qui ne doit pas se limiter à l'abdomen mais s'étendre aux appareils ostéo-articulaires et à l'examen neurologique.

Les douleurs épigastriques d'origine neuropsychique

par M. TIMSIT

Assistant à l'Université de Liège. Département de Psychologie médicale et de Médecine psychosomatique (Prof. M. Dongier)

On a laissé pour la fin le chapitre des douleurs épigastriques d'origine neuropsychique : il s'agit effectivement d'un domaine dont les limites sont imprécises. Ces manifestations cliniques ne se laissent enfermer dans aucune description, à l'inverse de celles dont on vient de passer la revue, et qui n'ont pu manquer de nous frapper par la précision de leur tableau et la rigueur de leur approche clinique.

Pour l'essentiel, les manifestations douloureuses que nous abordons maintenant se caractérisent par l'absence de lésion, *in situ* ou à distance, qu'il est possible d'objectiver par une série d'examen complémentaires et en particulier par les examens radiographiques. Les gastro-entérologues les regroupent dans le cadre des « dyspepsies fonctionnelles ». En fait, psychiatres et psychosomaticiens reconnaissent aussi une origine neuropsychique à d'autres affections que ces dyspepsies fonctionnelles, en particulier à l'ulcus gastro-duodénal et à certaines gastrites hypersthéniques ou hypo-sthéniques. Néanmoins, ces affections seront exclues du cadre de cet exposé.

L'intérêt de l'étude de ces dyspepsies fonctionnelles réside surtout dans le fait qu'elles s'observent chez un nombre non négligeable de patients qui consultent, aussi bien chez les omnipraticiens que chez les spécialistes de gastro-entérologie. L'atypicité, comme l'absence de spécificité de la symptomatologie, conduit bien souvent le thérapeute à deux sortes d'attitudes qui ne manquent pas de contrarier l'évolution de cette affection :

— tantôt, effectivement, l'on est amené à multiplier l'examen paraclinique à la recherche d'une hypothétique lésion, et il n'est pas rare que nous voyions à nos consultations de polyclinique de ces patients qui sont nantis d'un volumineux dossier radiologique constitué pendant des années;

— tantôt la persistance de certains préjugés organicistes tend à les faire considérer comme de « faux malades », précisément parce qu'ils ne sont porteurs d'aucune lésion — « faux malades » non justiciables par conséquent d'un traitement valable, cohérent, soit médical, soit

chirurgical. Dans bien des cas, cela ne manque point d'aboutir à une attitude de rejet.

Dans ces conditions, cet exposé aura une visée essentiellement pratique : nous essayerons de répondre à ces deux questions.

I) Est-il possible de reconnaître de façon suffisamment précoce l'origine neuropsychique de ces manifestations douloureuses épigastriques ?

II) Quelle attitude cette découverte implique-t-elle chez le praticien ?

I. — Problème diagnostique

Il serait vain de prétendre le poser à partir des caractères que revêtent les symptômes eux-mêmes : l'on pourrait même être amené à dire que leur atypicité, comme l'absence de périodicité, devrait constituer de bons signes de présomption en faveur de cette origine neuropsychique. En réalité, toutes les descriptions possibles se rencontrent, plus ou moins imagées, plus ou moins luxuriantes, en fonction du niveau ou de la structure de la personnalité du patient. L'hystérique, suivant la très heureuse expression de Sommer, « constate » sa maladie sans inquiétude véritable, et se montre indifférent à l'étiquette nosographique que l'on appliquera à son état. L'obsessionnel se lance dans une analyse minutieuse, effectuant un véritable travail de dissection et ne nous épargnant aucun détail. Le sujet fruste, comme ces nombreux travailleurs d'origine étrangère, compensera le caractère évasif de ses descriptions par une richesse d'expressions mimiques et gestuelles.

C'est bien au-delà du symptôme proprement dit et des seules caractéristiques de la douleur qu'il faut aller chercher la clef du diagnostic. Cela suppose, de la part du thérapeute, une attitude qui dépasse le plan de la simple médecine d'organes pour atteindre celui de l'individu envisagé dans sa totalité psychosomatique. La seule démarche qui parvient à définir le symptôme est celle qui consiste à *l'intégrer dans un ensemble structurant dont il pourra tirer sa signification*. Il est important de le souligner, parce que, à défaut d'opérer cette mutation, on est bien souvent conduit à des errances diagnostiques.

Dans cette perspective, plusieurs éventua-

lités peuvent se présenter, qui constituent autant d'itinéraires que nous essayerons de parcourir brièvement.

1) Première éventualité

Un interrogatoire précis permet de constater que cette douleur épigastrique est, en fait, un signe parmi d'autres, et s'accompagne d'un cortège fonctionnel plus ou moins riche de troubles et de désordres que l'on a successivement définis comme « sympathiques, neurovégétatifs, psychosomatiques »... Il s'agit d'une approche que l'on pourrait qualifier de « spatiale ». On a tôt fait de constater que l'on est en présence de

A) soit *d'une névrose d'angoisse*; qu'il s'agisse de phénomènes critiques ou permanents, les manifestations douloureuses épigastriques y revêtent souvent la forme de spasmes accompagnés de douleurs lancinantes ou constrictives et n'expriment rien d'autre que la *somatization de l'angoisse*; elles sont constamment associées aux autres éléments somatiques des crises d'angoisse (respiratoires, cardio-vasculaires, digestifs, urinaires, neuro-musculaires et sensitivo-sensoriels) comme à ces éléments psychiques dont les aspects fondamentaux se résument dans une amplification péjorative, l'attente d'un danger et le désarroi; au-delà de ces manifestations critiques, un interrogatoire minutieux permet de retrouver l'état permanent d'anxiété avec ses troubles du sommeil, l'instabilité, l'irritabilité, l'asthénie parfois, les troubles sexuels; à un degré de plus, l'investigation met sur la voie des facteurs étiopathogéniques en faisant apparaître bien souvent l'importance des troubles de la fonction sexuelle et la forte charge d'agressivité en réaction contre des situations « stressantes » et leur interférence avec des facteurs de prédisposition (constitution anxieuse et hyperémotive);

B) soit *d'une dépression de type « neurasthénique »*; il s'agit de ces patients qui sont « à l'écoute de leur selle et de la couleur de leur langue »; on comprend aisément que, chez eux, la dépression ait entraîné une régression affective à un stade archaïque du développement de la personnalité où la bouche comme aussi l'anus étaient une zone érogène prévalente; la bouche, organe richement investi par le nourrisson, joue encore, inconsciemment, un

rôle essentiel pour permettre à ces déprimés d'assouvir leur besoin d'amour (récupération affective orale); l'intégration des manifestations somatiques digestives en découle, et quand elle est installée depuis de nombreuses années, elle implique de tels bénéfices secondaires que pour rien au monde ils ne consentiraient à y renoncer.

Sans doute est-ce dans ce cadre qu'il faudrait ranger ces épigastriques rencontrés avec une telle fréquence chez les travailleurs étrangers, dont on peut considérer qu'ils ont été incapables de soutenir, après leur transplantation, l'effort d'adaptation que rendait nécessaire la modification radicale de leur mode de vie et de penser.

M. S... Angelo, 39 ans, nous est adressé pour « une mise au point de son cas et une évaluation de capacité de travail ». Originaire d'un village sicilien, jamais scolarisé, il vient pour la première fois en Belgique en 1951, à l'âge de 24 ans, et s'y emploie comme mineur de fond. 4 ans plus tard, il retourne chercher femme dans son propre village. C'est en 1957 qu'il présente ses premiers troubles : après un séjour dans une clinique de la ville, il part se reposer en Italie mais il doit être hospitalisé à 3 reprises au Centre psychiatrique de Palerme. De retour en Belgique en 1962, il reprend son travail, mais à la fin de l'année 1965, il est victime d'un accident du travail (plaie du cuir chevelu qui nécessite la pose d'agrafes sans autres complications).

On note alors une recrudescence des symptômes et son asthénie devient telle qu'elle le fait renoncer à toute activité professionnelle. Lorsque nous sommes appelé à l'examiner, la symptomatologie diffère peu de celle qui avait été relevée au début de l'affection. Les plaintes somatiques sont nombreuses mais l'angoisse hypocondriaque est polarisée d'une part à la tête — il souffre de céphalées quotidiennes au niveau du vertex —, et d'autre part à l'estomac — il se contente de désigner le creux épigastrique en donnant de son mal une description très sommaire (« j'ai mal là »).

Cet état dépressif de décours ancien, comportant une composante hypocondriaque prévalente à polarisation digestive, peut être considéré comme une modalité réactionnelle à des conditions d'existence nouvelles particulièrement contraignantes. Il est possible que la mort du frère aîné qui le précédait immédiatement dans la fratrie, survenue quand il était encore enfant, ait favorisé cette propension à une conversion somatique, et que l'accident du travail n'ait représenté qu'un prétexte privilégié à une exacerbation de la symptomatologie préexistante.

2) Deuxième éventualité

Plus rarement, on sera effectivement en présence de manifestations monosymptomatiques : les douleurs épigastriques résument l'affection. C'est à ce niveau que l'anamnèse prendra toute sa valeur (approche « temporelle »).

Dans bien des cas, elle nous permettra de

découvrir que ces manifestations digestives sont *pourvues d'un sens*. On constatera par exemple qu'elles ne surviennent que d'une façon élective, en présence d'une personne particulière (supérieur hiérarchique...), dans un lieu déterminé (en traversant une grande place...), ou encore dans certaines situations qui possèdent un caractère spécifique et dont l'entretien précise qu'elles sont en relation étroite avec des situations traumatiques antérieures. L'on est tenté de penser, dans ce cas, que ces manifestations gastriques constituent autant d'équivalents « phobiques ». L'étude de la personnalité met alors sur la voie d'une structure névrotique de type hystérophobique ou obsessionnel.

Mme C... Josiane, 32 ans, consulte pour une asthénie intense qui a succédé à des douleurs épigastriques. Sans horaire bien défini, ces épigastralgies ont fait l'objet pendant 1 an d'un traitement continu dispensé par un gastro-entérologue, mais les différentes investigations radiologiques pratiquées n'ont jamais permis de les rapporter à une étiologie organique précise. En fait, la patiente accuse également depuis peu des céphalées qui s'accompagnent d'une tension musculaire au niveau de la nuque et s'exacerbent parfois en prenant le type migraineux. Elle se plaint d'un manque d'allant, d'un « dégoût de faire ce qu'elle fait », et elle n'a plus le courage de se distraire. Au volant de sa voiture, il lui arrive d'avoir l'impression de ne plus être sûre d'elle-même et d'éprouver des sortes de vertiges, un flou perceptif pénible, que l'on peut sans doute interpréter comme étant des états de dépersonnalisation.

Il s'agit donc d'un état dépressif avec plaintes somatiques (épigastriques) sur une structure de personnalité où dominent les traits de la série obsessionnelle. Mais l'anamnèse permet de retrouver la notion d'une situation familiale pathogène : il s'agit d'un conflit aigu entre sa fille unique qui présente des troubles caractériels, et son mari qui est lui-même en traitement depuis de nombreuses années pour une névrose obsessionnelle. L'une est jalouse de l'attention qu'elle peut porter à son mari, l'autre, des soins qu'elle donne à sa fille. Elle ne sait comment « les contenter tous les deux », et elle a le sentiment que « tout cela lui reste sur l'estomac ».

M. B..., 48 ans, chef du personnel d'une importante usine de la région, a présenté 3 ans plus tôt des précordialgies à la marche, puis 6 mois après des épigastralgies et enfin des troubles urinaires. On nous l'adresse après que toutes les investigations pratiquées par les différents spécialistes qu'il avait consultés pour ces malaises successifs se soient révélées négatives — ECG, radiographies gastro-duodénales, etc... L'on découvre effectivement chez lui l'existence d'une névrose d'angoisse qui s'objective par des manifestations de 2 ordres :

- d'une part, par des manifestations somatiques polymorphes (palpitations, oppression thoracique, précordialgies, troubles dyspeptiques, épigastralgies, lombalgies, etc...),
- d'autre part, par des manifestations phobiques qui

revêtent l'aspect de « vertiges », et tendent à s'inscrire dans le cadre d'une agoraphobie.

Ces troubles névrotiques s'inscrivent sur une personnalité où dominent les traits de la série obsessionnelle, et sans doute, est-ce à son apparence placide et sereine qu'il doit d'avoir donné le change et fait erret le diagnostic.

II. — Attitude thérapeutique

Nous ne pourrions que l'esquisser, en insistant sur quelques traits qui nous paraissent essentiels. Il convient, en particulier, de ne pas commettre certaines erreurs :

— la première consisterait à se dispenser d'un examen rigoureux et d'un bilan complet chez un malade qui a reçu l'étiquette de « fonctionnel », qu'il s'agisse ou non d'un hystérique dont les antécédents caractéristiques et le style de la relation authentifient la névrose; il arrive parfois que le psychiatre ait la désagréable surprise de découvrir un non moins authentique cancer de l'estomac;

— la seconde résiderait, comme nous le soulignons, au début de cet exposé, en une répétition indéfinie des examens complémentaires et des traitements médicamenteux, à l'exclusion de toute investigation psychosomatique.

Différents auteurs ont insisté sur la valeur du premier contact avec le patient : on a même pu dire que « la manière dont le médecin parvient au diagnostic a déjà une valeur thérapeutique ». Le soin avec lequel sera conduit l'examen qui visera à dépister les éventuels signes d'organicité sera le gage de la confiance que le patient témoignera ultérieurement à son médecin, et l'on sait bien de quel poids l'établissement d'une relation sur la confiance pèse sur l'évolution et l'issue d'une psychothérapie.

La manière de formuler le diagnostic n'a pas une moindre importance : parler d'« hystérie », voire de « simulation » — même consciente —, peut avoir de fâcheuses conséquences, autant que certains commentaires, des propos allusifs ou une mimique condescendante. Il vaut mieux mettre simplement l'accent sur « l'inorganicité » des troubles gastriques, en précisant toutefois qu'ils réalisent une vraie maladie de nature fonctionnelle que l'on pourra rapporter tantôt à un état émotionnel particulier, tantôt à une fragilité de la personnalité (qu'elle s'objective sur un terrain neuro-végétatif ou sur un plan psychologique). Il n'est pas interdit, dans certains cas, d'avancer une explication pathogénique en évoquant un « procédé de défense » ou un éventuel « refuge dans la maladie ».

Le temps nous manque pour traiter enfin la délicate question de l'opportunité d'une consultation psychiatrique. Tous ces épigastriques ne doivent certes pas être dirigés chez le psychiatre, et il est évident que bon nombre d'entre eux voient leurs troubles rétrocéder lorsqu'à la pharmacothérapie, l'omnipraticien ou le spécialiste de gastro-entérologie savent associer une action psychothérapeutique judicieusement conduite, même si elle semble à première vue empirique. Il est des cas, en revanche, où cette approche s'avère inopérante : on est alors bien souvent en présence d'une organisation névrotique sérieuse qui pose l'indication d'un traitement psychiatrique. On comprend aisément que, dans ces cas, omnipraticiens et gastro-entérologues se doivent de tout mettre en œuvre afin que ce traitement n'intervienne pas trop tard.

Conclusions

par L. RUYTERS

Professeur associé à l'Université de Liège. Institut de Médecine

I. En présence d'une douleur épigastrique, il faut toujours aboutir à un diagnostic étiologique, et ne retenir le diagnostic de douleur fonctionnelle d'origine neuropsychique qu'après exclusion de toute autre possibilité.

II. Le diagnostic devra être établi à la faveur d'une orientation progressive : il ne s'agit pas de demander d'emblée et systématiquement une série d'examen techniques, et d'attendre leur réponse pour conclure. Ces divers examens doivent être demandés au fur et à mesure, suivant

la plus grande logique, ce qui permettra de causer au malade le moins de fatigue, et d'entraîner le moins de frais, aussi bien sur le plan individuel que social.

III. Enfin, nous avons vu, notamment dans les exposés du Professeur Grégoire et du Dr. Timsit, que pas mal de cas, considérés comme irrécupérables, sont susceptibles d'être traités, qu'il s'agisse de traitement hormonal ou de psychothérapie, et personnellement, je pense que, dans nos consultations, nous ne faisons pas suffisamment pour tous ces malheureux dyspeptiques qualifiés de névropathes, que nous pourrions certainement améliorer en leur consacrant plus de temps.