

LA CARDIOLOGIE

Cinquante ans de cœur à l'ouvrage

par René Krémer (1926 - professeur émérite 1991)



En 1950, la Belgique, sortie meurtrie de la guerre, reprend vigueur : elle n'est pas encore régionalisée. À Louvain sur Dyle, les sections francophone et néerlandophone de l'Université cohabitent et collaborent parfois : leurs relations, parfois difficiles, n'ont pas encore été détériorées par des manœuvres politiciennes. Certains services, comme la gynéco-obstétrique, sont encore unitaires. De nombreux professeurs enseignent dans les deux langues. Les étudiants des deux sections, en toques bordées d'astrakan noir et en casquettes rouges se succèdent dans les mêmes auditoriums et se croisent dans les couloirs et

les restaurants, les cafés et les rues mal pavées de la vieille ville universitaire. Dans l'hôpital Saint-Pierre vétuste, datant des années 1850, coiffes, blouses et tabliers blancs tournoient dans les salles communes de 25 à 30 malades aux planchers craquants, aux lits alignés de part et d'autre de l'allée centrale.

Les stagiaires, bloc-notes sur les genoux, assis au chevet des patients, les interrogent longuement, les auscultent en réclamant le silence et les palpent après avoir installé des paravents autour du lit. Au cours de tours de salle fleuves, les médecins s'interrogent : est-ce un galop ou un claquement d'ouverture ? Y a-t-il une pointe de rate ? Entends-tu ce roulement que le patron a découvert avec son nouveau stéthoscope en forme de cloche, après avoir demandé au malade de mouvoir son torse comme devant le mur des lamentations et de se coucher aussitôt sur le côté gauche ? Les internes zélés défendent une hypothèse diagnostique ou une suggestion thérapeutique en produisant un article récent de *Circulation* ou des *Archives des Maladies du cœur*.

Les électrocardiogrammes sont enregistrés et développés sur papier photographique par les stagiaires et protocolés avec minutie par le patron ou un senior. En scopie, après quelques minutes d'accoutumance à l'obscurité, on scrute la silhouette cardiaque en faisant pivoter le patient tenu par les hanches, en lui faisant avaler une bouillie barytée et en demandant aux dames bien en chair de soulever le sein gauche. On peut ainsi étudier les mouvements de l'oreillette gauche et découvrir les calcifications valvulaires. À cette époque, l'échographie ne servait qu'à sonder les fonds marins, le Doppler qu'à calculer les distances en astronomie. On ne fulgurait que les verrues ; on ne dilatait que le sphincter anal ; on ne greffait que les cerisiers ; les chocs électriques étaient réservés aux troubles mentaux.

Que faisaient les cardiologues au début des années cinquante ? Ils examinaient, consolait, encourageaient. Ils savaient apprécier le style d'un article, osaient donner leur avis et émettre des hypothèses à partir de leur expérience personnelle, sans se référer à des études prospectives, randomisées, passées au crible de la statistique. Les discussions de cas se prolongeaient dans les couloirs, au réfectoire, dans les chambres des assistants, à la maison des assistants d'outre-Dyle, appelée l'Ambassade ou plus irrévérencieusement le Grand Cirque, et au petit restaurant italien de la rue de Bruxelles, face à l'hôpital Saint-Pierre, où l'on pouvait manger correctement pour cent francs. Ils ne se rendaient pas compte, ces jeunes médecins, qu'ils allaient assister et participer

dans les décennies suivantes à un essor extraordinaire des techniques médico-chirurgicales en cardiologie.

Une génération de patrons va progressivement céder la place à de nouveaux maîtres. En médecine interne, le service est dédoublé depuis 1948 ; chacun des patrons va s'entourer d'adjoints et de spécialistes (photo, p. ? ? ?).

Paul Lambin, hématologue de renom international, aidé de Michel De Visscher et de Jean Sonnet, va nous faire bénéficier d'une érudition très étendue peut-être un peu froide et d'un bon sens clinique étonnant ; il va promouvoir la formation d'un cardiologue (Franz Lavenne), d'un pneumologue (Jacques Prignot), d'un gastro-entérologue (Charles Dive) et bien entendu d'hématologistes (Roger Masure et Gérard Sokal). Paul Lambin venait à l'hôpital à vélo, parfois conduit en voiture par son épouse lorsque le temps était trop mauvais. Il avait un chauffeur pour ses déplacements en province.

Joseph P. Hoet s'est forgé une réputation internationale dans le domaine du diabète. Aidé de Jules Arcq, il va donner à son service un dynamisme et une approche humaine remarquables. Il complète la panoplie des spécialistes en recrutant un rhumatologue (Charles Nagant de Deuxchaisnes), un néphrologue (Charles van Ypersele de Strihou), un endocrinologue (Jean Crabbé, à côté de son fils J.J. Hoet), une bactériologiste (Simone Stadtsbaeder) et Lucien Brasseur qui va créer un laboratoire d'exploration fonctionnelle cardiaque et pulmonaire bien équipé, bien géré, dont la production scientifique se développera tout au long de la seconde moitié du siècle.

Malgré des conditions matérielles difficiles, des locaux vétustes, l'argent rare et une Commission d'Assistance Publique de la ville de Louvain peu soucieuse de recherche et de performance, les nouveaux services de médecine interne vont se développer rapidement grâce à la perspicacité des médecins directeurs Pierre Lacroix, puis Jean-Jacques Haxhe, au soutien sans faille du recteur Monseigneur Edouard Massaux, au dynamisme des deux patrons, ainsi qu'à la compétence, au désintéressement et à l'esprit d'émulation des jeunes recrues formées à l'étranger, principalement en France et aux Etats-Unis. À l'époque, la pratique cardiologique est assez contemplative. À partir de 1952, Franz Lavenne va enseigner patiemment aux internes, dont je fais partie, et aux étudiants, l'auscultation apprise chez Lian à Paris et Froment à Lyon et la physiologie cardio-respiratoire étudiée chez Bing et Cournand aux Etats-Unis. Une pratique de médecine générale à Beaumont dans les rudes conditions de l'immédiat après-guerre a par ailleurs fait connaître à Franz Lavenne

“ le malade, ses angoisses et ses espoirs ”

et a fait éviter à son service l'écueil de l'hyper-spécialisation et de la mécanisation de la médecine. Il se méfiait

*“ ... de l'hôpital boulier compteur
de l'Hôtel Dieu mué en usine
où l'appétit vient en mangeant. ”*

Il accordera toujours une place prépondérante à la clinique, à la présence du médecin au lit des malades qui, dans ses poèmes,

*“ groupés dans le même ennui
guettant la fin de la nuit
esclaves du temps qui fuit
s'accrochent à la terre .”*

Avec l'aide de Fernand Meersseman, anatomo-pathologiste, il publie des articles sur des maladies aujourd'hui exceptionnelles et oubliées, telles la pneumopathie rhumatismale, la myocardite diphtérique, le rétrécissement mitral œdémateux, la péricardite constrictive et les malformations congénitales arrivées à l'âge adulte.

Stimulé par Paul Lambin qui consacre une partie importante de son temps à la médecine du travail, Franz Lavenne, chargé de recherche au FNRS, entame des recherches dans le domaine de l'*anthracosilicose* qui condamne à une mort lente de nombreux mineurs belges et immigrés car, à cette époque, les molettes des machines d'extraction tournent encore inlassablement dans les charbonnages de Campine et du sillon wallon. Sa thèse d'agrégation de l'enseignement supérieur consacrée au “ Retentissement cardio-vasculaire de la silicose et de l'anthracosilicose ” paraît en 1951 et fait autorité notamment par sa contribution à l'étude du cœur pulmonaire chronique. Ses travaux, et ceux qui ont suivi, bénéficient de l'aide de la Communauté économique Charbon-Acier (CECA), premier pas concret de la Communauté économique européenne, et ont pu être réalisés avec l'aide de l'Institut d'Hygiène des Mines à Hasselt, de ses ingénieurs, de son personnel dévoué et d'un équipement moderne. Les déplacements étaient fréquents vers Hasselt et Luxembourg, siège de la CECA où nous rencontrions des collègues allemands, français et italiens et où nous confrontions nos résultats.

Je me souviens avec émotion des autopsies nocturnes avec Dimitri Belayew et Fernand Meersseman, des mesures du temps de circulation par injection intraveineuse de sels biliaires et de l'enregistrement minutieux des dérivations précordiales droites destinées à dépister les premiers signes d'hypertrophie ventriculaire droite, chez les mineurs.

Dans la foulée de ce travail, la recherche s'est poursuivie dans le domaine de l'anthracosilicose, jalonnée par les thèses d'agrégation de Lucien Brasseur, de Jacques Prignot, d'André Minette et d'Albert Frans.

Avant les applications de l'écho-doppler, seul le cathétérisme pouvait apporter les certitudes nécessaires à la décision opératoire. J'avais appris la technique du cathétérisme cardiaque à Paris en 1954, chez Jean Lenègre à l'Hôpital Boucicaut, et au cours de l'année 1955, je cathétérisais une semaine sur deux à Paris et l'autre semaine à Louvain, dans un premier temps à la clinique Saint-Raphaël avec Pierre Dewitte, puis dans les pavillons préfabriqués que nous appelions " définitivement provisoires " à l'arrière de l'hôpital Saint-Pierre.

Les scopies étaient longues ; patients et médecins étaient copieusement irradiés. Les premiers cathéters étaient à la fois friables et traumatisants. Il arrivait que les sondes se cassent et que des fragments aillent se loger dans les poumons, mais aussi qu'elles perforent le cœur au niveau de l'infundibulum pulmonaire et s'enroulent dans la cavité péricardique. Pour des raisons qui n'ont jamais été bien élucidées, il y avait souvent des réactions dites pyrogènes avec des frissons spectaculaires et une fièvre élevée, heureusement de courte durée et d'évolution favorable. Les jeunes sténoses mitrales faisaient parfois un œdème aigu pulmonaire en pédalant en position couchée sur le cycloergomètre de fortune que nous avons fixé à la table de cathétérisme.

Pendant plusieurs années, en raison du cloisonnement féodal des services, les angiographies ne pouvaient pas être effectuées dans la salle de cathétérisme : le malade, cathéter en place, était véhiculé jusqu'au service de radiologie dirigé par Simon Masy. L'angiographie était filmée en sériographie et non en cinéma, sans contrôle de l'image pendant l'injection. Il y avait des pannes, des " bourrages " de films, des défauts de synchronisme entre l'injection et les clichés, des déplacements de la sonde au cours du transport du patient. On imagine le stress pour les médecins et le personnel, mais surtout le risque et l'inconfort pour le malade. Ce n'est que vers 1960-1965 que nous avons pu disposer d'une salle d'hémodynamique avec amplificateur de brillance et d'un sériographe sur place, dans les nouveaux bâtiments construits en dur le long de la Dyle.

Ma thèse sur " L'apport de l'hémodynamique pulmonaire à l'étude de la pneumoconiose des houilleurs " a été défendue et publiée en 1969 : ce travail a été réalisé avec l'aide de Jacques Lammerant pour les mesures radioisotopiques du débit cardiaque et du volume sanguin pulmonaire, de Jean-Marie Detry pour les études électrocardiographiques et, bien évidemment, de Lucien Brasseur

pour les explorations fonctionnelles respiratoires et l'analyse des gaz du sang. Au cours de cette période, chaque semaine, je prenais en voiture des mineurs du bassin de Charleroi pour cathétérisme cardiaque au repos et à l'effort. Plusieurs collègues ont accepté de se soumettre à un cathétérisme, permettant ainsi la constitution d'un groupe contrôle normal. À cette époque, le cathétérisme droit se faisait par dénudation veineuse ; ces bénévoles qui prêtaient leur corps à la science (!) conservent en souvenir de cet examen une petite cicatrice au pli du coude.

En 1956, lors de la catastrophe minière du bois du Cazier à Marcinelle, les médecins louvanistes chercheurs à la CECA et l'Institut d'Hygiène des Mines ont participé au contrôle médical des sauveteurs belges et étrangers et à l'identification des corps remontés après une à deux semaines dans l'enfer des étages 907 et 1035. Habitant à l'époque à quelques centaines de mètres du carreau de la mine, je fus amené à participer à cette tâche pénible avec les médecins de la Caisse Commune d'Assurances des Charbonnages.

À la même époque, *la chirurgie cardiaque* se développe rapidement dans le monde. En attendant le retour de Charles Chalant et Robert Ponlot en formation à Leiden, certains cas difficiles sont envoyés à l'étranger : à Ch. Dubost (Paris), à A. G. Brom (Leiden), à C.W. Lillehei (Minneapolis) et selon les affinités de la princesse Lilian, à Houston (Texas) chez D. Cooley ou M. DeBakey. Toutefois, les cas plus simples n'exigeant pas une circulation extracorporelle (sténose mitrale, coarctation de l'aorte, péricardite constrictive) sont opérés à Louvain par Ch. Dubost et A. G. Brom, chirurgiens invités. Je revois encore Charles Dubost, décontracté, introduisant dans le ventricule gauche le dilatateur mitral qui portait son nom et A.G. Brom, flegmatique, plaçant une lame de bistouri sur l'index entre deux paires de gant, pour séparer les commissures de la valvule. La mortalité était encore lourde ($\pm 5\%$) et les complications fréquentes : syndrome inflammatoire dit alors post-commissurotomie, état dépressif postopératoire avec parfois tentatives de suicide, insuffisances mitrales dramatiques parce que non réparables avant la circulation extracorporelle. Il y avait également des récurrences de fièvre rhumatismale. À l'époque, le rhumatisme articulaire était encore fréquent, comme en témoigne la publication par Franz Lavenne de 7 observations anatomo-cliniques de pneumonies rhumatismales, une pathologie aujourd'hui quasi oubliée. Par ailleurs, j'ai le souvenir de cas de chorée de Sydenham et de pancardites évolutives. Quoi qu'il en soit, certaines de ces opérées sont toujours en vie, parfois en excellente condition, parfois après une réintervention. En

phase post-opératoire, nous guettions le souffle de régurgitation ou la réapparition du roulement qui faisaient craindre une évolution défavorable.

La chirurgie cardiaque est à ses débuts ; les échecs et complications ne sont pas rares : malformations se révélant plus complexes que prévu à l'intervention, infections médiastinales, section malencontreuse du faisceau de His lors de la réparation des communications interventriculaires, trachéomalacie

...

À ce moment, nous avons encore des contacts et des collaborations avec le service de cardiologie néerlandophone, notamment des discussions de cas et séminaires communs. Je me souviens du premier patient porteur d'un flutter auriculaire que j'ai conduit moi-même de l'hôpital Saint-Pierre à la clinique Saint-Raphaël en retenant le chariot sur la pente qui descendait vers la Dyle, puis le poussant sur le pont qui conduisait à Saint-Raphaël. J. Joossens, cardiologue néerlandophone, nous attendait, tenant en main les poignées des électrodes de son nouveau défibrillateur synchrone devant un aréopage admiratif.

Dans le début des années 60, avec Charles Chalant et Robert Ponlot pour l'UCL et Georges Stalpaert pour la KUL, la chirurgie va enfin se développer à Louvain, d'abord à Saint-Raphaël dans un service commun, ensuite à la clinique de Herent, moderne et récemment ouverte, qui devient un des hauts lieux de la chirurgie cardiaque en Belgique. Les cardiologues doivent s'adapter rapidement et fournir des données précises aux chirurgiens qui s'attaquent bientôt à la pathologie aortique pour laquelle il faut mesurer gradients et surfaces, et cathétériser le cœur gauche. Avant que les méthodes de Seldinger par ponction fémorale et de Sones par dénudation humérale prennent le pas sur les autres, il y eut des essais multiples. Pendant quelques années nous avons utilisé la dénudation radiale associée à la ponction directe transthoracique du ventricule gauche, lorsque la sévérité de la sténose aortique était douteuse et que le rétrécissement calcifié ne pouvait pas être franchi par voie rétrograde. Une longue aiguille était placée dans la cavité ventriculaire gauche par ponction au niveau du choc de pointe, sous anesthésie locale, puis reliée à un manomètre : c'était très impressionnant de voir cette aiguille plantée dans le thorax, animée d'un ample va et vient provoqué par les battements du cœur. Ceux qui travaillent aujourd'hui dans les laboratoires d'hémodynamique et disposent de la ciné-angiographie bidimensionnelle et d'un écho-doppler performant peuvent difficilement imaginer les problèmes que nous avons rencontrés au début du cathétérisme cardiaque. Dans les premières années, nous ne disposions ni du choc électrique externe, ni des stimulateurs cardiaques. Et pourtant des

techniques nouvelles ont été mises au point à cette époque, notamment la très sensible détection des shunts par inhalation d'hydrogène (1970), l'enregistrement des potentiels du faisceau de His (1972) et le phonocardiogramme intracardiaque (1975).

À partir des années 1970, le développement de la cardiologie s'accélère, toujours en étroite collaboration médico-chirurgicale. À Herent, Jacques Cosyns met au point la coronarographie et André Vliers développe le service de cardiologie pédiatrique. À Saint-Pierre, Jacques Col prend la direction des soins intensifs coronaires (unité ouverte le 1^{er} février 1972) pour la prise en charge des infarctus du myocarde, André Charlier et Hubert Pouleur celle du laboratoire de physiologie cardio-vasculaire, Christian Brohet de l'électrocardiographie et de la vectocardiographie, Lucien Brasseur, Jean-Marie Detry et Michel Rousseau, de la réadaptation cardiaque et Christian Beckers, puis Jacques Melin, de la cardiologie nucléaire.

Pendant toute cette période, les publications foisonnent, des réunions scientifiques nationales et internationales sont organisées et se multiplient, des jeunes cardiologues belges et étrangers sont formés.

L'intermède du bain glacé

En 1954 Swann imagina d'opérer les cœurs sous hypothermie (29 à 32 C°). À cette température, il était possible d'interrompre la circulation, par clampage de l'aorte et des veines caves pendant 3 à 5 minutes sans provoquer de lésions cérébrales : des réparations simples purent dès lors être effectuées à cœur ouvert.

C'était des séances spectaculaires. Le patient anesthésié et intubé était plongé dans un bain glacé. Un assistant annonçait à voix haute la baisse de la température corporelle. Lorsque le degré de refroidissement désiré était atteint, le malade était promptement extrait de la baignoire, séché à la hâte et porté sur la table d'opération. Le thorax était ouvert et des clamps mis en place sur l'aorte et les veines caves. L'arrivée du sang au cœur était alors interrompue et la course contre la montre démarrait. Le même assistant comptait les minutes qui paraissaient bien courtes, tandis que le chirurgien s'efforçait de ne pas perdre une seconde. Grâce à l'hypothermie, il fut possible de fermer des communications inter-auriculaires et de traiter des sténoses pulmonaires, mais cette technique apporta peu de progrès au traitement des valvulopathies acquises. Il y eut toutefois des essais de valvulotomies aortiques avec utilisation d'une fraise de dentiste pour extraire et tailler les calcifications, mais ces interventions restèrent sans lendemain.

Certaines équipes ont réalisé des interventions sous hypothermie d'une manière plus élégante et plus rapide que le “ *surface cooling* ”, en faisant passer le sang dans un circuit réfrigérant, mais après l'avènement du coeur-poumon artificiel, la méthode de Swann allait bientôt appartenir à l'histoire de la médecine.

L'utilisation du coeur-poumon artificiel, à partir de 1959, allait élargir le champ d'action des chirurgiens et permettre notamment le remplacement valvulaire, puis des réparations valvulaires de plus en plus élaborées. Le parcours du remplacement par prothèse dite mécanique fut lent, parsemé d'échecs et d'embûches. Avec Charles Chalant et Robert Ponlot, nous avons connu l'épopée de la prothèse à bille de Starr : les premières billes qui gonflaient, se déformaient, se fendillaient, entraînant des mouvements anormaux, des régurgitations, des occlusions et même des migrations hors de la cage. Puis ce fut les billes métalliques bruyantes et source d'hémolyse et les cages habillées (*cloth covered*) dont l'habit pouvait se déchirer. Les homo- et autogreffes n'étaient pratiquées que par quelques chirurgiens tandis que d'autres se lançaient dans des expériences destinées à découvrir des valves plus proches de la nature mais la détérioration de ces greffes était rapide. Une quarantaine de valves en *fascia lata* ont été placées à Herent et ont dû être rapidement remplacées. J'ai connu en Bolivie l'évolution malheureuse des valvules en dure-mère placées au Brésil. Jusqu'en 1980, les sténoses aortiques étaient opérées même chez des sujets âgés sans coronarographie préalable et donc sans revascularisation coronaire éventuellement associée.

Parallèlement, la cardiologie médico-chirurgicale louvaniste s'exporte sous l'impulsion de Charles Chalant et Jean-Claude Schoevaerds, d'abord au Zaïre à l'Université Lovanium en 1966 et 1971 ; je me souviens d'opérations sous hypothermie à Kinshasa (bain glacé) et des cours cliniques donnés dans le service de médecine interne dirigé par Jean Sonnet. Des enfants porteurs de cardiopathies plus complexes ont été ramenés en Belgique, sans formalité, sans papiers (!) et ont été opérés à Herent gratuitement ; plusieurs d'entre eux ont été hébergés chez moi pendant leur convalescence.

Une équipe de jeunes médecins boliviens formés à l'UCL installent à Cochabamba un service de cardiologie médico-chirurgicale qui va se développer rapidement et est aujourd'hui le plus performant du pays. En juillet 1973, l'institut de chirurgie thoracique et vasculaire de Cochabamba, très modeste au départ, est inauguré : il deviendra en 1978 le *Centro Medico Boliviano-Belga*,

dirigé par Juan Pablo Barrenechea. L'histoire de la coopération belgo-bolivienne à Cochabamba est longue et pleine d'enseignement ; elle sera également évoquée dans le chapitre consacré par Charles Chalant et Robert Ponlot à la cardiologie chirurgicale. J'aimerais simplement donner un exemple des débuts héroïques de cette collaboration. Nous ne disposions alors que d'une scopie avec ampli de brillance à lunette unique, sans écran de télévision : le premier malade opéré atteint de Fallot a été mis au point " en scopie ". À tour de rôle, Charles Chalant et moi, nous regardions l'angiographie à la lunette lors de plusieurs injections de produit de contraste à la seringue !

Après le déménagement imposé concrétisant la partition entre une université néerlandophone, maître sur ses terres, et l'UCL s'installant à Louvain-la-Neuve, la Faculté de Médecine migre à Bruxelles avec des Cliniques Universitaires flambant neuves à Woluwe tandis qu'un service se développe à Mont-Godinne dans l'ancien sanatorium reconverti. Cette transhumance agit comme un coup de fouet : le développement de la cardiologie s'accélère et se diversifie.

Aux cliniques Saint-Luc, le service sera successivement dirigé par Franz Lavenne, Lucien Brasseur, Jean-Marie Detry et actuellement par Jean-Louis Vanoverschelde. La cardiologie prend un essor considérable avec William Wyns, Jean Renkin et Claude Hanet, avec aussi des cliniciens tels Michel Rousseau, Daniel De Jonghe et Martine De Kock. Mais les maladies cardiaques, outre les soins intensifs coronaires aux mains de Jacques Col, sont également l'affaire d'autres services : cardiologie pédiatrique (André Vliers, puis Thierry Sluysmans), cardiologie nucléaire (Jacques Melin), recherche cardio-vasculaire (André Charlier, Hubert Pouleur, Michel Rousseau).

À Mont-Godinne, à partir de janvier 1975, la charge m'incombe de créer et de diriger un service de cardiologie, devenu nécessaire étant donné la décision d'y développer la chirurgie cardiaque (Jean-Claude Schoevaerdt et Charles Chalant ainsi que Robert Ponlot). Ce service va prendre une extension rapide avec l'échocardiographie et la coronarographie (Baudouin Marchandise), la cardiologie interventionnelle (Erwin Schroeder), la rythmologie et l'électrophysiologie (Luc De Roy). Parallèlement, Patrick De Coster développe la cardiologie nucléaire et Etienne Installé, les soins intensifs coronaires. Baudouin Marchandise prend la direction du service en 1991 au moment de mon éméritat.

Au cours des vingt dernières années, toutes les techniques nouvelles de la cardiologie adulte ont été rapidement mises au point et développées dans les cliniques de l'UCL. Il faut citer :

- L'étonnante épopée de l'échocardiographie avec notamment le Doppler couleur, l'écho de contraste, l'écho transoesophagien... C'est l'occasion de rappeler que c'est Henoche Meunier, interniste général, qui introduisit l'écho unidimensionnel à Saint-Pierre vers 1973.
- La thrombolyse intracoronaire dans l'infarctus myocardique aigu dont le mérite revient à Jacques Col.
- La dilatation coronaire par ballonnet (1983), première étape de la cardiologie interventionnelle. Parmi les pionniers de ces méthodes, Jacques Col, Jean Renkin, William Wyns, Baudouin Marchandise, Erwin Schroeder.
- La rythmologie devenue une spécialité à part entière, avec des pacemakers de plus en plus sophistiqués (Daniel De Jonghe), ainsi que l'électrophysiologie et les techniques d'ablation (Luc De Roy).

*

*

*

Le progrès médical n'est pas un parcours triomphal sur un boulevard bien balisé, mais une avancée difficile sur un chemin sinueux, avec des obstacles, des fausses routes, des impasses. Il faut de l'audace et de la persévérance, mais également de la sagesse et une évaluation objective des résultats. Il importe d'éviter l'orgueil mal placé, le triomphalisme, l'entêtement, l'enthousiasme non fondé et l'individualisme qui conduit à un isolement stérile et à l'erreur facile. Évidemment, la perfection n'est jamais atteinte. Il est probable que dans quelques dizaines d'années ce qui se fait aujourd'hui semblera aussi dangereux, dépassé et approximatif que peuvent nous paraître aujourd'hui les débuts de la chirurgie cardiaque et de l'exploration par cathétérisme des années cinquante. Nous pensons que le parcours cardiologique des cinquante dernières années a été exemplaire à l'UCL malgré les inévitables erreurs et les fausses routes. Nous croyons que nous ne nous sommes pas entêtés dans l'erreur et que le bon sens a toujours fini par l'emporter. Malgré une certaine dispersion des unités, le travail en équipe a toujours prévalu ; nous croyons entre autres que l'étroite collaboration médico-chirurgicale a été un facteur essentiel du succès. Malgré les impératifs de la recherche, de l'enseignement et du curriculum scientifique, le patient est resté au centre des préoccupations de chacun d'entre nous, sans oublier la formation des jeunes cardiologues et l'action en faveur des pays en

voie de développement. Puissent ces lignes de force rester la préoccupation des générations futures !

Charleroi, février 2001.



Les Prs Franz Lavenne (à droite : chef de département de médecine interne 1973 - 1985 - émérite 1985 - † 1988) et René Krémer (émérite 1991), respectivement chefs de service de cardiologie aux cliniques universitaires Saint-Luc et aux cliniques universitaires de Mont-Godinne, entourant le Dr Baudouin Marchandise auquel est remis le prix Damman en 1979, pour un mémoire intitulé « Infarctus du myocarde à coronaires saines ».