

L'ORTHOPÉDIE

Cinquante ans d'histoire

par André Vincent (1931 - professeur émérite 1996)



Nous ne pouvons retracer l'histoire du service d'orthopédie et de traumatologie de l'UCL sans rappeler la mémoire de celui qui l'a fait naître, Pierre Lacroix. Il s'est consacré entièrement à la recherche, à l'enseignement et à l'Université, mais, comme orthopédiste, formé dans le service de Smith Petersen à Boston, il a mis toute son énergie à créer dans le pays le premier service universitaire de chirurgie orthopédique. En 1954, chef de service, il occupa d'ailleurs la première chaire de cette spécialité dans nos universités belges. Il souhaitait que ce service soit non seulement une école de formation de technique professionnelle mais aussi le lieu où chacun trouverait les bases de la biologie osseuse qui le rendraient plus apte à comprendre les gestes médicaux et chirurgicaux qu'il était amené à poser chaque jour. En 1971, lors de son décès prématuré, la mission me fut confiée de prendre le relais afin de développer le service au moment où se dessinaient l'individualisation à part entière de la spécialité et l'explosion des nouvelles techniques chirurgicales. Ces deux éléments allaient apporter à la chirurgie orthopédique une vraie révolution et un essor tout particulier qui se prolongera au long de ce demi-siècle, provoquant un réel enthousiasme chez les jeunes spécialistes orientés vers la chirurgie.

Au laboratoire de Pierre Lacroix, les publications scientifiques étaient rares car chacune d'elle était longuement réfléchie, discutée et réécrite de nombreuses fois avant d'être acceptée par le patron qui assurait finalement toujours la dernière correction. Tous ses élèves peuvent en témoigner. Ma formation chirurgicale de base s'est effectuée à Louvain à partir de 1955 sous la direction du Pr Jean Morelle. J'ai eu la chance, en 1958, de fréquenter à Lyon le service du Pr Paul Santy en chirurgie dite "générale" et celui du Pr Albert Trillat en orthopédie. Ce dernier était le premier et le grand défenseur du "*no touch*" dans la chirurgie de l'appareil locomoteur. En 1960, j'étais accueilli à Rochester (N.Y.) chez les Prs Robert Duthie et J.C. Goldstein pour une formation plus spécifique en chirurgie de la colonne. J'ai ensuite suivi le parcours classique de la plupart des cliniciens de l'institution.

À l'hôpital Saint-Pierre (Leuven), la traumatologie constituait une part importante des activités du service. L'immobilisation plâtrée et les tractions continues y jouaient un rôle important. Tous ont appris à maîtriser ces techniques. La présence de Jan Vlayen comme technicien depuis plus de 35 ans y a contribué, car il s'est consacré à cette tâche en utilisant les nouveaux matériaux disponibles et en créant des orthèses plus performantes. La chirurgie se développait en utilisant, pour les premières ostéosynthèses, des plaques de Danis et de Verbrugge ainsi que le fixateur externe de Lambotte. Ces trois chirurgiens belges ont été les pionniers de la fixation osseuse non seulement dans notre pays mais aussi dans le monde. L'enclouage centro-médullaire de Kunscher, sans alésage ni verrouillage, devenait l'ostéosynthèse de choix dans les fractures diaphysaires. L'orthopédie de reconstruction dite "froide" restait plus modeste dans ses approches chirurgicales. Dès le milieu des années 1950, P. Lacroix s'était cependant intéressé à l'épiphysiolyse de la hanche chez l'adolescent. Sur la base d'une étude anatomo-pathologique de la lésion dont l'étiologie reste encore inconnue, il avait proposé un procédé de traitement alors très discuté. Celui-ci consistait à provoquer une épiphysiodèse par un curetage du cartilage de croissance dysplasique à travers le col fémoral. Les documents histologiques et les résultats cliniques ont fait l'objet d'une monographie publiée en 1963 aux éditions Arscia et Masson.

De nouvelles conceptions dans le traitement des arthroses de la hanche et du genou proposées par Friedrich Pauwels à Cologne puis par Paul Maquet à Liège avaient convaincu les orthopédistes de l'importance capitale de la biomécanique dans la dégénérescence du cartilage articulaire. En modifiant les

données de charge et de contrainte dans ces articulations, elle permettait d'aller jusqu'à un tissu de réparation. Ainsi, de nombreuses ostéotomies ont été à la base du traitement chirurgical de l'arthrose des membres inférieurs. Des succès cliniques parfois remarquables et durables ont été enregistrés, mais ces techniques imposaient de longues périodes d'immobilisation et de rééducation avant une reprise d'activité complète.

En 1967 apparaissait dans le service une nouvelle révolution technologique : deux orthopédistes anglais, G.K. McKee-Farrar et John Charnley, proposaient le remplacement des articulations de hanche par des implants fixés à l'os par du ciment acrylique. Les deux composants étaient, chez le premier, métalliques et chez l'autre, plastique au niveau cotyloïdien et métallique au niveau fémoral. Ces techniques nous ont rapidement séduits. Il est probable que nous avons été, avec J. Lewalle à la clinique Saint-Pierre à Ottignies, les premiers ou un des premiers services en Belgique à avoir placé dans une première période la McKee-Farrar puis celle de Charnley et à en être restés, depuis cette époque, des promoteurs convaincus. Lors d'un symposium organisé à Lyon en 1995, nous pouvions rapporter notre expérience positive de 1 300 prothèses de Charnley implantées dont près de 300 avaient un minimum de vingt ans de recul.

Les arthroplasties du genou ont connu un développement moins spectaculaire au cours des années septante. Nos essais avec les modèles existants n'ont pas été vraiment satisfaisants. Il a fallu attendre des travaux dont ceux de John Insall aux USA pour mieux comprendre les mécanismes des mouvements et les éléments de stabilité de cette articulation qui ont permis d'offrir aux patients la sécurité et le succès de l'intervention. Elles n'ont vraiment été la technique concurrente de l'ostéotomie que vers les années quatre-vingt-cinq, mais actuellement elles peuvent offrir les mêmes garanties que la prothèse de hanche. Le remplacement de l'articulation de l'épaule a donné des premiers résultats encourageants depuis seulement six à sept ans.

Tenter de faire revivre l'atmosphère des années 55 à 75 de l'ancien hôpital Saint-Pierre, géré administrativement par l'Assistance Publique de Louvain, serait une gageure, mais tous ceux qui y ont travaillé se souviendront de ces grandes salles de chirurgie où toutes les spécialités chirurgicales se côtoyaient sous la haute surveillance de sœur Hilaire (salle V), de sœur Agnès (salle VI), de sœur Joseph (salle VII) et de sœur Vincent chez les enfants.

Les trois salles d'opérations que nous pouvions utiliser alternativement avec nos collègues de chirurgie générale étaient considérées comme stériles après une nuit sous les lampes aux ultraviolets ! Elles étaient le théâtre de toutes les interventions des plus bénignes aux plus graves.

L'auditoire de chirurgie contigu, servait parfois de salle de secours pour une fracture du col du fémur à ostéosynthéser par un clou du type de celui de Smith Petersen enfilé sur une broche préalablement placée au mieux et contrôlée par une radiographie ou pour la gangrène gazeuse à débrider.

Cependant c'est dans cet environnement qu'en 1959, on réalisait la première arthroplastie de hanche pour une fracture du col du fémur. C'était un nouveau départ dans la chirurgie de reconstruction fonctionnelle.

Au cours de cette décennie, des améliorations significatives ont été réalisées dans ces locaux grâce à la création d'une unité spécialement réservée à nos patients qui exigeaient un nursing particulier et un environnement moins septique.

En 1962, Pierre De Nayer nous a rejoints après un séjour à Paris chez le Pr Robert Merle d'Aubigné à l'hôpital Cochin et, en 1966, Jean-Jacques Rombouts après une année passée en partie à Paris chez le Pr Jean Cauchoix à l'hôpital Beaujon et en partie à Berck-Plage avec Jean Morel. Ils ont été mes premiers collaborateurs permanents et ont contribué largement au développement du service, l'un plus orienté vers les séquelles traumatiques et les tumeurs, l'autre vers l'orthopédie pédiatrique et la chirurgie de la main. Ce dernier fut d'ailleurs, avec le Pr Albert de Coninck, chef du service de chirurgie plastique, un des fondateurs du *Belgian Hand Group* et sera mon successeur comme chef de service en 1996.

Dès 1964, Jean Lewalle sorti du sérail de l'université de Liège et formé à l'école de Merle d'Aubigné, va collaborer activement à l'enseignement des assistants en formation par des séances hebdomadaires de démonstrations d'anatomie et de techniques opératoires. Intégré dans le cadre académique à l'initiative du Pr P. Lacroix, il participera effectivement à l'enseignement du second cycle. Il créera, à la clinique Saint-Pierre à Ottignies, un service performant avec de nombreux anciens assistants, ce qui a permis, au cours de tant d'années de présence à nos réunions scientifiques, de nombreux échanges très fructueux. Plus tard, comme directeur médical de cette clinique, il a pu maintenir des liens constructifs avec les cliniques de l'UCL.

En 1968, Wladyslav Lokietek, revenant de Wilmington (USA) après une année chez le Pr Dean MacEwen, entré dans le service, consacrant au laboratoire une activité de recherche sur la scoliose.

Nos collègues de chirurgie cardio-vasculaire avaient émigré au début des années soixante dans un coin de verdure au sommet de la colline d'Herent dans une clinique toute nouvelle. Le centre de rééducation que dirigeait Marc Soete occupait les anciens bâtiments qui venaient d'être rénovés. L'occasion était rêvée de créer à l'instar des centres français, une unité destinée au traitement des scolioses. Cette pathologie n'était guère traitée par la plupart des orthopédistes belges à l'exception des centres de Neerysse et d'Ostende. L'hospitalisation de ces adolescents était longue et pénible et la chirurgie lourde, exigeante et relativement peu efficace quant aux améliorations morphologiques souhaitées. Nous avons pu, grâce au soutien des sœurs Augustines Hospitalières de Louvain et en particulier de Mère Marie-Léonce, supérieure générale, construire un centre répondant à tous les critères souhaités avec les premières réalisations de l'école à l'hôpital. Nous avons ainsi créé le premier centre de scoliose du pays où étaient appliqués les traitements les plus récents grâce à l'expérience acquise en France et aux Etats-Unis par plusieurs d'entre nous. De 1965 à 1979, date de l'ouverture de l'unité des scolioses à Saint-Luc, plus de 1 500 patients ont été pris en traitement pour des déviations vertébrales et plus de 400 greffes vertébrales ont été réalisées avec la collaboration de Jacques Gibon, kinésithérapeute, qui fut une cheville ouvrière exceptionnelle dans le traitement pré- et postopératoire, et, sur le plan chirurgical, de J.P Ghosez et de W. Lokietek.

La stabilisation du rachis pour ce type d'affection par des moyens orthopédiques et chirurgicaux était connue depuis de nombreuses années, mais avec des résultats variables et souvent décevants. Pierre Stagnara de Lyon et Yves Cotrel de Berck-Plage y ont consacré leur vie professionnelle et nous ont fait partager leur large expérience ainsi que Dean MacEwen de Wilmington et J.C. Goldstein de Rochester (N.Y.). Dans la suite, une ostéosynthèse du rachis par une tige crantée amarrée aux vertèbres par des crochets est proposée par Paul Harrington de Houston. Cette nouvelle ostéosynthèse modifiera profondément la chirurgie des déviations vertébrales. En 1963, Claude Regis Michel de Lyon fut le premier à l'importer en Europe et en 1966, nous l'appliquions à Herent. Elle a permis d'améliorer considérablement les résultats morphologiques et de réduire le temps d'hospitalisation de deux à trois mois à trois ou quatre semaines.

En 1985, les améliorations du système d'ancrage et l'insertion de deux tiges mises au point par Jean Dubousset de Paris et Yves Cotrel de Berck-Plage éviteront aux patients toute contention post-opératoire et réduiront ainsi l'hospitalisation à huit ou dix jours. Cet intérêt partagé pour le rachis avec d'autres collègues européens nous a conduit à fonder en 1982 l'*European Spinal Deformities Society*, et en 1989 l'*European Spine Society*. En 1998, par la réunification de ces deux sociétés, la *Spine Society of Europe* a été créée. À regret, en 1979, nous avons été contraints de quitter ce centre et toute l'infrastructure chirurgicale bien rodée à cette pathologie. L'adaptation aux cliniques Saint-Luc n'a guère été aisée malgré les aménagements qui nous avaient été octroyés dans le grand hôpital général.

En 1967, l'UCL signe une convention avec l'Institut G. Thérassé situé à Mont-Godinne. Sa mission première qui était le traitement de la tuberculose fut réorientée. En octobre 1968, Jean-Pierre Ghosez, spécialiste depuis trois ans, fut le délégué du service pour créer une orthopédie namuroise performante avec l'objectif plus spécifique de traiter les patients chroniques et les séquelles des infections osseuses encore assez fréquentes à cette époque. L'Institut s'est profondément transformé et est devenu la référence universitaire du Sud du pays, traitant la plupart des pathologies. W. Lokietek ainsi que Ph. Decloed et J. Legaye sont depuis près de dix ans, les responsables du service d'orthopédie et y ont créé un centre de pathologie de la croissance.

La perspective de travailler dans une grande institution aux performances techniques comparables aux plus grands hôpitaux européens et américains était cependant différemment ressentie par les collègues et tous ceux avec qui nous collaborions et qui avaient pris la décision de nous suivre. La plupart étaient enthousiastes, d'autres, au contraire, regrettaient un peu l'atmosphère familiale de l'hôpital Saint-Pierre et sa clientèle qui, malgré les différences linguistiques, appréciait notre activité.

Aux cliniques Saint-Luc, en dehors des consultations et de deux salles d'opération, le service disposait de deux unités de 30 lits d'adultes et une unité de 20 lits pour les déformations et les traumatismes du rachis. Les enfants hospitalisés pour des problèmes orthopédiques étaient intégrés dans les unités chirurgicales du département de pédiatrie.

L'activité du service a augmenté régulièrement chaque année dans tous les domaines. La chirurgie reconstructrice de l'adulte, la chirurgie du rachis et l'oncologie de l'appareil locomoteur ont constitué une part importante du travail

chirurgical journalier. Néanmoins, la chirurgie de la main et l'orthopédie pédiatrique qui s'individualisaient, ont représenté une activité croissante plus marquée par l'importance des consultations.

Les grandes étapes du développement de cette spécialité me semble avoir reposé sur plusieurs facteurs auxquels chacun a contribué de façon significative. Les progrès spectaculaires de l'anesthésie et de la réanimation ont permis de proposer avec beaucoup de sécurité des interventions longues et sanglantes. L'amélioration des conditions de stérilité, notamment par l'installation d'une salle d'opération avec une cellule de Charnley, une maîtrise rigoureuse de la stérilisation centrale dans les nouvelles structures et l'organisation des salles d'opération, ont réduit le taux d'infection qui représente la complication la plus fréquente et la plus difficile à éradiquer en chirurgie osseuse et surtout prothétique. Ce taux a pu se maintenir aux normes généralement admises de 1 % avec l'antibioprophylaxie qui s'est ajoutée à l'apport d'un flux laminaire inséré au sein d'une cellule isolée dans une des deux salles d'opération. Ce renouvellement permanent d'air stérile était associé, pour l'équipe chirurgicale, au port de scaphandres qui assuraient son isolement complet (cellule de Charnley). Le développement considérable dans l'adaptation des formes et les qualités métallurgiques du matériel de synthèse de même que les conceptions du dessin, des matériaux d'interface utilisés pour les prothèses articulaires, leur revêtement et les instruments ancillaires ont amélioré de façon tout à fait remarquable les résultats fonctionnels, dans des conditions postopératoires beaucoup plus confortables pour les patients en diminuant le temps d'hospitalisation, et une plus grande garantie à long terme.

L'arthroscopie est devenue actuellement indispensable dans l'arsenal thérapeutique de l'orthopédiste. Elle a fait son apparition dans le service au début des années 80. Michel Colette a initié cette technique en premier lieu au niveau du genou, reléguant définitivement dans les moyens obsolètes la ménisectomie chirurgicale et ses complications à court et à long terme. La réparation des ligaments croisés est actuellement réalisée par cette même approche. De même, la plupart des articulations, y compris celle de l'épaule et du poignet, sont explorées et traitées par cette nouvelle chirurgie non-invasive avec le concours régulier et efficace de J.E. Dubuc, consultant dans le service depuis plus de 10 ans.

Si l'apparition du scanner cérébral était une révolution vers les années septante, les progrès dans le secteur de l'imagerie médicale ont vraiment transformé nos raisonnements, nos décisions et nos approches chirurgicales. Nous avons pu bénéficier très rapidement de cet apport grâce au dynamisme du département de radiologie, toujours le premier à acquérir les appareils les plus performants.

La collaboration quotidienne avec ce département s'est établie non seulement par la proximité des locaux mais aussi et surtout par la compétence et la disponibilité des responsables : Baudouin Maldague et Jacques Malghem. Cette promiscuité nous a été enviée à juste titre par de nombreux collègues.

Le service de rhumatologie dirigé par le Pr Charles Nagant de Deuxchaisnes a connu au cours de son expansion la perte de plusieurs collaborateurs (les Drs G. Ponchon, Ch. Lindemans, J.P. Huaux) et tout récemment celle de leur chef de service dont la fonction avait été confiée depuis plusieurs années au Pr J.P. Devogelaer. Ce service fait partie de l'entité du système locomoteur voulue par le Pr P. Lacroix. Grâce à des contacts journaliers, les aspects médicaux de notre pathologie ont pu être abordés et les indications chirurgicales discutées.

Le service de physiothérapie et de rééducation qui reste un maillon indispensable au succès de la chirurgie de l'appareil locomoteur a toujours cherché à collaborer et à prendre en charge les patients aux problèmes complexes.

À Herent, le Pr M. Soete avec le Dr Jacques De Nayer bénéficiait d'un centre de rééducation modèle où nous pouvions confier nos opérés. Les cliniques Saint-Luc n'ont jamais pu réaliser un projet similaire dans l'environnement bruxellois et nous avons souvent regretté de devoir confier nos patients à de nombreuses institutions différentes où le suivi chirurgical ne pouvait être assuré.

Notre collaboration clinique avec les services concernés par la pathologie du système locomoteur s'est aussi exprimée dans un enseignement intégré aux étudiants du second cycle, mais qui a été supprimé durant quelques années sans raison valable apparente.

Le volume d'activité de la chirurgie dans toutes les spécialités, a nécessité la création de six nouvelles salles d'opération en 1987. Cela nous a permis de bénéficier d'une salle supplémentaire équipée aussi d'une cellule de Charnley. La traumatologie qui n'était pas reprise dans la programmation de base à Saint-Luc a pris progressivement une extension considérable et le service dut

s'adapter, étant le premier concerné puisqu'un pourcentage très important des urgences relève d'une pathologie du système locomoteur.

Les progrès considérables dans la réanimation et le traitement d'urgence des traumatisés se sont accompagnés, dans notre spécialité, par des améliorations du matériel utilisé mais aussi par l'apport de la microchirurgie dans les fractures ouvertes des membres et les reconstructions de membres sectionnés. Le recouvrement ou le remplacement de l'os par du tissu vivant (os, muscles et peau) a réduit considérablement les complications infectieuses, le temps d'hospitalisation et les délais de consolidation.

En 1982, lors d'une réunion à Strasbourg, le Pr Yvan Kempf avait invité à sa tribune un collègue russe Ilizaroff pour nous montrer les possibilités des tissus squelettiques à se reconstruire pour autant que l'on respecte les principes fondamentaux de sa croissance. En effet, il nous a montré des allongements de membres de plus de dix cm réalisés après une corticotomie sous-cutanée, des guérisons de pseudarthrose infectée, des transferts osseux dans des pertes de substance sans apport de greffes et des corrections spectaculaires de déformations osseuses. Sa technique paraissait simple : elle consistait à utiliser l'ancrage osseux par des broches métalliques du type Kirchner placées en croix et amarrées sur des anneaux réunis entre eux par des tiges filetées. Guido Deleforterie, après un séjour agité à Kurgan en Sibérie, fut le premier à placer ce montage chez un patient du service. Ses principes et ses applications ont été largement utilisés, mais les exigences de contrôle permanent ont partiellement découragé les orthopédistes les plus convaincus. Sa visite dans notre laboratoire nous a déçus par l'absence de dialogue scientifique. Christian Delloye, après une expérimentation, avait montré que la conservation de l'artère médullaire lors de la corticotomie n'était pas indispensable pour obtenir des résultats avec sa technique. Il n'a pu le convaincre ; néanmoins son message a influencé pendant plusieurs années les orthopédistes du monde.

En 1982, nous avons souhaité honorer et rendre hommage à un collègue, le Pr Robert Merle d'Aubigné de l'hôpital Cochin, en le proposant comme docteur *honoris causa* de notre Faculté pour sa personnalité, ses mérites, sa compétence et son enseignement qui a marqué plusieurs générations de chirurgiens orthopédistes. Ce fut un grand moment de la vie de notre service.

Dans le cadre de son développement, en 1994, un nouveau bâtiment appelé "la Verrière" va permettre au service d'augmenter ses possibilités

d'accueil parmi lesquelles les consultations de traumatologie, de la chirurgie de la main, des consultations pluridisciplinaires en diabétologie et en médecine destinée aux enfants atteints d'affections neurologiques. Pour la facilité et le confort des patients, un local pour l'appareillage sera mis à la disposition de la firme Van Haesendonck.

Chaque année, nous enregistrons une augmentation du nombre de consultants (de 750 à Leuven à près de 40 000 par an actuellement). De nouveaux bureaux de médecins et une salle de réunion dans le même environnement donne aux uns et aux autres les conditions idéales pour maintenir un contact régulier.

Un des fleurons de notre service est le laboratoire de recherche, héritage de Pierre Lacroix qui lui avait donné ses titres de noblesse par sa réputation internationale. Il fut le premier à mettre en évidence une substance avec des propriétés inductrices de l'os, qu'il nommera "ostéogénine". Elle sera isolée par son collègue et ami américain Marshall Urist qui lui donnera le nom de BMP (Bone Morphogenic Protein).

Il a non seulement initié plusieurs thèses d'agrégation, celles de Jacques Vincent, premier doyen de la Faculté de médecine de Lovanium, de Robert Ponlot, futur chirurgien cardio-pulmonaire à Herent et à Saint-Luc et d'Antoine Dhem qui lui succéda comme professeur d'anatomie. Il a dirigé de nombreux travaux scientifiques et en particulier ceux de Pierre De Nayer et les miens. À sa suite, nous avons voulu maintenir le laboratoire et promouvoir une recherche plus en rapport avec l'activité clinique tout en gardant ce domaine de compétence en biologie et morphologie de l'os. Paul Coutelier, professeur à temps partiel à l'Institut Tropical d'Anvers, avait présenté sa thèse d'agrégation sur la guérison des fractures en 1969. Depuis 1971, après le décès du Pr P. Lacroix, il a animé le laboratoire par une présence quotidienne, un accueil permanent des jeunes collaborateurs, des publications personnelles et la direction de thèses jusqu'au-delà même de son éméritat. Nous étions les seuls dans le pays à réunir dans une même entité une recherche fondamentale et une activité clinique.

En 1982, W. Lokietek, avec le soutien du laboratoire de physiologie du Pr Georges Maréchal, présenta sa thèse d'agrégation de l'enseignement supérieur intitulée « *Idiopathic scoliosis. Surgical and experimental investigation* ». Deux futurs orthopédistes, enthousiastes de la recherche, ont repris le flambeau. Christian Delloye, après deux ans comme aspirant FNRS au laboratoire puis à McGill University chez le Pr Francis Glorieux a développé la modeste banque

de tissus que nous avons créée en 1982. C'est actuellement devenu un des centres belges et probablement européens qui peut s'enorgueillir de donner aux chirurgiens belges et étrangers des implants osseux et ligamentaires les plus adaptés aux besoins de chacun et répondant aux normes les plus récentes de la science. Cette activité dotée d'une organisation performante n'est que le support clinique de sa recherche fondamentale sur les allogreffes. Sa thèse, en 1990, « *The bridging capacity of a cortical bone defect by different bone grafting materials and diaphyseal distraction lengthening* », est une des manifestations de ce souci de joindre les deux aspects d'une même discipline. Son orientation dans la chirurgie de remplacement des tumeurs de l'appareil locomoteur avec P. De Nayer, n'est devenue possible que par l'organisation, au sein du service, d'une collaboration étroite avec toutes les autres disciplines concernées.

Il pourra bénéficier d'une structure ultramoderne inaugurée en mai 2000 qui permettra de répondre aux exigences actuelles de la législation par la création d'une salle blanche de classe 1000 et d'ouvrir de nouvelles perspectives de recherches dans la culture des cellules et dans l'ingénierie tissulaire.

Everard Munting, bénéficiaire de deux mandats du service de Programmation de la Politique Scientifique du Premier Ministre, a consacré quatre ans à une recherche sur les interfaces entre l'os et les matériaux. Il fut l'un des premiers à réaliser une projection d'hydroxyapatite sur du métal avec l'aide technique d'une firme gantoise et, ensemble, nous avons pu mettre au point une prothèse de hanche originale sans ciment acrylique destinée à des patients jeunes. Elle garde ses indications et ses bons résultats après plus de dix ans. Le travail expérimental a fait l'objet de sa thèse d'agrégation en 1996 « *Development, experimental and clinical evaluation of a stemless hip prothesis* ». C'est probablement une des seules prothèses de hanche à avoir passé toutes les épreuves mécaniques et biologiques sur l'animal avant d'être placée chez l'homme. Depuis 1985, comme ingénieur, Michel Verhelpen a contribué largement, avec discrétion et efficacité, à sa réalisation. Il est de plus, dans le service, la référence et le concepteur de tous les programmes informatiques indispensables.

Si la chirurgie des déformations rachidiennes chez l'enfant et l'adolescent est une des préoccupations du service, le vieillissement de la population a vu la pathologie du rachis dégénératif se développer et il est apparu indispensable qu'un membre du service acquière une compétence dans ce domaine. En 1990, Everard Munting, fut « fellow » chez le Pr John Kostuik dans la Spinal Unit de l'université de Toronto grâce à une bourse accordée par la Fondation Saint-Luc.

Celle-ci a permis aussi à Pascal Poilvache de séjourner dans plusieurs services aux États-Unis dont celui de J. Insall pour améliorer et assurer l'avenir dans le large domaine de l'arthroplastie. Au cours des dernières années de mon mandat, Olivier Cornu et de jeunes recrues dynamiques belges et étrangères se sont intégrés dans le laboratoire et en assurent la relève. Ils sont actuellement une quinzaine à y travailler.

Quatre d'entre nous ont assuré au cours de leur carrière la présidence de la Société Belge d'Orthopédie. A. Vincent en 1980, J. Lewalle en 1990, J.J. Rombouts en 1998 et J.P. Ghosez en 2000.

De nombreux collègues, qui ont participé au projet de création de l'université de Lovanium et la présence d'anciens assistants zairois dans les hôpitaux de Kinshasa ou de Lubumbashi m'ont amené, dès 1983, à participer à leurs activités chirurgicales et d'enseignement.

Leurs conditions de travail de plus en plus difficiles exigent d'eux un courage et une persévérance dignes de respect.

Si le service a pu jouer un certain rôle dans le monde de l'orthopédie et de la traumatologie de notre pays et des pays avec qui nous avons eu des relations, nous le devons aussi à tous ceux qui ont passé chez nous des années, dans le cadre de leur formation comme candidats spécialistes ou post-gradués ou comme chercheurs temporaires au laboratoire. Il m'est impossible de citer tous ceux qui ont contribué, par leur compétence et leur engagement, à son développement et son rayonnement. De plus, ce bilan est positif grâce aux générations d'infirmières et de paramédicaux qui nous aident quotidiennement, et à tous ceux qui contribuent à notre confort technique et administratif. Plus de 130 médecins ont participé activement à la réalisation de nos projets et nous leur en sommes reconnaissant. La plupart des étrangers qui sont passés chez nous, sont rentrés dans leur pays d'origine et travaillent, les uns avec de grands moyens, d'autres avec ce que leur pays peut leur offrir. Nous espérons qu'ils garderont les principes, les lignes de conduite et les indications de sécurité et de bon sens que nous avons tenté de leur enseigner.

Merci à J. Lewalle et à J.J. Haxhe pour leur collaboration dans la rédaction de cet article.

La Hulpe, mai 2001



Le professeur Pierre Lacroix, premier chef de service d'orthopédie en 1954 (1910 - †1971).
Photo prise en 1968.



Les membres du service d'orthopédie en 1995.

De gauche à droite, au 1^{er} rang : A. Akalay, A. Tamisier, D. Desmette, A. Vincent, J.J. Rombouts ; au 2^{ème} rang : P. Poilvache, P. De Nayer , B. Bouillet, A. Colette, B. Mahy, Ch. Delloye.



Les membres du laboratoire d'orthopédie en 1996.

De gauche à droite, au 1^{er} rang : Ch. Delloye, A. Vincent, E. Munting, P. Coutelier, Ch. Delloye ; au 2^{ème} Rang : J.J. Rombouts, O. Cornu, D. Polspoel, B. Godts, A. Schmitz, Cl. Hancotte, E. Van Zuylen ; au 3^{ème} rang : P. Smitz, M. Verhelpen, M. Anastasescu.