

# LA NEUROLOGIE

## À l'UCL de 1950 à 2000

par E. Christian Laterre (1933 - professeur émérite 1998)\*



La neurologie n'est pas née de la dernière averse. À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, elle est déjà structurée comme entité hospitalière à Paris, Londres et Berlin. Dans les pays latins et dans les empires centraux, la pratique de la neurologie est longtemps associée à celle de la psychiatrie, tandis qu'au Royaume-Uni, les deux domaines sont d'emblée individualisés.

La très forte personnalité d'Arthur Van Gehuchten (photo), biologiste et professeur d'anatomie humaine avant même d'être reçu docteur en médecine, oriente la neurologie louvaniste dans un parcours très unifié, à la fois médical et chirurgical. On en veut pour preuve les modifications qu'il suggère d'apporter à la radicotomie de Foerster dans le traitement de la diplégie spastique (maladie de Little) ou l'arrachement du nerf sous-orbitaire dans la névralgie trigéminal afin de provoquer la dégénérescence rétrograde qui porte son nom.

---

\* Docteur en médecine en 1957, agrégé neuropsychiatre en 1962, agrégé de l'enseignement supérieur en 1965. Formation clinique en médecine interne en 1957-58 (Pr P. Lambin), en neurologie en 1958 - 1961 (Pr P. Van Gehuchten), séjour à Paris à la Salpêtrière en 1961-1962 (Pr Raymond Garcin) et au Massachusetts General Hospital à Boston (Pr Ray Adams) en 1969.

Cette dualité fonctionnelle neurologie-neurochirurgie, unique dans notre pays et dans la plupart des pays européens, se perpétue durant toute la carrière des successeurs d'Arthur Van Gehuchten. Elle garantit au malade le traitement le mieux adapté à son cas. Elle charpente une formation équilibrée aux jeunes candidats spécialistes en leur donnant accès à une pathologie variée. Enfin, elle autorise une évaluation objective de l'acte opératoire. Aucun ordre de préséance d'une fonction par rapport à une autre ne semble devoir exister au sein d'un groupe composé de cliniciens, de chirurgiens, de radiologues et, dans certains cas, d'anatomopathologistes. La traditionnelle photo du service en constituait la symbolique annuelle (photo).

C'est probablement aussi à l'empreinte laissée par Arthur Van Gehuchten que la neurologie louvaniste, comme le phénix, renaît de ses cendres après les deux guerres mondiales, dramatiques pour la ville et pour l'Université. Hébergée au sein des services de chirurgie et de médecine interne des cliniques Saint-Raphaël durant l'immédiat après-guerre, elle prend sa revanche par l'édification d'un véritable institut regroupant non seulement ses lits d'hospitalisation ( $\pm$  60 répartis sur trois étages), mais également salle d'opération, de radiologie, d'électroencéphalographie, locaux de consultation externe et, au 6<sup>e</sup> étage, laboratoires.

C'est en grande partie au dynamisme d'Albert Dereymaeker et à l'estime en laquelle le recteur H. Van Waeyenberg le tient que s'érige ce remarquable instrument inauguré en 1952. Comme pour marquer cette consécration d'une pierre blanche, l'Université et la Fondation Francqui invitent le Professeur J.F. Fulton, neurophysiologiste de réputation mondiale à donner une série de leçons en qualité de titulaire de la Chaire Francqui 51-52. Ce cycle de conférences fait l'objet d'une plaquette intitulée "*Physiologie des lobes frontaux et du cervelet*", éditée en 1953 chez Masson et dédiée à la mémoire d'Arthur Van Gehuchten.

L'institut de neurologie garde une apparente homogénéité sous la houlette de Paul Van Gehuchten (photo) jusqu'à l'époque de son éméritat en 1964. Côté clinique, le rythme hebdomadaire est immuable. La toute-puissance des religieuses infirmières n'est peut-être pas étrangère à cette régularité. Rythme régulier mais cadence rapide... Entre les admissions du lundi et les sorties du samedi, quatre jours doivent suffire à renouveler la moitié des effectifs. La pathologie nerveuse paraît limitée aux seuls troubles moteurs, toute investigation orientée dans d'autres champs fonctionnels est peu valorisée car elle ralentit l'observation et compromet la sortie prévue.

Le tour de salle du mardi matin démarre au 2<sup>e</sup> étage (les hommes), grimpe quatre à quatre au 3<sup>e</sup> (les femmes), redescend au 1<sup>er</sup> (les privés vus en comité plus restreint) \*.

De 14 à 17 h, le mardi après-midi, entre l'assistant responsable de l'observation assis à sa droite, dossier en main, et la secrétaire sténographe assise à sa gauche, le patron dicte personnellement les lettres destinées aux médecins traitants des malades hospitalisés la semaine précédente. Une trentaine de lettres constitue la moyenne hebdomadaire, elles sont forcément courtes, l'anamnèse et la description des examens ramassées, les conclusions péremptoires.

Le mercredi est le plus souvent consacré aux examens techniques réalisables dans l'institut.

Les consultants externes envahissent le premier étage le jeudi matin et après-midi. Le staff meeting clôture la journée à 17h 30.

La contre-visite et la préparation du cours clinique de 11h 30 occupent la matinée du vendredi. Ose-t-on affirmer que le vendredi après-midi est "libre" ? Tous les jours à 17h 30 (à l'exception du jeudi), se tient une réunion informelle de l'ensemble du staff junior (stagiaires, assistants, chefs de clinique) au 3<sup>e</sup> étage devant les négatoscopes de neuroradiologie. Ce briefing est très suivi car il permet de confronter l'opinion des divers intervenants dans le diagnostic. Il constitue un enseignement permanent au même titre que les corrélations anatomocliniques mensuelles auxquelles Paul Van Gehuchten est particulièrement attaché. C'est très souvent au moment de ce briefing quotidien que se prennent les décisions thérapeutiques importantes : opérer ou s'abstenir.

Le samedi matin est moins stressant, dans l'attente de certains résultats biologiques, en particulier des Bordet-Wassermann, transcrits dans un petit cahier ad hoc et rapportés aux différents étages par notre garçon de laboratoire tout pénétré de l'importance de sa mission... une croix, deux croix... tout un cimetière à côté de noms parfois inattendus comme celui de cette charmante vieille demoiselle, ancienne secrétaire de la ligue colombophile belge, à qui il faut expliquer l'origine "spécifique" de ses ennuis. L'œil pétillant et la voix vibrante, elle n'a qu'un mot pour toute réponse "Ah, ces convoyeurs...".

La syphilis, responsable de la moitié de la pathologie nerveuse à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et au début du XX<sup>e</sup>, n'est déjà plus qu'un souvenir dans les années qui nous occupent, presque un fait anecdotique pouvant à la limite prêter à sourire.

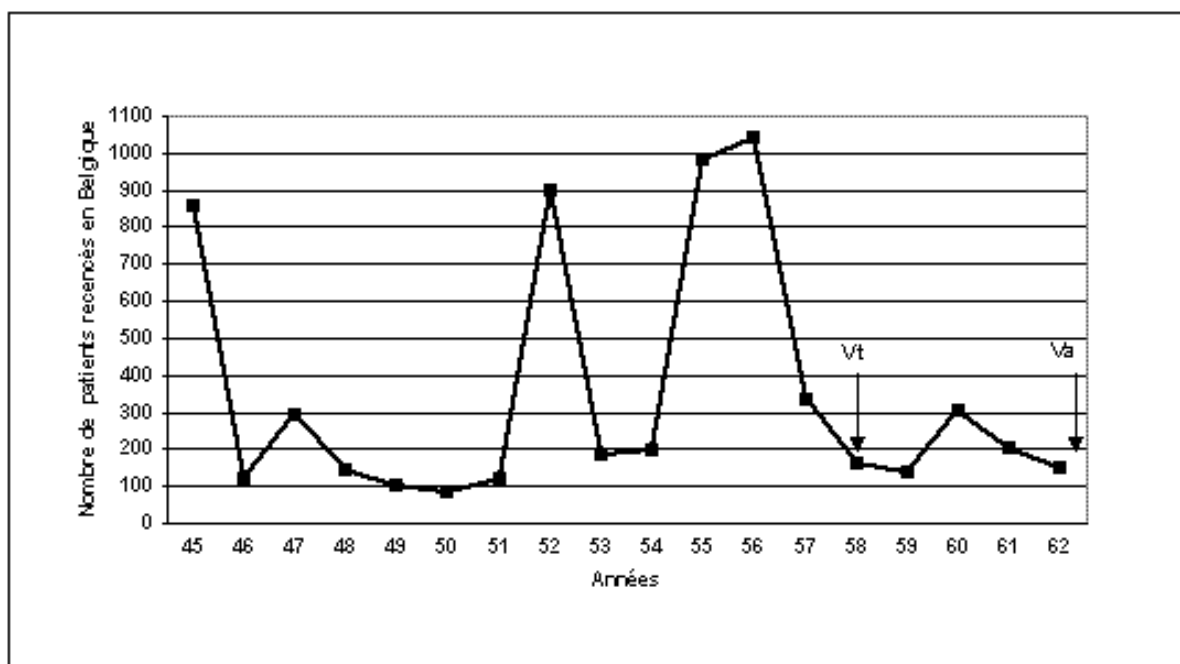
La préoccupation majeure dans les milieux neurologiques et pédiatriques des années 50 à 60 est la poliomyélite. Nous appréhendons l'été, période favorable aux épidémies. Celle de 1952, puis celles de 1955 et 1956 nous

---

\* Il n'est pas étonnant que les étudiants aient représenté Paul Van Gehuchten chaussé de patins à roulettes dans certaines revues de Médecine.

laissent des souvenirs amers car nous sommes très désarmés devant les formes respiratoires dont Jean De Coster a pris la lourde responsabilité.

Nombre de patients atteints de poliomyélite recensés en Belgique



Vt : vaccination par virus tué (Salk) – 1958

Va : vaccination par virus atténué (Sabin) devenue systématique à partir de 1963

En 1952, le service dispose de 2 poumons d'acier seulement, monstrueux instruments refoulant dans les bronches terminales les sécrétions devant s'évacuer en aval. La possibilité d'une coupure de courant nous inquiète car l'hôpital ne dispose pas de groupe électrogène. Cette panne ne manque pas de survenir une nuit avec les conséquences dramatiques qu'on peut imaginer. En 1956, nous sommes rassurés de ce côté et l'acquisition d'un appareil basé sur d'autres principes, l'Engström facilite grandement les soins au malade trachéotomisé. Les nuits restent cependant anxiogènes pour les étudiants des trois derniers doctorats qui, spontanément, viennent inscrire leur nom au rôle de garde. L'attitude de certains parents intimant au chef de service l'ordre de refuser leur fils par crainte de la contagion scandalise Paul Van Gehuchten. Fort heureusement, de tels comportements sont exceptionnels. Le réfectoire du 2<sup>e</sup> étage, où les malades atteints de polio respiratoire sont regroupés, a symbolisé la première étape de la création des soins intensifs dans les cliniques universitaires. La vaccination antipolio (Salk, puis Sabin) modifie fondamentalement la donne. À partir des années 62, les rares cas de poliomyélite dans le service proviennent d'Afrique.

Certains drames restent gravés dans la mémoire de ceux qui ont connu cette époque, tel celui de cette jeune anglaise âgée de 28 ans, gouvernante dans une famille du Brabant Wallon, admise dans les derniers jours d'octobre 1958. Au décours d'un épisode grippal, elle accuse une parésie du membre inférieur gauche et supérieur droit. Dans l'ambulance qui l'amène apparaît déjà un encombrement trachéobronchique. D'heure en heure, la parésie gagne l'ensemble de la musculature et après 48 h, seul le mouvement des paupières permet encore de communiquer avec elle. Le stagiaire qui la veille dans cette nuit du 3 novembre a déjà connu une journée fatigante. La lumière est tamisée, il fait chaud, le chuintement de la machine est assourdi et régulier, tout invite au sommeil. Dans le fauteuil qui joute le lit de la malade, il s'endort. Aucun signal sonore particulier ne l'avertit qu'une des pièces du raccord de trachéotomie s'est détachée. Lorsqu'il se réveille quelques heures plus tard, le souffle exprimé par la machine mime toujours une respiration régulière, mais il n'y a plus signe de vie.

Si la neurologie médicale des années 60 est focalisée sur la polio, la neurologie "chirurgicale" a d'autres centres d'intérêt. Parmi ceux-ci, la myélopathie cervicarthrosique constitue un des chevaux de bataille d'Albert Dereymaeker \* et de certains de ses collaborateurs. La mise au point d'un appareil de stéréotaxie destiné au traitement chirurgical de la maladie de Parkinson en est un second. La méthodologie qu'il développe dans ce domaine a le mérite de l'originalité. Si les résultats ne sont pas toujours à la mesure des espérances, force est d'admettre que ses initiatives ouvrent des voies nouvelles. Sa désignation comme titulaire de la chaire de neurologie et comme chef de service de neurologie-neurochirurgie coule de source au moment de l'éméritat de Paul Van Gehuchten, en 1964. Il assume cette double fonction jusqu'en 1979. E. Christian Laterre se voit alors confié sa charge tant académique que clinique en neurologie.

Sous la direction de Georges Cornélis, la neuroradiologie n'est pas en reste. L'iodoventriculographie bénéficie largement de son savoir-faire. L'impulsion donnée par Lucien Sorel à l'électroencéphalographie n'est pas étrangère au traitement de l'hypsarythmie par l'ACTH dont il est l'initiateur ce qui lui vaut de flatteuses récompenses internationales et la création du Centre William Lennox à Ottignies-Louvain-la-Neuve. Les travaux expérimentaux de Jean-Marie Brucher sur les voies oculomotrices du singe et le développement qu'il donne au laboratoire de neuropathologie se doivent d'être soulignés.

---

\* Dereymaeker Albert : 1916 - émérite 1984 - † 1988

Enfin, la collaboration de Joseph Heremans permet à E. Christian Laterre de créer un laboratoire consacré à l'analyse des protéines du liquide céphalorachidien (LCR). Elle suscite l'élaboration de sa thèse d'agrégation intitulée « *Les protéines du liquide céphalorachidien à l'état normal et pathologique* » défendue en 1965. Son développement ultérieur du laboratoire oriente le service vers les pathologies inflammatoires et en particulier, celle de la sclérose en plaques.

La retraite de Paul Van Gehuchten coïncide avec le "splittingsing", c'est-à-dire la création de deux entités, l'une néerlandophone, l'autre francophone, contraintes de cohabiter dans les mêmes locaux et d'utiliser les mêmes services techniques. Le mode de fonctionnement de ces deux entités diverge rapidement. Le temps passe, le sentiment de spoliation s'émousse. Il n'empêche que nous gardons des années 66 à 76 un souvenir amer. L'isolement des services "francophones" ou devenus francophones par la bipartition, situés à la clinique Saint-Raphaël et les difficultés qui en résultent dans la vie de tous les jours ne provoquent qu'une compréhension limitée chez nos collègues travaillant à l'hôpital Saint-Pierre dans un cadre médical exclusivement francophone. Notre propre cohésion en est affectée. Certaines tensions intérieures et peut-être des influences extérieures plus ou moins bienveillantes nous contraignent à marquer le pas. Il en va de nous comme de nombreuses institutions humaines atteignant leur plénitude après une édification laborieuse puis se délitant en une multitude de particules.

Cette situation « inconfortable » ne nous empêche pas de créer avec Roger De Meyer une unité, puis un véritable service de neuropédiatrie, premier du genre en Belgique, dont la responsabilité est confiée en 1975 à Gilles Lyon et à Philippe Evrard. Le caractère novateur de cette entité et le dynamisme de son cadre scientifique font en sorte que l'Université, les Cliniques, le FNRS et le mécénat s'y investissent sans réserve.

Pour étonnant que cela puisse paraître, l'introduction de la lévodopa en thérapeutique (1970) non seulement révolutionne le traitement du Parkinson, fait exploser la neurochimie, mais encore donne aux neurologues intégrés à un groupe chirurgical ou psychiatrique la place dont ils n'ont jamais bénéficié dans un contexte comme le nôtre. Il faut bien avouer que, dépourvu de toute thérapeutique qui lui soit spécifique, la neurologie est très vulnérable. Dans une médecine moderne, efficace et rentable, elle fait figure de science contemplative, de passe-temps d'intellectuels, de compilation de raretés. Paul Van Gehuchten a involontairement accrédité cette idée dans son cadre

professionnel ; sans en convenir explicitement, il avait une approche neurochirurgicale des malades qui le consultaient.

L'apparition de la lévodopa puis des dopaminomimétiques, les effets positifs ou inattendus de ces thérapeutiques contraignent leurs prescripteurs, en l'occurrence les neurologues, à une jonglerie inaccessible à des spécialistes d'une autre discipline. Durant plusieurs années, les résultats sont enivrants, le mot n'est pas trop fort. "Lève-toi et marche" est une réalité quotidienne ! Propulsé au rang de thaumaturge, le neurologue non seulement conforte son savoir, mais il acquiert un rôle social. Il devient un intermédiaire obligé alors qu'il n'a été jusque-là qu'un consultant diversement écouté.

Ayant acquis son autonomie fonctionnelle et "mentale" vis-à-vis de la neurochirurgie et de la pathologie interne en général, la neurologie prend également ses distances vis-à-vis de la psychiatrie, l'une et l'autre devenant des spécialités à part entière. La prise en charge des démences organiques lui est désormais confiée.

A posteriori, tout cela semble aller de soi, encore faut-il que se développe chez les neurologues de la nouvelle génération un intérêt pour la neuropsychologie.

L'année 1975 est une année charnière, celle du premier tomodensitomètre (CT-scan) universitaire en Belgique, (le tout premier ayant été acquis par l'hôpital Le Rayon de Soleil de Montignies). Technique non invasive, le CT-scan remplace rapidement certaines méthodes d'exploration neuroradiologique particulièrement pénibles comme l'encéphalographie gazeuse et dans une moindre mesure, l'iodoventriculographie. Les corrélations anatomocliniques, base de nos connaissances en neurologie, sont facilitées. Outil de recherche comme certains le souhaitent, le CT-scan devient rapidement un instrument de prestige et de pouvoir pour ceux qui en sont les dépositaires, sous le fallacieux prétexte de rendement et d'amortissement..., termes inutilisés 10 ans plus tôt. S'il est vrai qu'on ne fait pas de bonne politique sans bonnes finances, il faut néanmoins respecter certaines priorités.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM), plus prestigieuse encore par la qualité de ses images, subit un sort semblable dans ses débuts.

Pourquoi une telle distorsion entre la qualité du travail radiologique (pour garder une dénomination ancienne) et la pauvreté de la recherche clinique dans ce domaine ? L'inappétence scientifique de certains médecins constitue un facteur prépondérant. Le cloisonnement trop rigide des spécialités en est un second, car il contrarie la formation dans des disciplines cliniques voisines au risque de retarder la qualification légale.

En 1976, le service clinique de neurologie-neurochirurgie est un des premiers à être transféré aux cliniques Saint-Luc. L'institut de neurologie a vécu. Ses divers constituants vont se retrouver géographiquement dispersés, l'esprit de corps s'est effrité, mais ce qu'il a perdu d'un côté, le service va le gagner de l'autre. Il investit à long terme dans certains de ses jeunes collaborateurs leur permettant de consacrer une grande partie de leur formation à une recherche clinique appliquée dans un contexte scientifique rigoureux. Christian Sindic trouve dans le laboratoire du LCR et dans celui de Pierre Masson, héritier de Joseph Heremans, tous les ingrédients nécessaires, non seulement à sa thèse d'agrégation « *Cerebrospinal fluid proteins in diseases of the nervous system* » (1985), mais à l'impulsion qu'il donne aux études consacrées au liquide céphalorachidien. Étendant ses activités à la détection d'anticorps dirigés contre certains composants du tissu nerveux, il développe un véritable laboratoire de neuroimmunologie. Les compétences acquises dans ce domaine lui valent plusieurs nominations comme membre de sociétés de neurologie étrangères, d'Editorial board, le secrétariat général du CSF Research Group of the World Federation of Neurology ainsi qu'une participation comme coauteur de livres et textbooks. Enfin, c'est lui qui succède à E. Christian Laterre comme chef de service et professeur de neurologie en 1998.

Dans un champ d'investigation différent mais suivant un schéma similaire, Jean-Marie Maloteaux bénéficie de l'expérience et de l'environnement de Pierre Laduron, au laboratoire Janssen de Beerse. Les relations internationales créées autour de ce pilier de la pharmacologie belge constituent un apport précieux dans l'élaboration de sa thèse d'agrégation « *La régulation des neurorécepteurs* » (1991). Dans sa foulée, certains de ses collaborateurs directs, Pierre Luabeya et Anne Jeanjean mènent à bien leur doctorat en sciences biomédicales avec des mémoires intitulés respectivement : « *Localisation des récepteurs aux benzodiazépines dans le cerveau humain et pathologique* » (1985) et « *Sous-types des récepteurs opiacés et sigma dans le système nerveux central* » (1995). Sur la voie qui le mène à la pharmacologie et à la pharmacothérapie dont il devient un des coordonnateurs, Jean-Marie Maloteaux est rejoint par Jean-Noël Octave. Au départ d'un horizon différent, celui de la biologie moléculaire, la formation que ce dernier acquiert chez Robert Crichton, André Trouet et Arsène Burny lui permet d'aborder la maladie d'Alzheimer dans ses aspects les plus fondamentaux. Sa thèse d'agrégation intitulée « *The amyloid peptide and its precursor in Alzheimer's disease* » (1990), lui assure une réputation flatteuse dans les milieux scientifiques impliqués dans cette affection.

Le parcours de Geneviève Aubert est plus sinueux. Responsable de l'électroencéphalographie, elle oriente rapidement son activité principale vers la pathologie du sommeil. Grâce à la collaboration des services de pneumologie et d'oto-rhino-laryngologie, elle crée une véritable unité spécialisée dans ce domaine qui lui assure une thèse d'agrégation intitulée "*Upper airway obstruction during sleep. Laboratory and home assessment*" (1990). Geneviève Aubert montre également un intérêt évident pour l'histoire de la neurologie. Par ses exposés dans divers congrès, par ses publications, elle ravive le souvenir d'Arthur Van Gehuchten, cinéaste avant l'invention du mot. À l'instar d'autres facultés de médecine belges et étrangères, l'histoire de la médecine, souvent limitée à un dilettantisme de bon aloi, devrait trouver grâce à elle une place honorable à l'UCL.

L'étude des potentiels évoqués initiée au laboratoire de neurophysiologie doit tout naturellement conduire Jean-Michel Guérit à l'appréciation des états de conscience. À ce titre, le rôle qu'il joue dans le service des soins intensifs est considérable. La thèse d'agrégation qu'il défend en 1990 intitulée "*L'apport des potentiels évoqués chez le patient comateux*" constitue une synthèse à la fois clinique et neurophysiologique. Elle circonscrit un cadre normatif autorisant le praticien à émettre un pronostic de survie ou de séquelles chez un sujet comateux.

La neuropsychologie, initiée à Louvain par Roger Collignon et Dominique Rectem, s'épanouit à Woluwe avec Xavier Seron, docteur en psychologie. L'exploration des fonctions cognitives, assez négligée dans le service, il faut bien l'avouer, l'appréciation de leurs défaillances et leur rééducation font l'objet d'évaluations systématiques et répétitives au sein d'une équipe de psychologues et de logopèdes regroupés dans un centre localisé dans la clinique elle-même. Créer ce centre, faire admettre sa spécificité et partant, son autonomie vis-à-vis de ce qui avait été jusque-là considéré comme l'essentiel de la rééducation c'est-à-dire la motricité, n'est pas chose facile. Pour certains cliniciens, cette innovation représente non seulement un investissement onéreux mais encore une dispersion inutile de l'énergie puisque certaines structures existent. Pour le FNRS, la rééducation est un monolithe comportant tête et pieds. Si les orthopédistes ont convaincu le corps médical de l'utilité de l'exercice pour débloquer les articulations, les preuves semblables manquent encore pour faire admettre l'idée qu'un aphasique gagne à être rééduqué, toute considération psychosociale mise à part. Dans ces conditions,

s'il faut moralement continuer à mobiliser les hémiplésiques, il faut limiter au maximum l'intervention neuropsychologique, d'autant plus que le risque est grand de voir se constituer une nomenclature "psychologique" avec la conséquence inévitable des taux de remboursement. Ce combat n'est pas terminé mais les initiatives de Xavier Seron, véritable fer de lance dans ce domaine et les contacts répétés avec les instances du FNRS et l'INAMI finissent pas changer les mentalités.

D'autres facteurs viennent assurer des assises solides au Centre de Rééducation neuropsychologique : d'une part un prix, la *Médaille d'Or Hélios* (1995) des Communautés européennes attribuée pour le programme original de réadaptation fonctionnelle que Xavier Seron et ses collaborateurs ont élaboré. D'autre part, le battage médiatique autour de la maladie d'Alzheimer et d'une manière plus générale, des troubles de mémoire qui en sont très souvent l'expression initiale. Le diagnostic précoce dans ce domaine s'avère de jour en jour plus indispensable si une thérapeutique médicamenteuse permet de ralentir le processus pathologique. Dans l'état actuel des choses, seuls des tests neuropsychologiques très élaborés permettent d'évoquer ou de récuser ce diagnostic dont l'importance ne fait aucun doute. C'est dès lors très naturellement que se crée une Clinique de la mémoire sous la responsabilité directe d'Adrian Ivanoiu.

Longtemps tiraillée entre le service de neurologie et le service de physiothérapie et de rééducation fonctionnelle, la neurophysiologie clinique périphérique, en termes plus courts, l'électromyographie, s'intègre enfin totalement au service de neurologie. Depuis 1987, Peter Van den Bergh assume ce type d'examen pour les malades du service de neurologie et pour les cliniciens qui lui confient leurs patients. La formation acquise en pathologie musculaire lui permet également de compléter ses explorations fonctionnelles par l'examen de biopsies neuromusculaires. Avec persévérance, voire obstination, il faut convaincre qu'une filière clinique - électromyographie - biopsie (moins fréquente depuis l'explosion de la neurogénétique), sous la houlette d'une seule personnalité constitue un choix scientifique et médical valable. Agrégé en 1992 avec une thèse intitulée « *Effect of the raphe-spinal thyrotropin-releasing hormone system on the regulation of lower motor neuron function in the rat spinal cord* », Peter Van den Bergh voit enfin se concrétiser un centre fonctionnel polyvalent diagnostique et thérapeutique comprenant, outre cliniciens et généticiens, des orthopédistes et des kinésithérapeutes, et intitulé: *Centre de référence neuromusculaire*.

Un service de neurologie générale dans un hôpital comme les cliniques Saint-Luc se doit d'organiser la prise en charge des malades victimes d'accidents vasculaires cérébraux, patients souvent laissés pour compte. Dans plusieurs centres étrangers, la création d'unités de soins spécialement conçues dans la prise en charge précoce d'accidents vasculaires cérébraux s'avère un outil remarquablement efficace, tant dans l'approche physiopathologique du problème que dans les résultats thérapeutiques. Dès 1993-1994 est décidée la création d'une unité de ce type (5 lits monitorisés). Les compétences et le dynamisme d'André Peeters font le reste. Cette unité hospitalière "*stroke unit*" fonctionne en étroite collaboration avec les techniques d'exploration fonctionnelle vasculaire, en particulier le Doppler extra- et intracrânien sous la responsabilité de Françoise van de Wyngaert.

L'intérêt pour la pathologie vasculaire n'est de loin pas spécifique aux cliniques Saint-Luc ; Patrice Laloux, chef de service de neurologie aux cliniques universitaires de Mont-Godinne joue un rôle avant-gardiste dans ce domaine. Sa thèse d'agrégation défendue en 1997 et intitulée "*Subtypes classification and prediction of outcome in acute cerebral ischemia using spect imaging*" s'inscrit dans cette foulée.

Last but not least..., autonome, puis associé, finalement intégré aux services de neurologie (adultes et enfants) des cliniques Saint-Luc, le Centre William Lennox situé à Ottignies-Louvain-la-Neuve connaît une évolution fluctuante. Centre d'hébergement conçu par Lucien Sorel et destiné à la mise point thérapeutique et à la rééducation d'enfants et d'adultes épileptiques graves, il est bâti sur un site de l'UCL grâce au mécénat et aux fonds publics. À partir de 1980, c'est-à-dire après une dizaine d'années de fonctionnement, son équilibre financier devient préoccupant. Les progrès dans les thérapeutiques médicamenteuses ont pour conséquence de diminuer le nombre de patients susceptibles d'être institutionnalisés. L'Université vient au secours du Centre au prix d'une restructuration fondamentale tant du cadre médical et administratif que d'une ouverture à des pathologies nerveuses non-épileptiques. Rien ne laisse prévoir au départ que Thierry de Barsy, formé à l'école neurologique et neuropathologique de Ludo van Bogaert, puis biochimique de Gery Hers, promoteur de sa thèse d'agrégation intitulée "*La glycogénose de type II. Approche thérapeutique*" (1976) prenne en main les destinées du Centre neurologique William Lennox. Son rôle est considérable dans la remise à flot du navire. Ses compétences médicales, ses dons de gestionnaire et son doigté sont autant d'éléments soutenant son action. Aidé de collaborateurs comme Germaine van Rijckevorsel et Françoise Saussu, Thierry de Barsy assure la

continuité entre le service de neurologie aigu et un hébergement rééducatif avant le retour à domicile.

Ce cadre est incomplet si on n'y associe pas ceux ou celles qui tout en n'y étant pas explicitement intégrés ont joué et jouent encore un rôle additionnel considérable. L'exemple le plus manifeste est celui d'Anne De Volder, agrégée en 1995 avec une thèse intitulée "*Réorganisation corticale dans la déficience sensorielle précoce chez l'être humain. Implications thérapeutiques*".

Responsable pour le secteur Neurosciences de l'imagerie tomographique par émission de positrons (PET-scan), elle participe à plusieurs études consacrées à des maladies dégénératives du système nerveux. Grâce à elle, certains de ces travaux sont sortis des tiroirs.

La neurochirurgie souhaite voler de ses propres ailes à l'éméritat de Guy Stroobandt. Je ne répète pas les arguments développés au début de ce chapitre, plaider en faveur du maintien de l'unité. Pour des motifs dont l'avenir appréciera la pertinence, ce clivage paraît récolter une majorité de suffrages. Ce n'est pas un divorce et l'exemple de la neurochirurgie fonctionnelle dans le domaine de la maladie de Parkinson est révélateur des liens qui unissent les deux spécialités. Après une traversée du désert d'une vingtaine d'années, la chirurgie stéréotaxique retrouve un rôle important pour autant qu'elle concède au neurologue en possession de toutes les données du problème, et l'indication opératoire, et jusqu'à un certain point, le choix de la cible. Dans ce contexte, le neurologue est également l'accompagnateur du neurochirurgien durant la phase peropératoire. C'est également lui qui reprend en main le patient dans la phase postérieure, immédiate et lointaine. Anne Jeanjean joue parfaitement ce rôle.

Décrire la compétence et exalter les succès de ceux qui impulsent un service pourrait être considéré comme une façon indirecte d'attribuer ces qualités à celui qui les a choisis, aidés et défendus, en l'occurrence le chef de service. Par ailleurs, faire accroire que l'accumulation des charges hospitalières et académiques ont constitué pour lui une sinécure serait faire preuve de fausse modestie. S'il a orienté l'un ou l'autre dans des voies encore peu fréquentées (on dirait aujourd'hui : occuper des créneaux), c'est parce qu'il en appréhendait intuitivement la particularité. En définitive, c'est son premier mérite.

Le deuxième est d'avoir été avec d'autres, un rassembleur. En témoigne la création du *Centre de recherches en neurosciences* (1998). Enfin, le troisième, mais il se pourrait bien qu'il faille le classer en première position, est d'avoir maintenu la clinique "au milieu du village" car au terme de cette petite histoire

retracée à grands coups de brosse et en guise d'épilogue, on peut affirmer que la clinique neurologique n'a rien perdu ni de sa richesse ni de sa nécessité. Loin de la dévaloriser, les progrès techniques des dernières années ont enrichi la sémiologie nerveuse donnant un sens à ce qui n'était parfois qu'un signe.

Gonrieux, mai 2001



Le professeur Arthur Van Gehuchten  
Âgé de 50 ans en 1911, † 1914.



Le professeur Paul Van Gehuchten (1893 -  
émérite en 1964 - † 1989).

Ci-dessus en 1965.



Le staff de Neurologie en 1961

Assis au 1<sup>er</sup> rang et de gauche à droite :

E. Christian Laterre (neurologie), Georges Cornélis (neuroradiologie), Jean De Coster (neurologie), Paul Van Gehuchten, Albert Dereymaeker (neurochirurgie), Raymond Van den Bergh (neurochirurgie), Jean-Marie Brucher (neuropathologie), Louis Velghe (médecine interne) et Guy Stroobandt (neurochirurgie) (debout à droite).