



Interview
Pr Dominique Maiter

Histoire de la médecine
Médecine et guerres

Médecine et religions
Le linceul de Turin

Émérites
Hommage aux professeur-es émérites 2023





Bulletin des médecins anciens
de l'Université catholique de Louvain

AMA CONTACTS 127 NOVEMBRE-DÉCEMBRE 2023

EDITORIAL

Martin Buyschaert..... 452

INTERVIEW

L'impressionnant bilan de la carrière du
Pr Dominique Maiter

Maurice Einhorn..... 453

MÉDECINE ET RELIGIONS

Le linceul de Turin

Christian Brohet 454

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Médecine et guerres

Jean-Claude Debongnie..... 461

ÉMÉRITES

Hommage aux professeur-es émérites 2023 465

EDITORIAL

L'an 2023 qui s'achève fut pour Louvain Médical – et donc aussi pour l'Ama Contacts – un temps de fortes turbulences, liées à de lourdes contraintes budgétaires. Elles ont fait suite, entre autres, à un contexte conjoncturel difficile, comme déjà mentionné très justement, à plusieurs reprises, par le Pr C. Hermans rédacteur en chef de Louvain Médical, dans ses éditoriaux.

Grâce au soutien et à l'aide financière des Autorités facultaires, en particulier celle de notre vice-recteur le Pr F. Houssiau et de notre doyenne le Pr F. Smets, l'année se termine plus favorablement – et vous avez toujours l'Ama Contacts entre vos mains... Grâce aussi à un nouveau partenariat étroit – une alliance – avec le Centre Académique de Médecine Générale (CAMG) piloté par le Pr C. Minguet. Un présent, après ce passé très préoccupant, maintenant davantage sous contrôle, est garant de l'avenir de notre Revue. Il ouvre en tout cas des perspectives positives, sachant également la qualité éditoriale de Louvain Médical et de l'Ama Contacts. Mais nous avons plus que jamais besoin de votre fidélité !

Ce dernier bulletin 2023 se veut à nouveau, par-delà son éclectisme, une partition harmonieuse.

Les Professeurs « émérites », récemment ou moins récemment « promus », sont mis à l'honneur. Je leur souhaite, au nom du Comité de rédaction de l'Ama Contacts, bon vent et un très beau parcours d'Anciens (qui leur permet de rejoindre le Club des émérites).

Un article (passionnant) de C. Brohet vient répondre à une question quasi existentielle : « le Saint Suaire de Turin » est-il le linceul authentique du Christ ou un « simple » artefact d'origine plus récente ? Les très belles et rationnelles conclusions de l'auteur ne peuvent pas ne pas interpellé chacun.e d'entre nous...

J.C. Debongnie brosse, quant à lui, un remarquable tableau à propos d'un thème encore très actuel « Médecine et guerres » ! Il démontre, dans son article très riche en références historiques, que les guerres – incarnations du mal – font le lit inévitablement, depuis la période romaine jusqu'à nos jours, de découvertes médicales et d'améliorations organisationnelles des soins. Et cela, par-delà les tragédies. L'article est une fresque magistrale confirmant, avec moult détails, cette assertion d'un historien de la médecine, N. Fabiani, cité par l'auteur, « sur le fond de la guerre, la médecine progresse... »

J'espère que vous lirez avec délectation ces différentes contributions à notre revue.

Merci de tout cœur aux auteurs pour leur travail et leur investissement récurrent d'excellence. Merci à I. Istasse pour sa gestion éditoriale sans faille.

Je conclurai cet éditorial en souhaitant à chacune et chacun, au nom du Comité de rédaction de l'Ama Contacts, une joyeuse fête de Noël et une année 2024 très belle et féconde. Une année de bonheur et de santé !

Martin Buyschaert

AMA CONTACTS

Bulletin des médecins anciens
de l'Université catholique de Louvain

*BUREAU

Martin Buyschaert, Jean-Claude Debongnie, Carl Vanwelde, Chantal Daumerie,
Daniel Vanthuyne, Yves Pirson, Maurice Einhorn, Frédéric Thys, C. Brohet

EDITEUR RESPONSABLE

Martin Buyschaert
Avenue E. Mounier 52, Bte B1.52.15 – 1200 Bruxelles

Les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Nous appliquons la nouvelle orthographe, grâce au logiciel Recto-Verso développé par les linguistes informaticiens du Centre de traitement automatique du langage de l'UCLouvain (CENTAL).

COUVERTURE

Tableau d'André Goffinet représentant un « diagramme de Voronoi »



L'impressionnant bilan de la carrière du Pr Dominique Maiter

Maurice Einhorn

Après un enseignement primaire et moyen sans histoire particulière, Dominique Maiter, originaire de Malmedy, est entré aux Facultés de Namur, où il a suivi ses trois premières années de médecine, connues notamment pour un encadrement assez strict, avant de passer à l'UCLouvain pour faire ses années de doctorat. « *C'était une des toutes premières années après la scission et le déménagement de l'Université de Louvain sur le site de Woluwé Saint Lambert. Arrivé aux nouvelles facultés, qui en étaient encore largement au stade de construction, puisque même les cliniques Saint-Luc n'étaient pas encore tout à fait terminées, si bien que certaines disciplines continuaient à être encore provisoirement exercées à Leuven. Le Pr Maiter a obtenu son diplôme de docteur en médecine en 1981 avec la plus Grande Distinction. Après une deuxième place au concours de médecine interne, c'était déjà un brillant avenir qui s'ouvrait devant lui. Après un an de formation en médecine interne générale à Auvelais, puis à Jolimont, Dominique Maiter poursuit sa formation aux Cliniques universitaires Saint-Luc. Après sa rencontre déterminante avec le Pr André Lambert, chef du service d'endocrinologie et de nutrition aux Cliniques universitaires Saint-Luc, il opte pour la spécialisation dans cette discipline. Après la cinquième année, il s'est lancé dans la recherche comme aspirant FNRS, à raison de deux fois deux ans et comme chargé de recherche pendant deux ans supplémentaires, C'est durant cette période qu'il a l'opportunité de se rendre aux Etats-Unis, à la prestigieuse Université de Harvard et au Massachusetts General Hospital. Grâce à l'octroi de la très compétitive bourse Fogarty, il y restera pendant deux années très enrichissantes en travaillant dans le laboratoire de recherche de neuroendocrinologie. À cette époque déjà, le sujet qui le passionnant le plus était l'étude de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Il a pu réaliser sa thèse d'Agrégation de l'Enseignement Supérieur sur la régulation neuro-endocrinienne de la sécrétion pulsatile de l'hormone de croissance chez le rat.*

C'est en 1991 que débute véritablement sa carrière clinique à l'UCLouvain, avec le poste de résident en 1991, puis celui de chef de clinique adjoint, chef de clinique associé et, enfin, chef de service.

2001 marque le début de la carrière académique du Pr Maiter, d'abord comme professeur associé d'endocrinologie et nutrition à l'UCLouvain jusqu'en 2006, puis, de 2006 jusqu'en 2022, comme professeur ordinaire. Il a été dans ce cadre promoteur de 3 thèses de PhD et de 28 thèses pour le grade de Master en Endocrinologie et Nutrition ou en Sciences biomédicales.

On ne peut qualifier que d'impressionnant son bilan en matière de publications, avec 291 publications originales, 31 revues ou chapitres de livres et plus de 200 abstracts et communications lors de congrès. Avec à la clé la récompense pour « la meilleure publication de l'année ».

Dominique Maiter est membre de plusieurs sociétés, comme la Société européenne d'endocrinologie, l'Association neuro-endocrinologique européenne, la Société américaine d'endocrinologie, la « Pituitary Society » et la Société belge d'endocrinologie, qu'il a présidée de 2004 à 2006.

En octobre 2022, c'est l'éméritat, avec une activité complémentaire de consultant pour 4 onzièmes, trois demi-journées de consultations. Il est aussi promoteur de thèse d'un jeune médecin et reste impliqué dans certaines recherches au niveau international. « *J'ai toujours poussé et aidé les jeunes à participer à des études, notamment multicentriques nationales et internationales, car l'union fait la force !* ». Dominique Maiter consacre aujourd'hui une partie de son temps au vélo et à la lecture, avec une préférence pour l'histoire, de la Rome antique au siècle dernier en passant par la Révolution française, sans oublier évidemment sa famille, avec son épouse, 3 enfants et deux petits-enfants.

Le linceul de Turin

Christian Brohet

INTRODUCTION

Le linceul de Turin est une étoffe de lin de 4m42 de long sur 1m14 de large, conservée dans la cathédrale de Turin en Italie. Ce drap est vénéré par d'innombrables croyants comme pouvant être le linceul ayant enveloppé le corps supplicié de Jésus-Christ, bien que l'Église Catholique ne se soit jamais clairement prononcée à ce sujet, estimant qu'il s'agissait d'une icône plutôt qu'une véritable relique.

Sur ce drap se trouve représentée l'empreinte à peine visible d'un homme ayant été torturé, flagellé et crucifié, avec les traces de sévices tels que décrits dans un article précédent concernant les circonstances de la mort physique de Jésus. Cependant, d'autres observateurs considèrent que ce « linceul » n'est rien d'autre qu'un « faux » fabriqué au Moyen Age et une datation au carbone 14 réalisée en 1988 semble leur avoir donné raison. Pourtant, des travaux scientifiques ultérieurs ont invalidé cette assertion et nous nous retrouvons avec une question lancinante : le linceul de Turin (parfois appelé improprement « Saint-Suaire de Turin »), vrai

linceul authentique du Christ ou artefact datant de l'époque médiévale ?

Mon intérêt pour cette question remonte au milieu des années 1980 lors d'une nuit passée dans un avion me ramenant des Etats-Unis à Bruxelles. Je m'étais acheté à la librairie de l'aéroport américain un livre intitulé « *Report on the Shroud of Turin* », publié en 1983, dont l'auteur, le Dr John H. Heller, décrivait les résultats des recherches menées sur le linceul par une équipe d'une quarantaine de scientifiques américains, dénommée « STURP » (pour *Shroud of TURin Research Project*). Deux chercheurs de cette équipe, notamment le Dr Heller, biophysicien, et son collègue le Dr Adler, un chimiste juif, purent démontrer que les traces de sang présentes sur le tissu étaient bien du sang humain. Rédigé comme un véritable polar, ce livre m'a tenu éveillé pendant tout le voyage de retour, cette nuit blanche ayant définitivement suscité mon envie d'en savoir plus...

Mais que savons-nous de l'histoire du Linceul de Turin ?

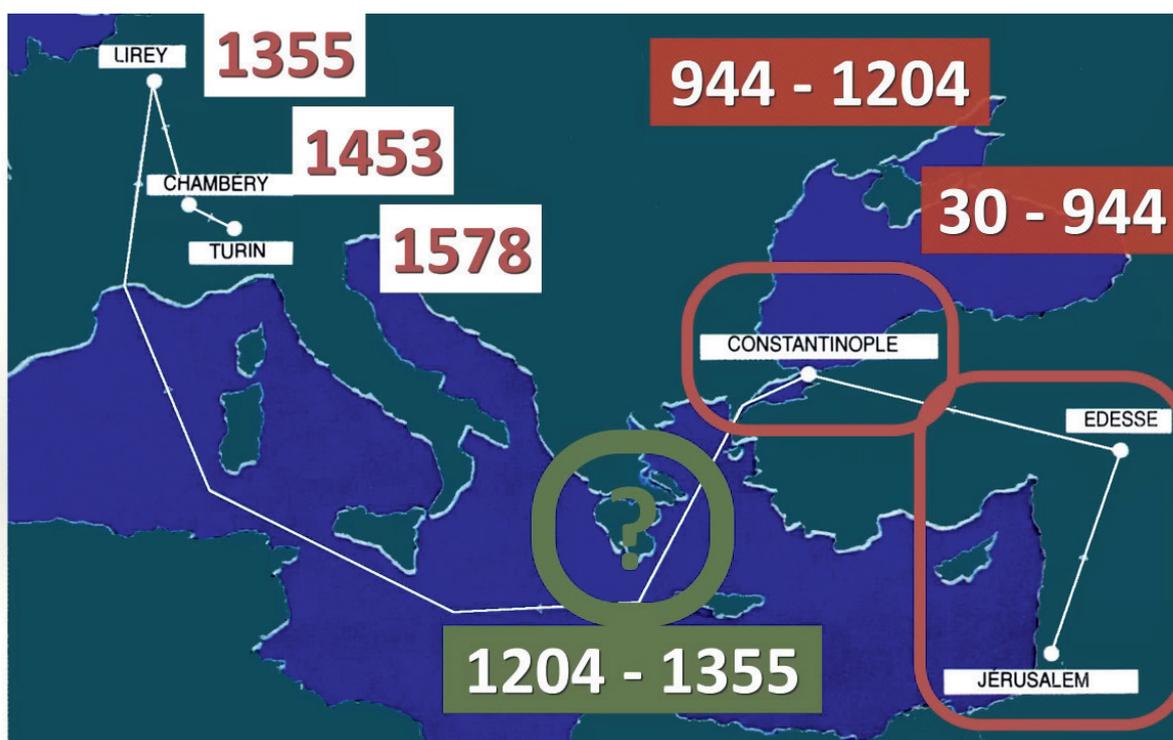


Figure 1 : parcours historique présumé du linceul, du Proche-Orient à Turin (conférence de Louis Cadot le 26 mars 2023).

PARCOURS HISTORIQUE DU LINCEUL DE TURIN

On peut suivre l'histoire du linceul non pas depuis son origine, lors de la découverte à Jérusalem du tombeau vide par Simon-Pierre et Jean le 5 avril de l'an 33, mais lors de son arrivée dans la ville d'Edesse (située en Turquie actuelle) vers 387-388. Avant cela, on peut supposer que le linceul fut caché à Jérusalem, peut être plié et conservé dans une jarre. La légende d'Abgar mentionne l'existence d'une image « acheiropoïète », c'est à dire non faite de main d'homme, représentant la face du Christ. Ce linge fut appelé le « Mandyliion ». En tout cas, à partir de son arrivée à Edesse, les représentations artistiques du Christ se modifient : plutôt qu'un beau jeune homme imberbe style jeune berger, le Christ devient un homme mûr de type sémite avec longue chevelure, une raie au milieu de la tête, et une barbe en pointe ou bifide, exactement comme sur l'image du linceul.

Ensuite, l'existence du linceul est attestée en 944 à Constantinople, capitale de l'empire Byzantin ou empire romain d'Orient. Un chevalier français, Robert de Clari prétend avoir vu le linceul à Constantinople en 1203 et qu'il aurait ensuite disparu lors du sac de la ville par les croisés l'année suivante en 1204. Il a probablement confondu une fausse relique conservée dans l'église des Blachernes avec le vrai linceul conservé dans l'église du palais impérial au Pharos distante de 4 km. Nicolas de Mésarités, gardien des reliques en parle en 1207 comme étant toujours au palais du Pharos. Pourtant, en 1205, le garde des sceaux de l'empereur avait écrit au pape Innocent III pour se plaindre du rapt de reliques, dont le

linceul, par les croisés, notamment par un certain Othon de la Roche qui aurait emporté le linceul à Athènes et l'aurait remis au clan des Achaïens composé de chevaliers français séjournant en Grèce.

Par après, l'histoire du linceul pourra être retracée de façon plus précise. Il semble avoir été transféré en France, avec d'autres reliques de la Passion, cédées par Baudouin II, l'empereur latin, à Saint Louis, roi de France. Les reliques, dont le linceul et la couronne d'épines, sont conservées pendant un siècle dans la Sainte Chapelle à Paris. En septembre 1347, le roi de France Philippe VI de Valois offre le linceul (dont il sous-estime la valeur) à son porte-oriflamme le chevalier Geoffroy de Charny. Celui-ci devient donc propriétaire du linceul qui est exposé dans la collégiale de Lirey, près de Troyes en Champagne où ont lieu les premières ostensions en 1355. La petite fille de Geoffroy de Charny, Marguerite, cède le linceul au duc Louis de Savoie. Le linceul devient propriété de la maison de Savoie à partir de 1453. Il est transféré de Genève à Chambéry où il est victime d'un incendie de la chapelle en 1532, ce qui nécessitera un reprisage par les Clarisses de Chambéry. Le duc de Savoie cède alors le linceul qui est transporté à Turin en 1578. Plus tard d'autres incendies mettront le linceul en péril, ceux de 1973 et 1997, ce dernier sinistre ayant pu être maîtrisé par un pompier qui parvint à briser une vitre de protection réputée incassable ! En 1983, la donation effectuée deux ans auparavant par l'ex-roi d'Italie Umberto III au Vatican est acceptée par le pape Jean-Paul II qui décide que la relique resterait à Turin et désigne comme custode pontifical du Saint Suaire le cardinal Ballestrero qui donnera son accord pour la datation au carbone 14...

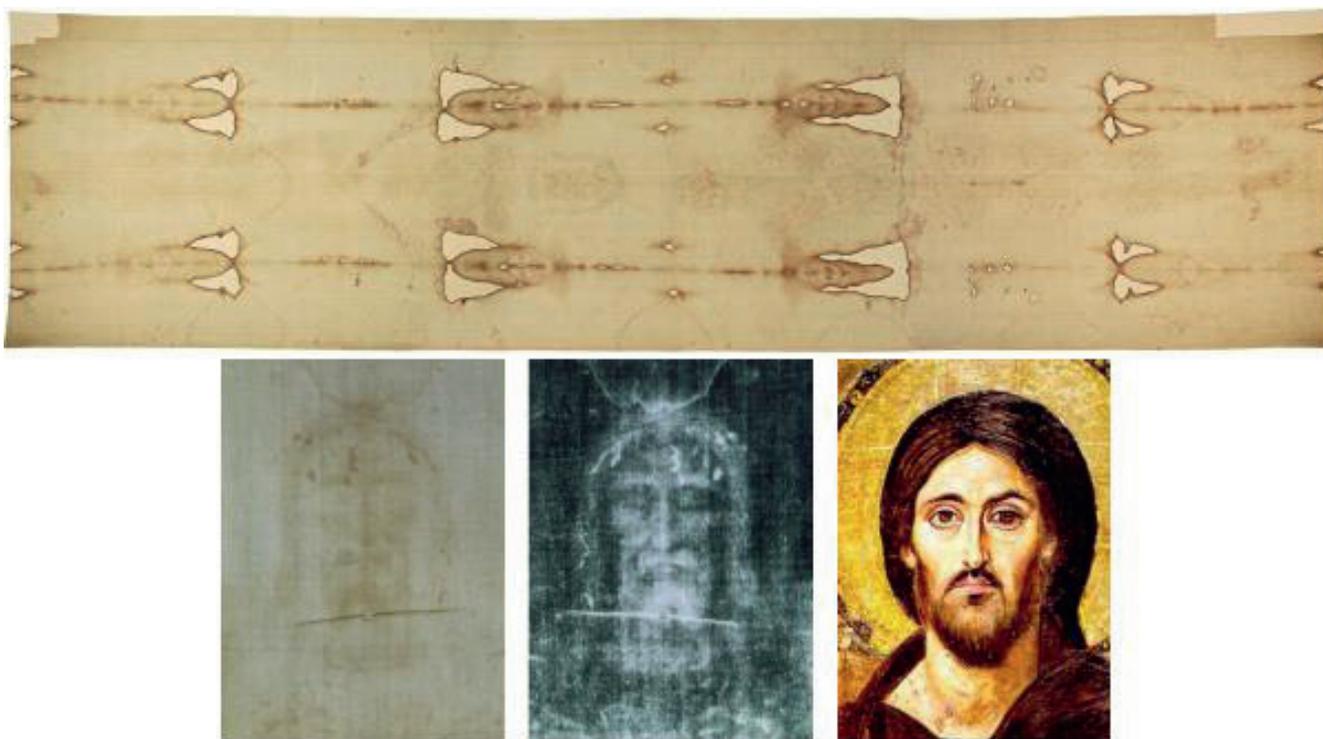


Figure 2 : en haut image inscrite sur le linceul du corps complet (face ventrale à gauche, face dorsale à droite), en bas de gauche à droite : image de la face sur le linceul, image de la face sur le négatif photographique, représentation de la face du Christ dans l'iconographie byzantine. (www.linceulturin.net).

RECHERCHE SCIENTIFIQUE SUR LE LINCEUL DE TURIN

Le début de l'histoire scientifique du linceul remonte à la fin du XIX^e siècle lorsque, à l'occasion d'une ostension du Saint Suaire conservé à la cathédrale Saint Jean Baptiste de Turin, la première photographie de l'image représentée aboutit à une découverte exceptionnelle. Cette photographie fut réalisée en mai 1898 par un notable de la ville, le chevalier Secundo Pia, avocat de profession et féru de cette nouvelle technique inventée quelques années auparavant. En développant le cliché, le chevalier Pia eut l'énorme surprise de constater que le négatif obtenu donnait une représentation beaucoup plus nette et plus précise de l'empreinte inscrite sur le drap. Alors que sur le drap lui-même on distingue à peine une image de couleur jaune paille très pâle qui ne peut être discernée qu'à plus de deux mètres de distance, sur le négatif de la photo on voit nettement l'image des deux faces, ventrale et dorsale, tête bêche, d'un homme mort, avec des traces de torture et de crucifiement. Il y a inversion des teintes, le clair devenant sombre et le sombre clair. Cela signifie que l'image inscrite sur le drap équivaut à un négatif photographique (puisque le négatif obtenu par Pia a les caractéristiques d'un positif et que négatif sur négatif donne positif). Pour la première fois un être humain pouvait contempler cette image mystérieuse de « l'homme du linceul » ! La surprise du photographe fut telle qu'il faillit laisser choir la plaque de verre où était imprimée l'image positive du corps...



Figure 3 : représentation artistique réalisée par Giovanni Battista della Rovere vers 1600 de l'ensevelissement de Jésus (partie inférieure) et de l'impression de l'image sur le linceul (partie supérieure). (NPL-DeA Picture Library/ Bridgeman Images.)

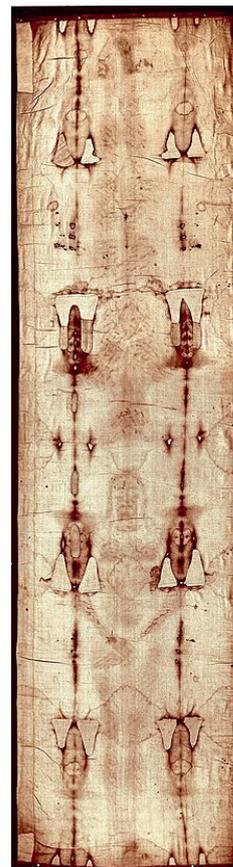


Figure 4 : présentation de l'entièreté du linceul telle que le photographe Secundo Pia, assimilable à un négatif photographique. On y distingue malaisément la face ventrale (en bas) et la face dorsale (en haut) d'un homme décédé avec traces de sévices et de crucifiement (Wikipedia).

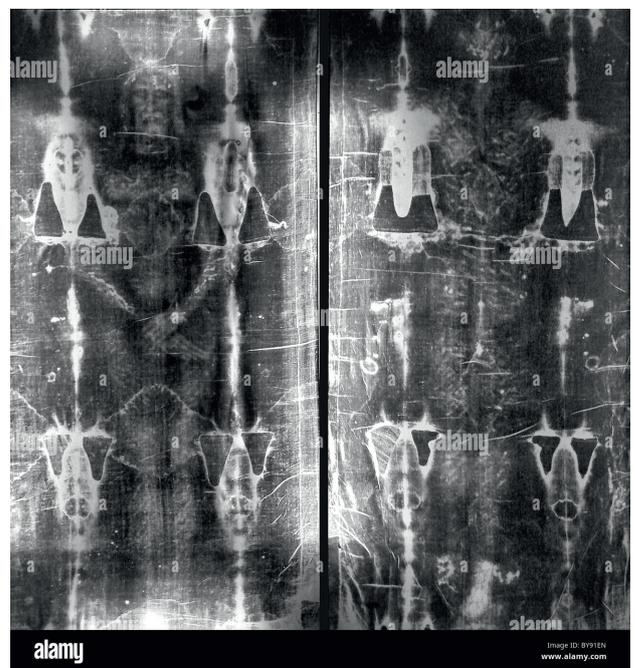


Figure 5 : présentation du « négatif » obtenu par Secundo Pia qui a valeur de « positif », avec contours plus nets, distinction sur la face ventrale (à gauche) des coulées de sang sur les avant-bras et du clou du poignet gauche, et sur la face dorsale (à droite) des traces de coups de fouet disposées en éventail (Wikipedia)..

Lors d'une ostension ultérieure en mai 1931, un autre photographe, le chevalier Giuseppe Enrie obtint des clichés encore plus détaillés de l'image du linceul. C'était le début d'une intense recherche scientifique pour tenter d'expliquer la composition et la nature du linceul de Turin.

Caractéristiques de la pièce de lin

Le drap du linceul est un tissu de lin, un sergé à chevrons 3/1 avec torsion des fils en Z, blanchi après tissage selon l'usage au Moyen Orient avant le 8^e siècle. Il s'agit d'une pièce de grand prix dont la valeur actuelle serait d'environ 10.000 euros, identique à certains tissus découverts à Massada en Palestine et datant du 1^{er} siècle de notre ère. La principale caractéristique est sa grande finesse, son épaisseur n'étant que de 0,3mm. La toile contient quelques traces de coton (connu en Palestine dès l'Antiquité, mais pas en Europe avant le 15^e siècle) sans trace de laine selon les prescriptions du Deutéronome qui interdisait le mélange de fibres animales et végétales. Cela semble donc bien correspondre à l'origine proche-orientale de ce drap.

Caractéristiques de l'empreinte

Les caractéristiques de l'empreinte de coloration jaune paille et des traces de coloration rougeâtre furent étudiées par le STURP, ce groupement de 35 chercheurs scientifiques américains dont 24 vinrent sur place à Turin pour analyser le linceul au moyen de 6 tonnes de matériel sophistiqué, lors de l'ostension de 1978. Les recherches aboutirent à la conclusion que l'image de l'empreinte était le résultat d'une « oxydation déshydratante acide », donnant une espèce de « roussissure » superficielle de la partie supérieure des fibres de lin, ne portant que sur 40 microns ! Les chercheurs Heller et Adler prouvèrent que les traces rougeâtres provenaient de sang humain, qu'on pouvait y distinguer du sang artériel, du sang veineux et du sang post mortem et que l'empreinte du corps n'existait pas sous ces traces de sang, ce qui indiquerait qu'elle se serait formée postérieurement par rapport à ces taches. En tout cas, il est certain qu'il ne peut s'agir en aucun cas d'une peinture car l'empreinte ne montre pas de contour net, pas de pigment décelable, pas de traces de collagène ni de poils de brosse... La coloration rouge carminée du sang a longtemps intrigué les chercheurs parce-que le sang vieilli prend normalement une coloration rouge foncé, brune ou noire. En fait, c'est la bilirubine présente dans le sang qui explique ce phénomène, et la bilirubine est un produit de dégradation de l'hémoglobine qui apparaît lorsque le corps a subi de violents traumatismes ce qui est le cas de l'homme du linceul. C'est l'un des participants aux travaux du STURP, Barrie Schwartz, un photographe juif, qui amena cette réflexion.

L'image de l'empreinte présente un autre aspect bien intrigant. Il s'agit d'un caractère de « tridimensionnalité », comme si l'image s'était imprimée par projection orthogonale d'un rayonnement émis par le corps qui aurait été « suspendu », en apesanteur, à faible distance du drap étalé horizontalement, à plat ! En effet, la densité de la coloration des fibres est inversement proportionnelle à la distance entre la source émettrice (la surface du corps) et l'objet recevant l'émission (le drap). De plus, l'image ne comporte aucune ombre qui habituellement donne l'impression de

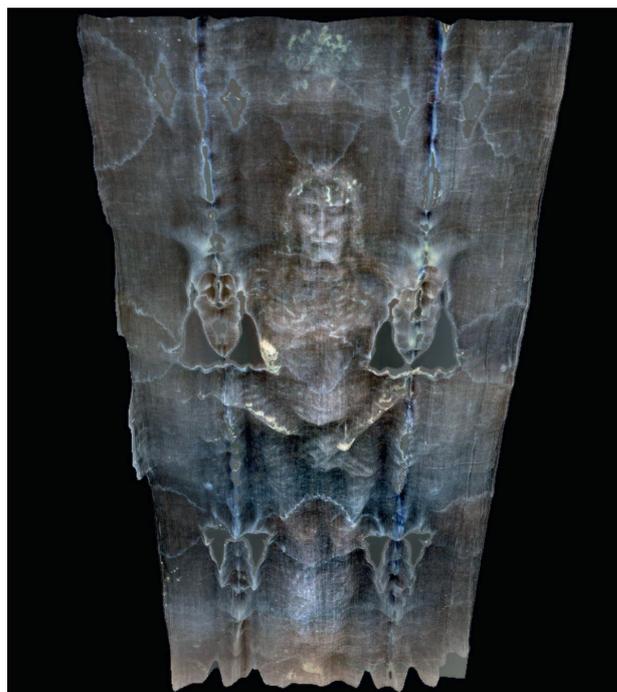


Figure 6 Reconstitution par le scientifique français Thierry Castex de la face ventrale de l'homme du linceul, démontrant le caractère tridimensionnel de l'image.

relief, et l'image n'est pas non plus déformée comme ce cela se produirait par contact direct avec le corps. Ce caractère de tridimensionnalité a été démontré en 1976 par Jackson et Jumper en utilisant un analyseur d'images VP8 de la NASA. Les chercheurs Thierry Castex et Petrus Soons ont produit des images saisissantes, en 3-D de l'empreinte du linceul.

Tout se passe donc comme si un rayonnement (dont la nature sera évoquée plus loin) était sorti du corps flottant, en apesanteur, à faible distance du linge parfaitement plat !

Analyse iconographique du linceul

Le corps imprimé sur le linceul est celui d'un homme d'âge mûr, entre 30 et 40 ans, de constitution robuste dont la taille est d'environ 1,80m à 1,90m.

L'analyse de l'image de ce corps imprimée sur le linceul fournit des informations extrêmement précises qui correspondent en tous points à la description donnée par les évangiles du déroulement de la Passion du Christ. En voici la liste :

- conséquences des sévices infligés lors du procès : tuméfaction des arcades sourcilières, gonflement de l'œil gauche, cartilage du nez cassé, barbe en partie arrachée ;
- traces de la flagellation : utilisation du fouet romain (*flagrum*) muni de petites billes de plomb à l'extrémité des lanières, 100 à 120 marques de coups réparties sur tout le corps sauf les avant-bras, hypothèse de deux exécutants, le bourreau de droite plus grand et plus actif ;
- traces de la couronne d'épines : en forme de bonnet plutôt que couronne, perforations du cuir chevelu avec saignement abondant bien visible sur la face postérieure du crâne, coulées plus discrètes à l'avant comme la trace en epsilon inversé qui s'explique par le cheminement du sang au niveau de l'arcade sourcilière ;

Ce couronnement d'épines est un phénomène unique dans l'histoire antique des crucifixions romaines ;

- traces du portement de la croix : larges contusions sur une épaule et le dos dues au frottement du *patibulum*, la poutre horizontale portée par le condamné jusqu'au lieu de l'exécution. Présence de boue avec cristaux d'aragonite sur le genou gauche, les pieds et le nez, conséquences des chutes du condamné ;
- traces du crucifiement : localisation des clous au niveau des poignets (et non pas dans les paumes des mains comme le représentent la grande majorité des peintures religieuses). Cette particularité est bien connue depuis les travaux du chirurgien français, le Dr Pierre Barbet. On remarque aussi l'absence de visualisation des pouces qui se sont rétractés suite à la lésion du nerf médian. Cette particularité se retrouve sur un dessin reproduit dans un manuscrit, le codex de Pray, une œuvre datant de 1192-1195 conservée à la bibliothèque nationale de Budapest. Certains détails suggèrent que l'auteur de cette miniature a vu le linceul à Constantinople à cette époque ; l'examen de la position des clous des pieds laisse persister un doute, un seul clou pour les pieds superposés ou deux clous, un pour chaque pied dont enclouage dans l'espace de Mérat pour le pied droit et dans le sinus du tarse pour le pied gauche.
- causes de la mort du crucifié : probablement par asphyxie suite à l'épuisement total et la rigidité musculaire empêchant la victime de s'arc-bouter sur les clous des pieds en

tirant sur les bras pour respirer. Thorax bloqué en inspiration comme chez l'asthmatique, coulées de sang sur les avant-bras, grande plaie sur le côté droit de la poitrine due au fameux « coup de grâce » asséné au moyen de la *lancea* romaine, suivant les prescriptions de Jules César, pour s'assurer du décès du crucifié, plaie non refermée ce qui témoigne de la mort du condamné, présence de sang (provenant de l'oreillette droite) et de sérosité correspondant à l'écoulement de liquide pleural et péricardique, absence de fractures des os des jambes ;

- circonstances de l'ensevelissement et de la mise au tombeau : les chercheurs n'ont pu mettre en évidence aucun signe de putréfaction, de décomposition, ce qui suggère que le corps n'aurait séjourné que moins de 30 heures dans son linceul.

Cette concordance totale entre le récit des évangiles et les caractéristiques de l'image du linceul est encore renforcée par la découverte ultérieure de plusieurs indices concernant la position du corps sur la croix, la trace de pièces de monnaie sur les yeux, la présence d'inscriptions administratives, etc.

Déjà en 1902, le Pr Yves Delage, un scientifique agnostique, spécialiste d'anatomie, avait relevé cette concordance entre récit évangélique et image du linceul. Mais sa communication à l'Académie des Sciences avait été refusée par Berthelot, le secrétaire permanent de l'Académie, également agnostique. Delage lui répondit dans une lettre que « si, au lieu du Christ, il s'était agi d'un Sargon ou d'un pharaon quelconque, personne n'eût rien trouvé à redire ».



Figure 7 : Visage de l'homme du linceul sur le « négatif » issu de la photographie de l'image. (wikipedia).

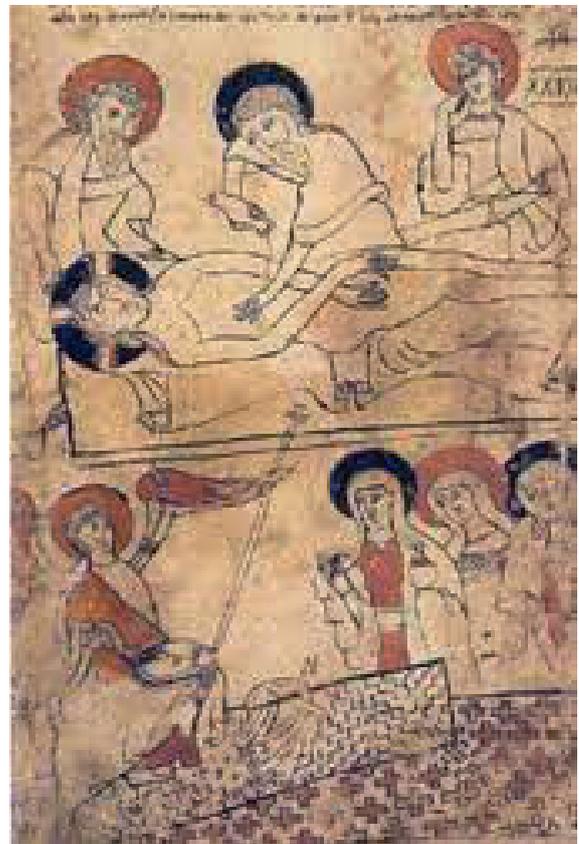


Figure 8 : codex de Pray (The Picture Art Collection/Alamy).

Polémique autour du test de datation au Carbone 14

La tentative de datation du linceul au moyen du test au Carbone 14 avait été acceptée par l'archevêque-custode Anastasio Ballestrero qui en annonça les résultats en proclamant le 13 octobre 1988 que « l'intervalle de datation du tissu du suaire, déterminé avec un taux de fiabilité de 95%, se situait entre 1260 et 1390 de notre ère ». Autrement dit, le linceul serait un tissu datant de l'époque médiévale. Le lendemain, ces résultats qui semblaient contredire l'authenticité du linceul, furent commentés de façon triomphaliste par les responsables scientifiques des trois laboratoires ayant participé à cette datation, situés à Oxford, Tucson et Zurich.

Cependant, très vite des questions se posèrent quant à la fiabilité de cette « recherche ». En plus du climat anti-religieux entourant cette expérience, on s'aperçut que les clauses du protocole (indépendance des trois centres, respect du double insu, etc.) n'avaient pas été totalement respectées. Les scientifiques des trois laboratoires s'étaient concertés et avaient éliminé certaines dates qui ne leur convenaient pas... En outre, l'article publié le 16 février 1989, plus de sept mois après la fin des analyses, sous forme de quatre petites pages de la revue *Nature*, laisse sur sa faim : ne sont rapportées que des moyennes, aucun chiffre brut, et une discordance inattendue entre les résultats des trois laboratoires suggérant qu'il n'y avait que 5% de chances que ces laboratoires aient analysé le même tissu ! Après avoir obtenu les chiffres bruts en 2017, on put estimer que la dispersion était encore plus grande et qu'il n'y avait plus que 1% de chances que les trois laboratoires aient analysé le même tissu. En 2005, un chercheur américain, Raymond Rogers, constata que les prélèvements avaient pu être réalisés dans une zone de ravaudage expliquant que des fils de tissu dont des fibres de coton auraient été insérés au moyen-âge. En 2013, quatre chercheurs purent affirmer que les échantillons analysés n'étaient pas représentatifs de l'ensemble du tissu, ce qui amena le cardinal Ballestrero à conclure : « oubliez le carbone 14, j'ai été trompé. »

Une hypothèse audacieuse concernant un « rajeunissement » factice du tissu a été proposée par le Père J-B Rinaudo qui est docteur en biophysique à la faculté de médecine de l'université de Montpellier. Il suggère que l'origine de l'empreinte s'expliquerait par un rayonnement produit par l'éclatement de particules de deutérium issues du corps et leur transformation en protons et neutrons. Le bombardement par des protons provoque une oxydation acide déshydratante à la surface des fibres tandis que le bombardement par des neutrons apporte du C14 sur la cellulose, ce qui aurait pour conséquence de rajeunir le tissu, et donc de fausser le test au Carbone 14. Bien entendu, la nature de ce rayonnement reste à ce jour inconnue.

Une nouvelle technique de datation

En avril 2022, une équipe italienne menée par le Pr Liberato De Caro à l'institut de cristallographie de Bari a publié les résultats d'un nouveau test de datation du linceul, utilisant une méthode de datation aux rayons X appelée « Wide Angle X-Ray Scattering (WAXS) ». Cette méthode consiste à mesurer

le vieillissement de la cellulose du lin au moyen de rayons X et à le convertir en temps écoulé, tenant compte des conditions de conservation, en comparant le tissu du linceul à d'autres échantillons de lin datés entre -3000 avant J-C et +2000 après. Ces chercheurs arrivèrent à la conclusion que le tissu du linceul datait bien du premier siècle de notre ère, qu'il était de structure très proche de celle d'un échantillon témoin d'une pièce de lin trouvée dans les ruines de la citadelle de Massada détruite par l'armée romaine de Titus en 73 de notre ère.

L'avantage de cette nouvelle technique est son caractère peu « invasif » : l'analyse est faite directement au niveau des fibres de cellulose, ce qui permet d'éliminer les contaminations intervenues avec le temps. L'échantillon peut être de petite taille (0,5X 1mm) et on peut fixer des conditions de température et d'humidité qui correspondent assez bien à ce qu'on sait du périple historique du linceul. On peut donc espérer que d'autres chercheurs tenteront de reproduire cette expérience et de confirmer les résultats de cette nouvelle technique de datation.

En conclusion de ces quelques 500.000 heures d'études scientifiques qui font du linceul de Turin l'objet archéologique le plus étudié au monde, nous pouvons considérer que cette étoffe de lin qui date vraisemblablement du premier siècle de notre ère, a servi à ensevelir un homme crucifié avec tous les stigmates de la Passion du Christ tels que décrits dans les évangiles, qu'il ne s'agit en aucun cas d'une peinture datant de l'époque médiévale, que l'image du corps s'est imprimée après l'imprégnation par les caillots de sang, qu'on ne connaît pas le procédé par lequel s'est imprimée cette image.

Arguments en faveur de l'authenticité du linceul de Turin

Aujourd'hui encore, la controverse persiste entre les tenants et les opposants de la thèse de l'authenticité du linceul. Il faut d'emblée souligner le fait que reconnaître l'authenticité n'est pas synonyme de l'accepter comme preuve de la résurrection du Christ. Croire en la résurrection est en effet une question de foi, tandis que la question de l'authenticité fait appel à des arguments d'ordre scientifique.

Une bonne vingtaine de détails inconnus au Moyen-âge, inimaginables à cette époque, plaident pour l'authenticité et permettent d'exclure l'hypothèse d'un « faux » fabriqué de main d'homme :

1. L'image du linceul est assimilable à un négatif photographique. Il est impensable qu'un artiste de l'époque médiévale ait conçu d'utiliser une technique qui ne serait inventée que quatre siècles plus tard ! Et pourquoi s'évertuer à réaliser une œuvre en négatif à peine visible, alors qu'elle aurait pu être réalisée directement en « positif » (comme tous les faux suaires connus, réalisés au moyen-âge) ?
2. Avec la dégradation des teintes, sans contours nets, sans ombre projetée, sans effet latéral, l'image a des caractères de tridimensionnalité qui expliquent l'impression de relief, ce qui ne serait pas concevable pour un faussaire de l'époque médiévale.

3. Certains détails contredisent les idées courantes qui auraient inspiré un faussaire voulant plaire à son public : la nudité complète du corps, inconcevable comme prouvé par les représentations des ostensions du 16^e siècle où l'on a habillé l'empreinte, la couronne d'épines non pas circulaire mais en bonnet, les clous dans les poignets et non dans les paumes, position en forme de « S » sur la croix, avec l'épaule droite plus basse que la gauche, contrairement à toutes les représentations picturales de la crucifixion.
4. L'empreinte expose des caractéristiques précises, hors de portée des connaissances d'un faussaire du Moyen-âge : tuméfaction de la face suite aux sévices du procès, marques des coups administrés par le *flagrum* (instrument inconnu au Moyen-âge) avec disposition en double éventail, marques sur le dos et l'épaule du port du *patibulum* alors que les modalités du crucifiement étaient méconnues à cette époque, absence de signe d'écrasement des masses musculaires notamment les fessiers comme si le corps était en apesanteur entre les deux feuillets du drap, absence d'empreinte sous les traces de sang rendant impossible la réalisation d'un faux.
5. La nature du tissu permet d'écarter l'hypothèse d'un faux : tissu de grand prix, très fin, avec tissage en chevrons, en lin pur, avec quelques fibres de coton (matière inconnue en Occident au Moyen-âge) sans trace de laine. Un faussaire aurait sans doute utilisé un tissu plus grossier, de moindre prix...
6. L'analyse de l'image a révélé des détails non perceptibles à l'œil nu, donc inimaginables pour un faussaire : présence à la plante des pieds, sur les genoux et sur le nez de poussière d'aragonite, sorte de carbonate de calcium qu'on a retrouvé dans des tombes de la Jérusalem antique ; inscriptions visibles le long du visage « *in necem ibis* » (à la mort tu iras), probablement écrites par l'huissier romain lors de la fermeture du tombeau ; trace d'une pièce de monnaie placée sur l'œil droit, correspondant à un lepton frappé entre l'an 29 et 31, sous Ponce-pilate. Ont également été identifiés des pollens et des plantes qui ne poussent qu'au printemps dans la région entre Hébron et Jérusalem, et même une fleur du Proche-Orient disparue depuis le 8^e siècle.

Tout converge donc vers la thèse de l'authenticité. Pour l'historien Jean-Christian Petitfils, c'est une certitude absolue : il s'agit bien du linceul de Jésus. Les taches de sang se recoupent parfaitement avec celles présentes sur deux autres reliques, le suaire d'Oviedo en Espagne et la tunique d'Argenteuil en France. Les positions coïncident et toutes ces taches sont du même groupe sanguin AB.

Signification du linceul pour la foi chrétienne

La démonstration de l'authenticité du linceul n'est pas une preuve de la réalité de la Résurrection qui reste du domaine de la foi. Ce qui frappe nos contemporains, c'est la **singularité** de cet objet qui est unique au monde et que personne ne pourra jamais reproduire. Si l'image provient de causes naturelles, on ne comprend pas pourquoi il n'y en aurait pas d'autres. Mais si elle a été produite par la Résurrection du Christ, événement absolument singulier, alors on comprend que cet objet singulier pourrait logiquement lui correspondre...

Il est vrai que le linceul présente l'image d'un homme mort, sans la moindre trace de vie, au visage empreint de sérénité. On ne comprend pas comment le cadavre a pu se détacher du tissu sans qu'il y ait eu arrachement des filaments de la fibrine de sang des caillots dont les contours sont intacts. En outre, le caractère isotrope et tridimensionnel, avec projection orthogonale de l'image donne à penser que celle-ci s'est formée suite à un rayonnement de nature inconnue (rayonnement de la Résurrection ?) sur un corps maintenu suspendu en apesanteur entre les deux feuillets du drap.

Ce ne sont là que des supputations, en aucun cas une « preuve » de la réalité de la Résurrection. Tout ceci explique la position de l'Église Catholique qui reste très prudente, comme toujours, devant des phénomènes extraordinaires, avant que de les considérer comme étant de nature surnaturelle. Plusieurs papes ont cependant pris position, notamment Jean-Paul II qui avait en 1998 qualifié le linceul de Turin de « provocation à l'intelligence ». En tout cas, la contemplation de l'image du linceul de Turin amène le croyant à réfléchir sur la signification de la Passion du Christ et le mystère de la Résurrection.

RÉFÉRENCES

1. C Brohet. « Mort de Jésus du point de vue physiopathologique ». AMA Contacts, 124, mars 2023, p 194-199.
2. Dr J H Heller. « Report on the shroud of Turin ». Houghton Mifflin Company, Boston 1984, 225 pages.
3. J-C Petitfils. « Jésus ». Editions Fayard, Paris, octobre 2011, 668 pages.
4. J-C Petitfils. « Le saint Suaire de Turin, témoin de la Passion de Jésus-Christ ». Editions Tallandier, Paris, août 2022, 462 pages.
5. F Giraud, T Castex, Y-M Giraud. « Etudes et révélations sur le linceul ». Editions Rassemblement à son image, Plouisy, décembre 2017, 349 pages.
6. P Barbet. « La Passion de Jésus-Christ selon le chirurgien ». 11^e édition, Editions paulines, Mediaspaul, Paris, 1986, 264 pages.
7. J Dartigues. « Le linceul de Turin, énigme de la science ou mystère de la foi ? » Editeur les acteurs du savoir, octobre 2018, 308 pages.
8. L De Caro, T Sibillano, R Lassandro et al. « X-ray dating of a linen sample from the Shroud of Turin ». Heritage 2022, vol 5, p 860-870.
9. www.lincenturin.net.
10. « Le linceul de Turin ne peut venir que de la résurrection du Christ ». Vidéo de 46' (YouTube).

Médecine et guerres

Jean-Claude Debongnie

La guerre est une incarnation du mal, le « péché originel » (M Serres), le sacrifice de vies souvent jeunes. Outre les vies perdues, il faut sauver et remettre sur pied les malades et les blessés, plus nombreux. C'est le rôle des soins de santé, de la médecine. La guerre est presque un hôpital à ciel ouvert, donnant accès à un grand nombre de maux similaires, occasion potentielle de progrès médicaux. Ce survol rapide et partiel des rapports entre guerres et médecine nous aidera à le préciser, à le vérifier.

La médecine militaire semble être née à la période romaine. L'empire romain s'étendra progressivement de l'Atlantique à la mer Noire, ce qui fera appeler la Méditerranée « Mare Nostrum ». Auguste et ses successeurs vont créer un corps médical militaire (*milites medici*) et des institutions hospitalières (*valetudinaria*) pour soigner les légionnaires aux confins de l'empire en raison de l'absence de moyens de transport entre ses frontières et son centre, Rome. Pour des raisons d'hygiène et de prévention, ces ancêtres des hôpitaux, pouvant accueillir plus d'une centaine de patients, étaient localisés dans des lieux sains, plutôt en hauteur, à l'écart des marécages. Les patients, bien nourris, n'étaient pas entassés, parfois même isolés. L'aération, l'éloignement des latrines par rapport à l'eau potable témoignent d'un souci d'hygiène bien utile car les maladies infectieuses aiguës, les fièvres dont la malaria étaient plus fréquentes que les traumatismes de guerre. La petite chirurgie était pratiquée à l'aide d'instruments en bronze ou en argent (scalpels, pinces, aiguilles) stérilisés au vinaigre ou à l'eau bouillante. Les remèdes étaient à base d'infusions de plantes, parfois présentes dans un jardin proche des *valetudinaria*. Dioscoride, médecin militaire d'origine grecque, a rassemblé la description de plus de 800 substances médicamenteuses d'origine surtout végétale dans un livre : « Traité de matière médicale » qui traversera les siècles et sera utilisé jusqu'à la fin du Moyen Âge. Malheureusement, l'exemple du service de santé militaire romain sera oublié pendant plus d'un millénaire.

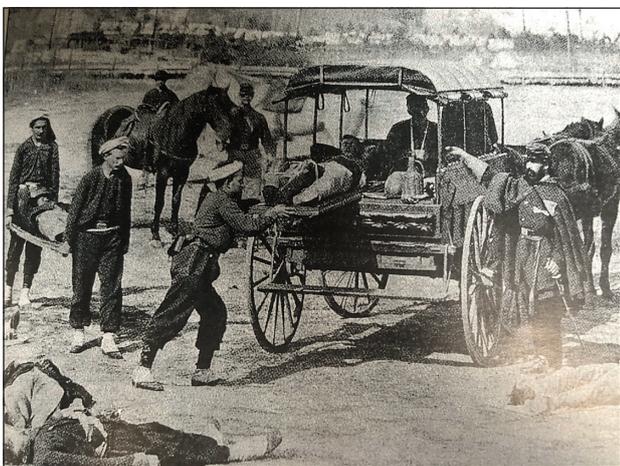
Au XVI^e siècle, succédant à la chevalerie avec ses notions de rang et d'honneur, apparaît (ou réapparaît) la notion d'armée avec les notions de professionnels, les soldats, d'exercices, de discipline. À Paré (1510-1590), médecin militaire, contemporain de Vésale et de Rabelais (lui aussi médecin), ayant appris le métier de chirurgien barbier dans sa famille donc sans formation académique, sera le chirurgien de quatre rois de France qu'il suivra au cours de vingt campagnes. À la guerre, il découvrira les dégâts des nouvelles armes à feu : pistolets, arquebuses, canons, apparues le siècle précédent. L'observation de nombreux cas simultanés permettra à son esprit curieux de comparer les différents traitements. Son

empirisme lui fera développer des attitudes nouvelles : la ligature artérielle et le garrot plutôt que la cautérisation au fer rouge, l'appareillage des fractures, le remplacement de l'huile bouillante par des onguents et pansements dans les amputations (opération la plus fréquente sur le champ de bataille). Il a donc transformé la chirurgie de guerre. Il a su intégrer les données anatomiques nouvelles de Vésale à sa pratique. Cet empiriste de génie est également le premier dont les nombreux ouvrages ont été écrits en français.

En 1585 fut fondée à Malines, à l'ombre de la cathédrale Saint Rombaut l'hôpital militaire royal espagnol de l'armée des Flandres. Il fallait accueillir les blessés de guerre, que les hôpitaux civils ne pouvaient absorber, avant leur transfert éventuel vers l'Espagne par bateau. Il fut probablement la plus ancienne institution du genre en Europe et la base d'un réseau de santé militaire, servant de centre de référence pour les hôpitaux de garnison, ceux de campagne qui se déplaçaient suivant les combats. Il grossit progressivement jusqu'à atteindre 700 lits. L'institution était un centre de soins complet pour l'époque, avec par exemple une pharmacie et une salle de convalescence, mais aussi un centre d'enseignement. Les médecins et chirurgiens faisaient la visite, le tour de salle deux fois par jour avec un greffier qui prenait note de leurs instructions. Les médecins étaient des « Docteurs en médecine », formés de façon très scolaire, scolastique, à l'université où Galien et Hippocrate étaient encore la base du savoir médical. Les chirurgiens, parfois bacheliers ou licenciés en chirurgie pratiquaient les saignées, les réductions de fracture, les amputations, les trépanations. En 1701, la décision de fermeture de l'hôpital fut prise pour des raisons stratégiques (proximité du front) et /ou financières (déjà !). Cela décapita un service sanitaire militaire efficace.

Napoléon, comme les empereurs romains, était soucieux d'avoir des troupes en bonne santé. L'hygiène était un souci : mesures contre la peste en Égypte où on brûlait les vêtements contaminés, prévention du scorbut, conseils contre la gale, combat contre les maladies vénériennes. En 1805, la vaccination contre la variole (injection de vaccine) est obligatoire pour les troupes. Et, surtout, un service de santé sera organisé pour les armées en guerre, comme à Rome. Ce sera l'œuvre de deux chirurgiens militaires Pierre François Percy et Dominique Larrey, parmi les premiers à recevoir la Légion d'Honneur. Napoléon disait de Larrey qu'il valait une division et qu'il était l'homme le plus vertueux qu'il ait connu. Leur grand apport fut le soin des blessés sur le champ de bataille et leur ramassage. Percy imagina le carquois médical (trousse d'urgence contenant garrot et instruments chirurgicaux) sur le dos du chirurgien présent à cheval auprès des blessés. Ensemble, ils imaginèrent le « bataillon d'ambulances » apportant les « infirmiers

de l'avant », les premiers brancardiers et permettant l'évacuation des blessés. Auparavant, les blessés non valides y étaient souvent abandonnés, parfois secourus les jours suivants par des civils. Champion de l'amputation qu'il réalisait en quelques minutes (certains disent moins d'une), Larrey prônait l'amputation précoce pour éviter infection et gangrène, la mortalité des amputations secondaires était doublée. A Waterloo, parmi les 185.000 combattants, 2000 des 35.000 blessés furent amputés. L'anesthésie ou plutôt la réduction de la douleur était obtenue à l'aide de teinture d'opium, de laudanum, d'alcool, de glace pilée ... ou de rien du tout. L'expertise de Larrey sera requise par Léopold 1^{er} qui lui demande un rapport sur le service de santé militaire belge, rapport qui sera très critique. Napoléon inaugure les guerres de masse et signe la fin des batailles. La Grande Armée a totalisé 2,5 millions de citoyens-soldats grâce à la conscription. Waterloo fut une des dernières batailles : combat en un lieu, en un jour. Après, on parlera de campagnes avec une extension spatiale et temporelle.



Entre les guerres napoléoniennes et celle de 14, deux guerres ont constitué la charnière : la guerre de Sécession et celle de Crimée, les deux premières guerres industrielles de par l'apparition d'acier bon marché, de par la production en série d'armes : le fusil à répétition au lieu du fusil à poudre, les balles coniques et non plus rondes à portée plus longue etc. La guerre de Sécession ou guerre civile américaine (1861-1865) a opposé le Nord des États-Unis, l'Union, abolitionnistes et le Sud, la Confédération, esclavagiste. Cette guerre, très meurtrière (600.000 morts) a profondément modifié la médecine américaine. Les maladies (typhoïde, érysipèle, gangrène) tuaient plus que les armes. Les blessés (ou les malades) étaient transportés par ambulance hippomobile, certaines équipées de salles d'opération rudimentaires, par train ou par bateau. Accueillis dans des postes avancés pour les premiers soins (contrôle d'hémorragie, par ex) ils étaient ensuite transférés dans des hôpitaux de campagne pour leur traitement chirurgical (comme l'amputation) et ensuite dans un hôpital général pavillonnaire pour leur revalidation. Les premiers soins étaient assurés par des volontaires bientôt remplacés par des sœurs catholiques ainsi que par des médecins et chirurgiens dont la guerre a transformé la formation. L'anesthésie a été largement utilisée à l'aide de chloroforme, l'éther étant trop inflammable. Parmi les progrès enregistrés, outre la formation des soignants : l'instauration du dossier médical – l'amélioration

de l'hygiène – le principe de la chirurgie immédiate – l'installation de pavillons hospitaliers.

À quelques années d'intervalle, deux civils vont permettre d'améliorer les soins aux militaires : Florence Nightingale à Scutari en 1853, Henry Dunant à Solférino en 1859. La guerre de Crimée (1853-1856) opposait l'empire ottoman, associé à la France et à l'Angleterre à la Russie qui voulait s'assurer les territoires donnant accès à la Méditerranée. Alertée par la presse – depuis peu, des correspondants de guerre en font la relation – du mauvais état des services de santé britanniques, Florence Nightingale, polyglotte, formée aux soins et à l'hygiène, rejoint Scutari, en Turquie, base arrière où les malades et les blessés sont transférés de Crimée, dans des bateaux sanitaires. Elle découvre l'horreur : rats, vermine, saleté repoussante, absence de soins élémentaires et de nutrition. Comme toujours, les maladies infectieuses (typhus, typhoïde, choléra, dysenterie) tuaient plus que le champ de bataille. Florence se battit sur deux fronts : hygiène et prévention d'une part, soins d'autre part. Le sol fut nettoyé, les draps furent changés, la nutrition assurée. Le soir à l'aide d'une lampe, elle faisait un « tour de salle », réconfortant les uns, réchauffant les autres. D'où l'image de la Dame à la Lampe, relayée par la presse, assurant son triomphe au retour. Son expérience sera synthétisée dans un rapport de mille pages dont les données chiffrées seront illustrées par des graphiques en crête de coq, sortes d'histogrammes circulaires dont elle est la créatrice. Ce rapport sera remis à la commission royale pour la santé de l'armée et servira de base à une révision majeure des soins aux soldats. Son expérience de soignante et d'organisatrice sera aussi synthétisée dans « Notes on Nursing », ouvrage de base de la première véritable école d'infirmières.

Henry Dunant, homme d'affaires genevois, engagé par ailleurs dans l'action sociale en Suisse, se retrouve le soir du 24 juin 1859, c'est-à-dire le soir de la bataille de Solférino où Napoléon III affronte l'Autriche, bataille entraînant 6000 morts et 40 000 blessés. Il cherchait à voir Napoléon pour ses affaires et a été confronté au résultat du carnage, le champ de bataille étant un véritable hôpital à ciel ouvert, les blessés abandonnés. Il aide les habitants du village voisin à héberger et soigner tous les blessés c'est-à-dire ceux des deux camps. Un an plus tard, il publie « Un souvenir de Solférino », grand succès. Il voulait défendre deux idées : l'établissement d'une société de secours volontaire aux soins des blessés en supplément des services de santé militaire et la tenue d'une réunion internationale pour l'adoption des principes des sociétés de secours. Elles se verront concrétiser à Genève en 1863. Ce sera la base de ce qui deviendra en 1876 le CICR, Comité International de la Croix-Rouge.

La guerre de 1914 trouva la France (la Belgique était neutre au départ), dans un état d'impréparation militaire (doctrine surannée de charges d'infanterie et de cavalerie, à la baïonnette et au sabre , avec des soldats vêtus de pantalons rouge garance face à des mitrailleuses et de l'industrie lourde) et d'impréparation médicale (trousses de pansements datant de 1870 , doctrines erronées comme le caractère « aseptique » des plaies par balles et donc le soin retardé de celles-ci après évacuation). Cette guerre a été qualifiée de guerre des chimistes : amélioration des explosifs, apparition des lance flammes et des gaz comme l'ypérite. Ce fut également la première guerre

(quasi) mondiale et avec un rôle majeur pour l'industrie : en 1914, l'industrie française produisait 1500 obus par jour, en 1916 200.000. L'obus, symbole de l'artillerie de plus en plus lourde est à l'origine de 80% des blessés et des morts, entraînant des blessures multiples et profondes, source d'infection (gangrène, tétanos etc.) dans deux tiers des cas et à l'origine de l'« obusite » (troubles psychologiques aigus). Le traitement des blessés va changer progressivement et radicalement. Les brancardiers, véritables soldats médicaux évacueront les blessés vers les premiers postes de secours qui réaliseront un nettoyage chirurgical précoce des plaies. Proches du front, des hôpitaux mobiles comprenant une salle d'opération où les patients seront endormis d'abord au chloroforme puis plus tard à l'éther et traités en série. Seront également présents les « petites Curie », salles de radiologie sur roues, imaginées par Marie Curie, permettant la localisation des balles ou éclats d'obus et le contrôle du traitement des fractures et des laboratoires de bactériologie permettant le contrôle des plaies avant leur suture (les antibiotiques n'existaient pas encore). En amont encore seront créés des spécialités et des hôpitaux spécialisés. En Allemagne où il faudra soigner 2,7 millions d'estropiés, l'orthopédie devient une spécialité. En France, les « gueules cassées » par les obus ou les lance-flammes entraînent des progrès dans la chirurgie réparatrice. En outre, les « blessures invisibles » sont mises en évidence, qualifiées de Shell Shock par Meyers dans un article du Lancet en 1915, d'« obusite » en français, d'« hystérie des lâches » par Babinski, traumatisme secondaire au stress lié à l'agression sensorielle permanente, surtout sonore. Dans la seconde guerre, les américains parleront de « combat fatigue » et ce n'est qu'en 1980 que l'affection sera classée comme maladie (DSM-MD3). Après la guerre d'Irak, elle touche 30% des combattants.

En Belgique, à la Panne, l'hôpital de l'Océan créé par le docteur Depage, est un centre multidisciplinaire inter-universitaire et, associant soins, recherche et enseignement. Il préfigure les CHU ultérieurs. C'est d'ailleurs là que la stérilisation chimique des plaies avec le liquide de Carrel-Dakin, mis au point par Carrel à son hôpital de Compiègne, sera validé avant d'être utilisé dans toutes les armées. Pour la première fois dans l'histoire des guerres, les maladies qui tuaient plus que les armes ne causent que 14% des pertes, signe des progrès que sont vaccins, sérothérapie et hygiène. Outre le vaccin antivaricelleux, obligatoire dans toutes les armées, après le vaccin anti typhoïde mis au point en 1913 et dont l'usage progressif réduira de plus de 90% les cas d'infection le tétanos sera évité grâce au sérum antitétanique. L'hygiène inclut la chasse au « totos » (les poux). La malaria, cause majeure de morbidité et de mortalité dans les Balkans sera combattue par l'assèchement des marais, l'usage de moustiquaires et la prise quotidienne supervisée de quinine qui n'est plus considérée comme un médicament mais comme une ration !

L'optimisme lié à ces victoires sur les maladies infectieuses sera refroidi par les trois vagues de la grippe de 1918, faussement qualifiée d'espagnole, probablement d'origine américaine. La première est la plus contagieuse, la deuxième tue plus les jeunes, et la fin de la troisième suivra de peu la fin de la guerre et sera qualifiée d'armistice épidémique. Cette grippe, véritable pandémie, tuera entre cinquante et cents millions de personnes soit plus que la guerre. Les virus ne sont pas encore identifiés.



Si la première guerre a été qualifiée de chimique, la seconde a été qualifiée de physique avec le radar et la bombe atomique. Le radar (*Radiation Détection And Ranging*) a sauvé l'Angleterre en 1940 en détectant les avions allemands attaquant les villes britanniques, facilité le passage des convois alliés dans l'Atlantique et permis de détruire de nombreux navires japonais dans le Pacifique. La bombe atomique a accéléré la fin de la guerre. Parmi les progrès médicaux, il faut signaler : la pénicilline, l'usage généralisée du plasma et des transfusions et l'expansion de l'anesthésie. Si la pénicilline a été découverte en 1928 par Fleming, sa production industrielle n'a été possible que pendant la guerre à l'instigation du gouvernement américain. Elle était présente dans les trousseaux de soins des GI lors du débarquement en 1944. Dans les unités médicales figurait un « transfusion officer » dirigeant l'usage du sang et du plasma, permettant une réanimation circulatoire. D'autres médecins s'occupaient de l'anesthésie avec de nouveaux appareils (doseurs d'éther par ex) et de nouvelles substances (protoxyde d'azote, cyclopropane, pentothal). Ce nouveau matériel, d'origine américaine, fut laissé en Europe et participa à l'expansion d'une nouvelle spécialité : l'anesthésiologie. Cette guerre a façonné la civilisation d'après-guerre, le complexe militaro-industriel : les immenses capacités de production fourniront appareils ménagers etc. pour une société de consommation.

La deuxième moitié du XX^e siècle a été émaillée de guerres : Indochine, Corée, Vietnam, guerre de Six Jours, Biafra, Liban, Iran Irak, Golfe, Afghanistan... et maintenant Ukraine, guerre mondialisée par ses dimensions alimentaires, énergétiques, économiques. Chacune a sans doute été l'occasion de progrès de médecine d'urgence. Ainsi, pendant la guerre menée par les Américains en Irak a été instaurée le « Damage Control Management » consistant à traiter d'abord l'hémorragie par son arrêt et par la transfusion, évitant l'acidose et les troubles de coagulation, amélioration franche de la survie des blessés graves. Ainsi, en Ukraine, des appareils d'échographie de poche (90 g) dont l'image apparaît sur smartphone et permet de déceler des collections internes (sang, liquides, gaz). Cette guerre mélange l'ancien et le nouveau : tranchées et artillerie, intelligence artificielle et drones, Verdun et la Silicon Valley.

Que conclure ? Dans l'histoire, les guerres ont été l'occasion de découvertes, d'améliorations, surtout dans l'organisation des soins. Avec N Fabiani, historien de la médecine, on peut dire : « Sur le front de la guerre, la médecine progresse »

CLUB DES ÉMÉRITES

Secteur des Sciences de la Santé de l'UCLouvain

Le **Club des Émérites** a été créé en janvier 2002 à l'initiative des professeurs Edgard Coche et Paul Malvaux, avec pour objectif principal d'aménager un espace de convivialité entre les émérites de la faculté de médecine.

Cela fait donc plus de 20 ans de rencontres, en général 3 à 4 fois par an, sous la forme d'un repas de printemps, d'une excursion durant la seconde quinzaine du mois de mai, d'une marche suivie d'un verre de l'amitié au mois de septembre et d'un banquet en automne.

Le CdE regroupe actuellement plus de 200 membres, jeunes et moins jeunes, fidèles depuis le début.

Une courte conférence par un des membres agrmente les réunions festives de printemps et d'automne.

A titre informatif, voici les destinations des excursions organisées au cours des cinq dernières années, hors contexte Covid.

2023 > Roubaix (visites du musée de la Piscine à Roubaix et de la villa Cavrois à Croix).

2022 > Ciney (promenade en bateau sur la Meuse et visite des Jardins d'Annevoie).

2019 > Anvers (visite du MAS Museum et de la « Red Star Line »).

2018 > Bastogne (visite du Musée en « Piconrue » et visite du « Bastogne War Museum »).

2017 > Bruges et Damme (exposition Hans Memling au Rijksmuseum, promenade en bateau sur le canal de Bruges à Damme et visite guidée de Damme).

Si vous êtes émérite, n'hésitez à rejoindre le Club, la cotisation est « démocratique » (20 euros pour 2023)

Le bureau actuel du Club des Émérites

Jean-Louis Scholtes, Christian Brohet, Michèle Detry-Morel, Yves Louagie, Jacques Longueville, Reinier-Jacques Opsomer, Jean-Jacques Rombouts, Anne Vandenbroucke-van der Wielen, François-Xavier Wese

Adresse de contact

Pr Michèle Detry-Morel  mimidetry@gmail.com

Hommage aux professeur·es émérites 2023

du Secteur des sciences de la santé de l'UCLouvain
des Cliniques universitaires Saint-Luc
du CHU UCL Namur

Dominique Blommaert	p. 466
Véronique Brogniez	p. 466
Philippe Collard	p. 467
Thierry Duprez	p. 467
Gébrine El Khoury	p. 468
Philippe Eloy	p. 468
Philippe Hantson	p. 469
Luc-Marie Jacquet	p. 469
Michel Jadoul	p. 470
Alex Kartheuser	p. 470
Philippe Pendeville	p. 471
Thierry Pieters	p. 471
Mark Rider	p. 472
Jean-Paul Thissen	p. 472
Françoise van de Wyngaert	p. 473
Marianne de Tourtchaninoff	p. 473

Hommage

Éditeur responsable

Frédéric Houssiau
Avenue Mounier 50/B1.50.04 1200 Bruxelles – Belgique
© UCLouvain novembre 2023

Coordination

Administration des relations extérieures et de la communication (AREC)
Promenade de l'Alma 31 bte B1.41.03
1200 Bruxelles

Graphisme

Isabelle Sion (www.mordicus.be)

Photo de couverture

@ UCLouvain/Cédric Puisney



> Dominique Blommaert

MEDE/IREC

Dominique Blommaert mène à bien ses études de médecine de 1976 à 1983 avant de pratiquer la médecine générale de 1983 à 1990. En parallèle, dès 1984, il est consultant scientifique pour une société de pacemaker basée à Dieren aux Pays-Bas. Cette fonction lui permet de participer à de nombreux développements techniques et scientifiques (premiers pacemakers basés sur un microprocesseur, premiers stimulateurs avec mode *rate response*, premiers pacemakers double chambre et premières évaluations des défibrillateurs automatiques).

En janvier 1990, il participe au concours de médecine interne et devient, la même année, assistant en cardiologie (médecine interne) où il travaillera dans le service des Prs Marchandise, Schroeder, Chenu et De Roy.

Après un *Fellowship* de 18 mois en rythmologie chez le Pr H. Wellens à Maastricht (1995-96) où il participe à de nombreux développements fondateurs de l'électrophysiologie actuelle et aux premiers essais de système de cartographie tridimensionnelle, Dominique Blommaert débute sa carrière au CHU UCL Namur (site de Godinne), en 1996, avec le Professeur De Roy.

Il contribue à introduire de nombreuses innovations au sein de l'Unité de rythmologie. Citons la première mise en place de stimulateur biventriculaire en Wallonie (2000), les premières procédures d'ablation de fibrillation auriculaire avec le

Professeur De Roy (2000), le premier défibrillateur sous cutané (S-ICD) mis en place en Belgique (2011), la création d'une structure pour le suivi par télécadiologie des porteurs de pacemakers, défibrillateurs et ILR (2003). Ce centre est pionnier en Belgique avec actuellement plus de 700 patients suivis. En 2003, Dominique Blommaert participe encore à la création d'un groupe de travail multidisciplinaire pour la gestion des pertes de connaissance, CIMIS, une structure toujours unique en Belgique. En 2022, c'est le début de la stimulation LBBAP (*Left bundle Branch Area pacing*) avec le Dr Kalscheuer.

Dominique Blommaert était également co-titulaire du cours de cardiologie à l'UNamur (2014) et du cours de sémiologie (2018).



> Véronique Brogniez

MEDE/IREC

En 1981, Véronique Brogniez obtient le diplôme de licenciée en Sciences dentaires. Elle fait une spécialisation en Prothèse dentaire au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc sous la direction du Pr J.F. Simon. Un mandat d'assistant spécialiste lui permet de développer, au sein des Cliniques, une activité novatrice de prothèse maxillo-faciale. Celle-ci est destinée à des patients dont le plan de traitement est rendu très complexe en raison des modifications importantes de la cavité orale suite à un traumatisme ou une tumeur maxillo-faciale.

En 1993, résidente puis chef de clinique adjoint, elle mène sa thèse de doctorat sous la direction du Pr H. Reyhler sur « Influence de la radiothérapie sur l'ostéo-intégration d'implants dentaires ». Elle réalise sa thèse en étroite collaboration avec les Prs C. Behets, B. Lengelé, V. Grégoire, W. D'Hoore et le Dr E. Munting.

La recherche consistait à placer des implants dentaires au niveau de l'os mandibulaire de chiens Beagles et à suivre l'intégration osseuse en fonction de différents traitements de radiothérapie. Ce projet était mis en parallèle avec le suivi de patients traités, irradiés et implantés au sein du département afin de leur proposer une réhabilitation correcte.

En 2001, Véronique Brogniez est nommée chargée de cours académique clinique et chef de clinique. Elle assure de nombreuses charges d'enseignement et académiques : secrétaire, puis présidente de jury de master 1 ; présidente de jury

du master en Sciences dentaires et secrétaire du jury de bachelier de 2015 à 2022.

À partir de 2015, elle assume avec la Pr G. Leloup, chef de département et vice-doyenne de la Faculté de médecine et médecine dentaire, l'organisation des stages et l'établissement d'un règlement disciplinaire de bonne pratique de prise en charge des patients, du respect du personnel et du lieu de stage.

En 2018, Véronique Brogniez est nommée professeure académique clinique. Malgré ses charges académiques et institutionnelles, elle a continué à soigner les patients en demande de réhabilitation complexe.





> **Philippe Collard**
MEDE/IREC

Philippe Collard entame ses études de médecine à Woluwe en 1976, année de l'inauguration des Cliniques universitaires Saint-Luc.

Durant ses stages, il est éveillé à la pneumologie par le Pr L. Delaunois au CHU UCL Namur (site de Godinne) dont il aura encore le privilège d'être l'assistant en 1987. Diplômé en 1983, il est sélectionné pour la réputée spécialisation en médecine interne coordonnée par le Pr E. Coche. Son intérêt pour la pneumologie est consolidé par son assistantat auprès des Drs J. Machiels et M. Mairesse.

En 1988, il part en formation post-graduée au *Brompton Hospital / National Heart and Lung Institute* à Londres dans le laboratoire du Pr A.B. Kay où il se perfectionne durant 1,5 an. Il rejoint le service de pneumologie des Cliniques Saint-Luc en 1990, accueilli par les Prs Ch. Francis et D. Rodenstein. Il y effectue toute sa carrière, notamment en supervisant l'unité d'hospitalisation durant plus de 20 ans.

Au-delà de son expertise reconnue en pneumologie polyvalente, il acquiert une compétence appréciée dans le cancer bronchique. Il animera longtemps le groupe d'oncologie thoracique, contribuant à son développement en supervisant, notamment, de nombreux protocoles de recherche clinique avec des traitements innovants.

Clinicien dans l'âme, spécialiste en pneumologie et en oncologie thoracique, il contribue à la formation professionnelle

de nombreuses générations de pneumologues. Ses collègues ont toujours apprécié sa grande disponibilité et la qualité de ses conseils. Parallèlement, il participe à l'enseignement de la pneumologie et de l'oncologie thoracique à la Faculté de Médecine dès le 1^{er} cycle.

Il a toujours gardé un intérêt particulier pour la tuberculose, ce qui lui a valu de servir le FARES durant plus de 25 ans comme vice-président aux côtés du Pr J.P. Van Vooren. Discret, il a apprécié la gratitude des malades et la reconnaissance témoignée par ses collègues qu'il a eu la chance de côtoyer durant ce parcours universitaire épanouissant. Il les remercie chaleureusement ainsi que Marie-Aline, son épouse, pour son soutien constant.



> **Thierry Duprez**
MEDE/IONS

Thierry Duprez obtient le diplôme de docteur en médecine à l'UCLouvain en 1985 (GD) puis entame une spécialisation en médecine interne (Hôpital de Jolimont, 1985-86). Il bifurque un an plus tard vers l'imagerie diagnostique, sorte de « retour aux sources » pour un ancien technicien en radiologie.

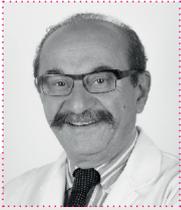
Ayant obtenu l'agrément de médecin spécialiste en radiodiagnostic en 1990, il commence une carrière de radiologue hospitalier avant d'être rapidement rappelé aux Cliniques universitaires Saint-Luc par le Pr B. Maldague, chef de Service de radiologie, préoccupé par le départ probablement imminent du responsable et initiateur de l'IRM (imagerie par résonance magnétique) aux Cliniques universitaires Saint-Luc. C'est dans ces circonstances qu'il découvre avec émerveillement une technique – l'IRM – et une discipline – la neuroradiologie – qu'il n'avait pu pratiquer durant ses années de formation.

Avec la complicité du Dr C. Grandin, à l'époque chercheuse en IRM cardio-vasculaire, il relève le défi de maintenir l'IRM neurologique au niveau acquis par son prédécesseur et d'aller au-delà. Grâce à une symbiose avec les équipes cliniques de neurologie, neurochirurgie, neuropédiatrie, ORL et ophtalmologie, le jeune binôme frais émoulu de « IRM neuro » décolle à l'aube naissante des années 90.

Il entretient ensuite durant plus de trois décennies une relation de synergie totale avec les cliniciens, orientée vers l'excel-

lence qualitative et quantitative de l'activité clinique d'abord, de l'activité scientifique ensuite. Cette complémentarité fluide et réciproque entre l'imageur attentif et le clinicien éclairé aboutit à la rédaction, comme auteur et co-auteur, de plus de 260 publications référencées sur PubMed. C'est le fruit d'un travail collaboratif, multidisciplinaire et passionné, plaçant le patient au centre de toutes les préoccupations et intégrant le devoir médical inhérent de connaissances et de science.





> Gébrine El Khoury

MEDE/IREC

Le professeur Gébrine El Khoury est né au Liban en 1958. Il quitte le pays au début de la guerre civile à l'âge de 18 ans. Il a alors tout juste terminé ses études secondaires au Collège des Pères Carmes à Tripoli.

Dès son arrivée en Belgique en 1977, il commence ses études de médecine à l'Université catholique de Louvain où il obtient, en 1984, son diplôme de médecine avec les félicitations du jury. Il est choisi comme premier candidat au concours de chirurgie générale. Après six années d'assistantat, il rejoint le département de chirurgie cardiovasculaire et thoracique des Cliniques universitaires Saint-Luc.

En 1995, il part à l'étranger grâce à une bourse de la Fondation Saint-Luc. Il apprendra les bases de la chirurgie de réparation valvulaire aortique et mitrale au *Toronto General Hospital* chez le Pr Tirone David mais également à l'Hôpital Broussais à Paris auprès d'une autre grande figure de la chirurgie cardiaque, le Pr Alain Carpentier. Cette année marque son parcours et, dès son retour, il démarre un programme de réparation de la valve aortique.

En 2004, il est nommé chef de service. La réparation valvulaire prend de l'ampleur conjointement à des avancées dans tous les autres secteurs qu'il perfectionne. Grâce à lui et à l'équipe qu'il bâtit autour de lui, il a pu transformer ce service en un centre d'excellence mondialement reconnu pour la chirurgie valvulaire.

Sa contribution sur le plan international est immense. Des centaines de présentations lors de réunions scientifiques, des centaines de publications dans des revues scientifiques prestigieuses, de nombreux congrès internationaux organisés dans son département avec des chirurgies retransmises en direct au cours desquelles des milliers de participants et de médecins visiteurs ont pu assister chaque année afin d'apprendre auprès d'un autre Géant de la chirurgie cardiaque.



> Philippe Eloy

MEDE/IREC

Né à Gosselies en 1957, Philippe Eloy est marié, père de quatre enfants et a sept petits-enfants. Il fait ses candidatures aux Facultés Notre-Dame de la paix à Namur et ses doctorats à la Faculté de médecine de l'UCLouvain à Woluwe.

Reçu premier aux concours d'accès à la spécialité ORL, il débute sa formation d'ORL en 1983. Il travaille au CHU UCL Namur (site de Godinne) et, pour 20%, aux Cliniques universitaires Saint-Luc.

Ses pôles d'expertise sont l'ORL général et surtout la rhinologie médicale et chirurgicale, encouragé et soutenu par le Pr Bernard Bertrand. Philippe Eloy est devenu expert et référent aux niveaux national et international en chirurgie endonasale, d'abord sous microscope binoculaire, ensuite sous guidage endoscopique chez l'enfant et l'adulte, assisté ou non d'un système d'optonavigation.

Il a développé la chirurgie des voies lacrymales tant chez l'enfant que chez l'adulte, devenant le référent pour ce type de pathologies aux Cliniques Saint-Luc et au CHU UCL Namur.

Il a enseigné les techniques de chirurgie endonasale tant en Belgique qu'à l'étranger. Citons le cours annuel de dissection des sinus organisé par le Pr Philippe Herman à l'Hôpital Lariboisière à Paris.

Le Pr Eloy est membre des sociétés belge, française et italienne d'ORL ainsi que de la Société européenne de Rhinologie et de

l'ABEFORCAL. Il a participé à de nombreux congrès à travers le monde et comptabilise pas moins de 1 300 communications. Il est l'auteur de nombreux articles parus dans les revues européennes et cités dans PUBMED mais aussi relecteur pour le BENT – journal officiel de la société belge d'ORL dont il est éditeur en chef avec le Pr Olivier Van der Veecken –, pour *Rhinology* (Société européenne de Rhinologie), pour *l'International Journal of Pediatric Otolaryngology*, *l'European archive of ORL* et pour le *Laryngoscope*.

Philippe Eloy est membre du Conseil de l'Ordre des médecins de la province de Namur, président de la Commission de mise en prévention. Il a été membre du Conseil médical et du groupe qualité au CHU UCL Namur. Il a été nommé sapsiteur pour l'INAMI dans le cadre d'expertises pour le FAM. Enfin, il a donné le cours d'ORL pendant de nombreuses années à l'École d'infirmières ISEI, aux dentistes et le cours à option d'ORL aux étudiants en médecine.





> **Philippe Hantson**

MEDE/IREC

Philippe Hantson est né à Bruxelles en 1958. Après des humanités gréco-latines au Collège Saint-Hubert de Boistfort, il commence ses études de médecine en 1976 sur le site de Woluwe avec les premières cohortes d'étudiants qui n'ont pas connu le site de Louvain (Leuven). Il s'oriente vers la médecine interne en 1983 et commence à s'intéresser aux soins intensifs à l'occasion d'un stage effectué à l'Hôpital Cantonal de Genève en 1987-1988.

À son retour, il poursuit dans cette voie en profitant de l'opportunité de la création toute récente de la compétence en soins intensifs. Il est accueilli dans le service des Prs Jean Tremouroux et Martin Goenen. Le Pr Paul Mahieu, alors responsable de l'Unité neuro-traumato-toxicologique, lui fait découvrir le domaine de la toxicologie clinique dans lequel le Pr Paul Mahieu jouit d'une très grande notoriété. Grâce au soutien et à l'enseignement de ce dernier, le Pr Hantson a la chance de pouvoir se perfectionner à la toxicologie au sein de l'Hôpital Fernand Widal à Paris, puis de revenir dans le Service des soins intensifs pour terminer une thèse de doctorat et seconder le Pr Mahieu.

Philippe Hantson reprend les charges d'enseignement et continue à s'intéresser aux collaborations nationales et internationales dans le domaine de la toxicologie en exerçant un certain nombre de responsabilités (vice-président de la Société de Toxicologie Clinique, président de l'*European Association*

of Poison Control Centres and Clinical Toxicologists). Il termine sa carrière comme chef de service des Soins intensifs et garde une activité d'expertise médico-judiciaire dans le domaine toxicologique.



> **Luc-Marie Jacquet**

MEDE/IONS

Luc-Marie Jacquet est né à Louvain en 1958. Après des études secondaires au Collège Saint-Michel à Bruxelles, il rejoint la Faculté de médecine de l'UCLouvain en 1976. En 1983, il obtient son diplôme de docteur en médecine avec la plus grande distinction et entame une spécialisation en médecine interne. Il termine par un passage aux soins intensifs qui lui permet de décrocher le titre professionnel particulier en Soins intensifs.

Grâce à une bourse de la Fondation Saint-Luc, il passe un an au *Presbyterian University Hospital* de Pittsburgh en Pennsylvanie, alors un des centres pionniers dans l'assistance cardiaque mécanique suite à un programme très actif en transplantation cardiaque.

De retour en Belgique, il rejoint le Service de soins intensifs au sein des unités chargées de la surveillance post-opératoire des patients cardiaques, thoraciques et vasculaires. En 1999, ses publications dans le domaine de l'hémodynamique mèneront à la défense d'une thèse doctorale sur l'évolution hémodynamique en post-opératoire.

En 2002, il est chef du projet « cap vert : filière cardiovasculaire » qui aboutit à la création du Département cardiovasculaire et du Service de pathologies cardiovasculaires intensives, regroupant les lits intensifs chirurgicaux et médicaux du département. Il devient chef de ce nouveau service de 2004 à 2019 avant d'en céder la responsabilité au Pr Olivier Van Caenegem.

Au décès inopiné de ce dernier en août 2021, il reprend cette fonction ad interim.

Dès 1989, il enseigne les soins intensifs à l'Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (ISEI) et participera à différents cours de la Faculté de médecine ainsi que de la Faculté de pharmacie. A partir de 2007, il est également co-titulaire du cours Organes artificiels à l'École polytechnique de Louvain (EPL).

Luc-Marie Jacquet est membre du bureau de 1999 à 2005 et président de la Société belge de Soins intensifs en 2004-2005. Il est aussi président de l'*European Workgroup of Cardiothoracic Intensivists* de 2014 à 2022.

Au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc, il assure la présidence du Comité du matériel médical de 2003 à 2023 et est membre du Conseil médical de 2013 à 2022.





> Michel Jadoul
MEDE/IREC

Michel Jadoul est l'heureux époux d'une médecin généraliste diplômée comme lui en 1983, et heureux père de trois enfants.

Il s'oriente vers la néphrologie après avoir suivi le cours de son mentor, le Pr Charles van Ypersele de Strihou. Clinicien dans l'âme, il développe une activité de recherche dont les premiers thèmes sont nés de sa pratique clinique de superviseur de l'hémodialyse aux Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL) : l'hépatite C, l'amylose à beta2-microglobuline, les chutes, les fractures, la mort subite.

Il s'intéresse aussi à la néphrotoxicité de nouveaux médicaments et à la prévalence et aux facteurs de risque de maladie rénale chronique au Sud-Kivu (RDC). Il participe au Comité de direction des Cliniques universitaires Saint-Luc (Cap vert 2002-2003) et est convaincu par le Pr Yves Pirson de lui succéder. Il est donc chef du Service de néphrologie des CUSL de 2003 à début 2023. Il est professeur ordinaire clinique à l'UCLouvain. Son camp de base, comme disent les alpinistes, se situe aux CUSL, même s'il coordonne le secteur uro-néphro en master de médecine pendant dix ans et est membre de la Commission de nomination/promotion du Secteur des sciences de la santé pendant dix ans (président pendant 5 ans).

Michel Jadoul est éditeur associé de *Nephrology Dialysis Transplantation*, le journal de l'*European Renal Association*. Il a reçu

la médaille internationale de la *National Kidney Foundation* (USA) en 2008. Il a été membre du conseil de l'*European Renal Association* (2013-2016). Il est *cochair* depuis 2019 de *Kidney Disease : Improving Global Outcomes* (KDIGO), la fondation qui publie les guidelines mondiales en néphrologie. Il compte bien rester actif en néphrologie, en traitant des patients et en poursuivant une recherche clinique, tout en consacrant davantage de temps à sa famille.



> Alex Kartheuser
MEDE/IREC

Alex Kartheuser obtient son diplôme de docteur en médecine à l'UCLouvain en 1982. Après sa formation en chirurgie dans le Service du Pr P.J. Kestens et un Internat au CHU de Rouen dans le Service du Pr J. Testart, il entreprend une spécialisation en chirurgie colorectale dans le Service du Pr R. Parc à l'Hôpital Saint-Antoine à Paris. Il se forme ensuite à la *Mayo Clinic* aux USA dans la *Colorectal Surgery Unit* du Pr R. Dozois. Là, il expérimente le concept de l'approche pluridisciplinaire et intermétiers qu'il intègre dans tous ses projets aux Cliniques universitaires Saint-Luc dès 1990 : création de la stomathérapie, de l'Unité de chirurgie colorectale en 2000 – dont il a été responsable jusqu'à aujourd'hui – et, en 1998, de la Clinique des pathologies tumorales du colon et du rectum (CPTCR) avec la création du premier poste, en Belgique, d'Infirmier coordinateur de soins en oncologie (CSO).

Au sein de son unité, toutes les techniques chirurgicales de pointe visant un plus grand respect de l'intégrité corporelle sont développées : préservation sphinctérienne maximale, anastomoses colo- et iléo-anales, laparoscopie, SILS, Buess et TAMIS, Fast-Track, pré-habilitation, CHIP, PIPAC, robot... Passionné par la polypose adénomateuse familiale, il obtient en 1994 un *Master of Science* (MSc) en génétique humaine à l'Université de Newcastle (UK) avec une thèse sur la recherche des mutations au niveau du gène APC. En 1997, il défend une thèse de doctorat sur le même sujet.

Professeur ordinaire clinique, il assure avec passion l'enseignement de la chirurgie du tube digestif ainsi que la coordination de l'enseignement du secteur digestif à la Faculté de médecine de l'UCLouvain.

Président-co-fondateur en 1993 du Registre national de la FAPA (*Familial Adenomatous Polyposis Association*), secrétaire général de la Société royale belge de chirurgie, il a été à l'initiative de la création de la *Belgian Section of Colorectal Surgery* (BSCRS) en 1998. Il est membre de l'*European Surgical Association* (ESA) et membre-co-fondateur de l'*European Society for Coloproctology* (ESCP).

Alex Kartheuser est membre titulaire de l'Académie Royale de Médecine de Belgique (ARMB), auteur ou co-auteur de 149 publications scientifiques et de 284 communications scientifiques. Il a été conférencier invité à 354 reprises. En 2022, il clôture sa carrière internationale avec la distinction de Membre d'honneur de l'Association Française de Chirurgie (AFC).





> Philippe Pendeville

MEDE/IREC

Diplômé docteur en médecine de l'UCLouvain, Philippe Pendeville entreprend une formation en anesthésie et réanimation dans le service du Pr Bernard Gribomont aux Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL).

Il rejoint ensuite le service d'anesthésiologie et plus spécifiquement le secteur neuro, tête et cou dont il est responsable durant de nombreuses années. Il y développe une expertise largement reconnue dans la gestion des voies aériennes difficiles, tant chez l'adulte que chez l'enfant, notamment dans la prise en charge de jeunes patients porteurs de dysmorphies maxillo-faciales. Il a été, à ce titre, membre du Centre Labio-Palatin.

En 1994, il représente le service dans un projet inter-universitaire inédit de formation aux situations de crise sur simulateur ce qui lui vaut d'être nommé maître de conférences dans les universités de Liège et de Paris V Descartes.

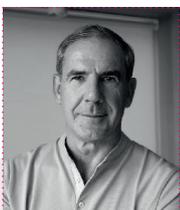
Philippe Pendeville participe activement à la formation théorique des futurs spécialistes mais également des étudiants du 2^e cycle à travers différents cours à option.

Nommé chef de clinique adjoint, il prend part à différents projets comme l'élaboration d'une entité propre pour le quartier opératoire ou la mise sur pied d'une première unité de chirurgie ambulatoire et l'implémentation de l'évaluation préopératoire, en collaboration avec le département de médecine interne. Au sein du service d'anesthésiologie, il est impliqué dans sa gestion et son organisation hospitalo-facultaire.

Fort de formations en management et gestion, il contribue, en 2003, à la gestion du quartier opératoire dont il prend la direction dès 2007 et siège huit ans au comité des chefs de départements (CODEP), participant à l'ensemble des plans stratégiques institutionnels. Il est membre, à deux reprises, du conseil médical des CUSL.

Nommé chargé de cours clinique (2007) et professeur clinique (2009), il a notamment participé à de nombreuses études sur les nouveaux agents bloquants de la jonction neuromusculaire et leur antagoniste.

Enfin, ouvert sur le monde et plus spécifiquement le sud, il a mené plusieurs missions à l'Université de Kinshasa afin de tenter d'y relancer une activité clinique universitaire. Il a également participé à de multiples missions humanitaires à travers le monde, principalement pour la prise en charge d'enfants porteurs de malformations labio-palatines.



> Thierry Pieters

MEDE/IONS

Élevé dans une famille de militaires, c'est assez naturellement que Thierry Pieters entame ses études de médecine via la Défense Nationale. Au terme des 7 ans et après une année de formation militaire, il débute une formation spécialisée de médecine interne puis de pneumologie au sein des hôpitaux universitaires de l'UCLouvain. À partir de 1989, il commence sa carrière à l'Hôpital Militaire Reine Astrid et a la chance, parallèlement, de pouvoir collaborer au Service de pneumologie des Prs Charles Francis puis Daniel Rodenstein comme consultant.

En 2006, il accède au statut de cadre permanent. Il se perfectionne dans les diverses techniques interventionnelles de la discipline que sont la thoracoscopie médicale, les désobstructions trachéo-bronchiques et les placements de prothèse. Il développe au sein des Cliniques l'échoendoscopie qui révolutionne le diagnostic et la stadification des cancers bronchiques, ainsi que la technique des cryobiopsies pulmonaires périphériques pour le diagnostic des pathologies infiltratives diffuses du poumon.

En 2013, jeune retraité de la Défense Nationale, il lui est demandé et a l'honneur de diriger le Service de pneumologie des Cliniques universitaires Saint-Luc, ce qu'il fera pendant dix ans. En 2014, il obtient la compétence en oncologie thoracique et devient maître de stage pour cette compétence. Il mettra sur les fonts baptismaux l'Association Francophone Belge d'Oncologie Thoracique (AFBOT) qui promeut l'étude et la propagation des connaissances scientifiques concernant les

cancers thoraciques auprès de tous les acteurs francophones, depuis le pneumo-oncologue et l'oncologue médical jusqu'au chirurgien thoracique, le radiothérapeute, l'anatomo-pathologiste sans oublier l'infirmier-e ressource. Il en assure la présidence de 2018 à 2023.

Il a eu la chance de vivre avec passion une période révolutionnaire en oncologie thoracique où l'avènement de l'immunothérapie et des thérapies ciblées a permis d'améliorer rapidement et significativement le pronostic vital des malades. Il a été heureux d'apporter son énergie au développement de l'approche multidisciplinaire des cancers thoraciques, gage d'une médecine de qualité.





> **Mark Rider**
FASB/DDUV

Mark Rider est né dans le West Yorkshire, au Royaume-Uni. Il obtient son diplôme de biochimie à la *Bristol University* en 1979. Il rejoint ensuite le *University College London* où il passe son doctorat sur le contrôle de la synthèse des triglycérides dans le tissu adipeux blanc sous la direction du Prof David Saggerson.

En 1983, il rejoint le groupe du Pr Louis Hue à Bruxelles et apporte la preuve de l'existence d'isoenzymes spécifiques aux tissus de l'enzyme de contrôle clé de la glycolyse, la 6-phosphofructo-2-kinase (PFK-2). Il montre ensuite que la PFK-2 du cœur était activée par l'insuline via une phosphorylation induite par la protéine kinase B (PKB) et que l'isoenzyme du cœur était également activée par la protéine kinase activée par l'AMP (AMPK) pendant l'ischémie, fournissant ainsi une nouvelle explication à l'effet Pasteur. Il continue à travailler sur le contrôle de la fonction cellulaire par l'AMPK et identifie plusieurs nouvelles cibles. Un aspect important de sa recherche est l'utilisation de la spectrométrie de masse pour l'identification des sites de phosphorylation et l'étude des changements différentiels dans l'expression des protéines.

Depuis plus de 20 ans, Mark Rider enseigne la biochimie aux étudiants de 1^{er} cycle en médecine, en médecine dentaire et en sciences biomédicales. En 2014, il commence à enseigner la chimie générale aux étudiants de 1^{re} année en pharmacie et en sciences biomédicales.

Il a été membre et président du 4^e jury de biochimie de la FRIA, rédacteur et vice-président du *Biochemical Journal*, et membre du comité de rédaction du *European Journal of Biochemistry* (FEBS Journal). Mark Rider a supervisé 12 doctorants et 9 chercheurs post-doctoraux. Il a régulièrement participé ou a été invité comme orateur à des réunions sur l'AMPK ainsi qu'à d'autres réunions internationales. Il a également participé à deux consortiums sur l'AMPK financés par la Commission européenne.



> **Jean-Paul Thissen**
MEDE/IREC

Jean-Paul Thissen obtient son diplôme de docteur en médecine de l'Université catholique de Louvain en 1983. Il se spécialise ensuite en médecine interne, plus particulièrement en endocrinologie et nutrition sous la direction du Pr André Lambert.

Dès la fin de sa formation clinique, il entame une carrière de recherche au FNRS et devient Chercheur qualifié. Pendant ces années, il séjourne trois ans dans le laboratoire d'endocrinologie des Prs Louis Underwood et David Clemmons à l'Université de Caroline du Nord, avec le soutien de la Fondation *Fogarty*. Ces années de recherche aboutissent à la défense d'une thèse d'agrégation consacrée à la régulation nutritionnelle de l'IGF-I.

Tout en continuant ses activités de recherche sur les facteurs de croissance, il développe progressivement une activité clinique, d'abord dans la prise en charge de l'obésité et de ses comorbidités puis dans la nutrition artificielle. Il quitte alors le FNRS pour embrasser la carrière académique et est nommé professeur ordinaire en 2007.

Il s'investit alors dans l'enseignement de la nutrition. Il met sur pied avec des collègues de l'ULB et de l'ULiège un Certificat inter-universités en Nutrition clinique qui en est à sa dixième édition. Il a toujours cherché à rapprocher l'Université et les Cliniques, convaincu que cette proximité pouvait favoriser non seulement l'épanouissement professionnel mais aussi le progrès des sciences médicales.

Il a participé à plusieurs études cliniques notamment sur le microbiote, la chirurgie bariatrique et la cachexie cancéreuse mais aussi à des études destinées à évaluer de nouvelles médications dans le traitement de l'obésité.

Jean-Paul Thissen est membre titulaire de l'Académie Royale de Médecine.

Ses temps libres lui permettent de s'adonner à ses hobbies que sont la randonnée, notamment en montagne, et la photographie. Il est marié, père de deux enfants et grand-père de deux petits-enfants auxquels il désire consacrer plus de temps après son éméritat.





> Françoise van de Wyngaert

MEDE/IONS

En 1976, alors que les Cliniques universitaires Saint-Luc sont inaugurées à Woluwe, Françoise van de Wyngaert s'inscrit à la Faculté de médecine, nourrissant depuis l'enfance une passion pour ce métier.

Au fil de ses études, un cours de neurophysiologie la séduit et la conduit à se spécialiser en neurologie, fascinée par le fonctionnement complexe du cerveau et les troubles qui l'affectent. En 1988, elle devient spécialiste en neuropsychiatrie, alliant les domaines de la neurologie et de la psychiatrie pour aborder les affections qui touchent l'esprit et le cerveau. Elle opte pour la neurologie lors de la scission des spécialités.

Après avoir travaillé en salle d'urgence, son intérêt pour la physique la conduit à se former en Allemagne et à développer la neurosonologie au sein des Cliniques. Grâce à ces techniques novatrices, elle collabore étroitement avec le Service de neurochirurgie, de cardiologie, chirurgie cardiovasculaire et les soins intensifs pour la clinique, la recherche et l'enseignement. Son expertise spécifique en médecine aéronautique la distingue également et Françoise van de Wyngaert continue à s'investir pleinement au sein de l'institution.

Son engagement va au-delà de la pratique médicale puisqu'elle est à l'origine d'une adaptation des statuts des médecins, défendant ardemment la place des femmes médecins dans les cliniques. Ceci lui vaut d'être élue par ses pairs au Conseil médical où elle poursuit son travail en faveur de la profession.

Malgré ses responsabilités professionnelles, elle trouve également l'équilibre en tant qu'épouse et mère de quatre enfants. Une famille aimante qui a toujours été sa source d'inspiration et son soutien inconditionnel. Aujourd'hui, elle est une grand-mère comblée, avec trois petites-filles qui illuminent sa vie. Avec un enthousiasme intact, elle reste une voyageuse intrépide, toujours prête à découvrir le monde et à nourrir son esprit curieux.

Elle espère, sans certitude, avoir ouvert une voie pour les femmes médecins dans l'institution et avoir contribué à l'amélioration de la prise en charge des patients neurologiques. Ceci, en montrant qu'il est possible de concilier carrière, famille et réalisations personnelles tout en ayant un impact positif sur la société.



> Marianne de Tourtchaninoff

MEDE/IONS

Européenne avant l'heure, petite-fille de migrants à la croisée de plusieurs mixités, Marianne de Tourtchaninoff se tourne très tôt vers les sciences par curiosité et vers la médecine par vocation.

Diplômée en médecine de l'ULB, c'est lors de son assistantat en neurologie qu'elle effectue un stage dans le service d'Explorations électrophysiologiques du système nerveux du Pr M. Meulders. Elle montre un vif intérêt pour ces techniques dont elle développe la pratique et la connaissance tout en conservant des liens avec l'UCLouvain. Au terme de son assistantat, elle démarre sa carrière aux Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL) au sein de ce même service. Son intérêt pour l'électrophysiologie l'amène à participer activement à plusieurs sociétés scientifiques et à collaborer avec de nombreuses disciplines au sein des CUSL : soins intensifs, pédiatrie, ORL, ophtalmologie, chirurgie.

En 2000, grâce à la confiance du Pr C. Laterre, elle reprend la consultation spécialisée des céphalées, ce qui lui permet de vivre la révolution thérapeutique de la migraine. Elle est alors très active au sein de la *Belgian Headache Society*.

En 2002, Marianne de Tourtchaninoff démarre, sous l'impulsion du Pr K. van Rijkevorsel, la grande aventure du Centre de référence pour l'épilepsie réfractaire. C'est dans ce contexte qu'elle effectue en 2002-2003, grâce à une bourse de la Fondation Saint-Luc, un séjour de trois mois au *King's College*

Hospital de Londres dans le service du Prof C. Binnie. Elle y apprend la lecture des EEG intracrâniens et l'approche pluridisciplinaire des patients candidats à la chirurgie de l'épilepsie. Elle reste active dans ces trois domaines jusqu'à la fin de sa carrière et participe de près ou de loin à de nombreuses publications. Elle est surtout fière et heureuse d'avoir partagé avec ses collègues et des générations de jeunes médecins les connaissances et les compétences acquises au fil du temps.

Tout en gardant tout son intérêt pour les soins de santé, elle assume aussi, en plus de son rôle de mère auprès de ses deux fils, celui de grand-mère auprès de sa petite-fille et de son petit-fils. Et elle espère enfin réaliser le rêve de s'occuper pleinement de son grand jardin.

