

100 années de médecine au CHU Brugmann : d'où venons-nous et où allons-nous ?

DANIEL DÉSIR¹ et OLIVIER VERMYLEN²

¹Ancien Directeur Général Médical, CHU Brugmann (2003-2015)

²Directeur Général Médical, CHU Brugmann (depuis 2022)

RÉSUMÉ

Daniel Désir a été le Directeur Général Médical du CHU Brugmann de 2003 à 2015. Olivier Vermylen est le Directeur Général Médical du CHU Brugmann depuis 2022. À l'occasion de cette édition spéciale de la Revue Médicale de Bruxelles, ils se penchent sur les 100 premières années de médecine au CHU et imaginent les prochaines !

Pourquoi a-t-il été décidé, il y a 100 ans, de construire un nouvel hôpital à Bruxelles ?

Le besoin d'édifier un nouvel hôpital public et universitaire à la périphérie Nord de l'agglomération bruxelloise est né avec le XX^e siècle. C'était plus précisément en 1906, peu après que les héritiers de feu Georges Brugmann aient marqué leur accord pour octroyer dans ce but le legs substantiel du défunt banquier et philanthrope à la Ville de Bruxelles.

À l'aube du nouveau siècle, les autorités de la Ville estimaient que les hôpitaux du centre-ville (Saint-Jean et Saint-Pierre) étaient fort délabrés et devaient être désaffectés. Il fallait offrir à la population bruxelloise, y compris aux plus démunis, une grande infrastructure de soins plus moderne, portée par une ambition à la hauteur de ce qui se faisait de mieux en Europe et en Amérique du Nord.

Les professeurs responsables de l'enseignement clinique à l'ULB réclamaient eux aussi l'édification d'un établissement neuf, mieux conçu, polyvalent, dédié aux soins, à l'enseignement et à la recherche. L'un d'entre eux, Antoine Depage, très remuant professeur de chirurgie bruxellois, mais aussi sénateur et conseiller communal, mena toutefois avec d'autres collègues une rude croisade, hostile à ce projet, essentiellement parce qu'il éloignait l'hôpital universitaire de la Ville (de 9 km !) pour le placer « dans un désert » sur le plateau dit de Jette. Il fallut trouver un compromis face aux esprits qui s'échauffaient de toutes parts : on édifierait un hôpital à Laeken, mais on reconstruirait Saint-Pierre au pied du Palais de Justice.

Les professeurs de l'ULB n'étaient pas les seuls opposants au projet : le conseil communal de Jette (à majorité catholique) refusait que les égouts desservant le futur hôpital se déversent sur son territoire. Il fallut l'intervention musclée du Gouverneur du Brabant et une modification des frontières municipales (tout le campus

étant octroyé à la section de Laeken de la Ville de Bruxelles) pour que cesse cette petite guerre de tranchées au parfum idéologique entre communes voisines.

Il restera des traces de cet affrontement confessionnel dans le nom des rues qui bordent le campus : entre 1915 et 1935, les Jettois ont convoqué le prestige de professeurs de médecine catholiques issus de l'UCL (Arthur Van Gehuchten pour la neuro anatomie et Ernest Masoin pour la physiologie et la santé mentale), auxquels riposteront les Bruxellois laïques avec les professeurs de médecine francs-maçons issus de l'ULB (Jean-Joseph Crocq pour l'anatomo-pathologie, Guillaume Rommelaere pour l'anatomie et la clinique médicale, et Léon Stiénon pour la médecine interne).

Victor Horta, architecte en charge du projet, visita un grand nombre d'institutions de soins de construction alors récente en France, en Allemagne, en Autriche, en Suisse, au Royaume Uni et aux États-Unis. De ces visites comme de ses recherches personnelles, il retint avec conviction le concept d'hôpital pavillonnaire, par foi en l'hygiénisme, c'est-à-dire pour privilégier la lutte contre les infections nosocomiales, la bonne ventilation des bâtiments, et le contact des patients et du personnel avec une végétation soigneusement sélectionnée.

Alors que le projet était rabeté de moitié (passant de 1.200 à 650 lits) et progressait lentement, la Première Guerre mondiale a éclaté et interrompu un chantier inachevé. Antoine Depage, appelé au front pendant la bataille de l'Yser, mena avec talent et autorité l'organisation et la modernisation technique de la chirurgie de guerre, notamment en imposant ses idées novatrices à la hiérarchie militaire au sein de l'Hôpital de l'Océan à La Panne, qu'il dirigeait.

Au retour de la guerre, piétinant allègrement ses propres indignations antérieures, le même Antoine Depage insista pour devenir le premier chef de service de chirurgie

de l'Hôpital Brugmann, enfin inauguré en 1923 : la gestation de l'établissement avait été laborieuse (17 années) et son accouchement dystocique à travers le long conflit armé, les querelles de clocher et la pénurie de moyens financiers !

À côté des soins et de l'enseignement, l'engagement de l'hôpital dans la recherche médicale s'est affirmé très tôt : la Reine Elisabeth (de Belgique) avait réalisé des prouesses philanthropiques en collectant des fonds très importants pendant la guerre 1914-1918. Ces contributions devaient notamment venir en aide à la population belge, soumise aux sévères restrictions alimentaires imposées par l'occupant. Après la guerre, une partie de ces fonds restait disponible : ils ont été investis sur le campus Brugmann pour créer la Fondation Médicale Reine Elisabeth, entièrement consacrée à la recherche. Cet ensemble de laboratoires, dédié à la médecine expérimentale et à la biologie clinique, a formé longtemps le socle d'une sorte de seconde Faculté de Médecine au sein de l'ULB (alors que la Faculté de Médecine « downtown » se trouvait fort à l'étroit dans ses locaux du Parc Léopold).

Quels sont les points forts du CHU Brugmann ?

Depuis sa création, le CHU Brugmann constitue un creuset pour l'enseignement clinique et la recherche médicale dans les deux universités (ULB et VUB) auxquelles il est associé. Le nom de médecins illustres, créatifs et novateurs est attaché de longue date à l'hôpital :

- Antoine Depage a été l'un des pères de la chirurgie moderne, en temps de paix comme en temps de guerre, et le fondateur du premier centre des tumeurs de l'ULB ;
- Albert Hustin a révolutionné la transfusion sanguine ;
- Elève de Paul Govaerts, Pierre-Paul Lambert a défriché la physiopathologie rénale et préparé l'ère de l'hémodialyse et de la transplantation du rein ;
- Willy Gepts a été le premier à apporter la preuve histologique de l'étiologie auto-immune du diabète sucré de type 1 ;
- Jean- Pierre Naets a contribué à élucider le rôle de l'érythropoïétine (EPO) ;
- Et Georges Primo a été le pionnier des greffes cardiaques en Belgique.

Plus récemment, le CHU Brugmann a perpétué sa tradition d'excellence dans de multiples domaines de référence, qui lui assurent un rayonnement bien au-delà de son bassin habituel de recrutement. Citons la prise en charge des assuétudes, le dépistage actif de l'ostéoporose, l'étude des substituts à la transfusion sanguine, l'immuno-allergologie, la rétinologie, l'électrophysiologie cardiaque, le diagnostic anténatal.

Le CHU Brugmann a aujourd'hui la vocation de renforcer l'excellence de son approche des affections médicales et chirurgicales les plus courantes : les grossesses à haut risque, les urgences, la traumatologie osseuse, la chirurgie orthopédique courante, le traitement des

affections coronaires, l'insuffisance rénale chronique, les maladies digestives communes, la prise en charge des affections mentales aiguës et des troubles du sommeil, la revalidation neurologique, motrice et cardiovasculaire, le diabète sucré, l'hypertension artérielle, les maladies thyroïdiennes, l'ostéoporose, les démences et les pertes d'autonomie liées au vieillissement. Cette liste est exemplative et bien entendu non exhaustive.

Ce choix signifie que l'hôpital est néanmoins ouvert à développer en outre quelques spécialités ou sous-spécialités plus pointues (ex. : la chirurgie fœtale, le traitement thrombolytique des AVC, le suivi des patients drépanocytaires, la prise en charge des allergies médicamenteuses et alimentaires sévères, etc.).

Un équilibre doit être trouvé avec les hôpitaux universitaires et de référence suprarégionaux, qui ont la charge de développer des programmes spécifiques pour la neurochirurgie intracrânienne, les greffes d'organes, les grands brûlés, le PET scan, la radiothérapie et pour le traitement des cancers rares (œsophage, pancréas). Cette répartition des rôles est bien sûr appelée à s'adapter aux besoins de la population, à l'évolution de la pathologie, aux progrès de la science, et aux contraintes budgétaires.

Quels sont les grands événements qui ont poussé le CHU Brugmann à se repenser et à faire évoluer ses pratiques ?

Le schéma resté pavillonnaire de l'hôpital voulu par Horta, si heureusement préservé depuis un siècle, n'a pas de vertu pour la seule prévention des contagions. Il a montré une évidente plasticité à travers les décennies pour changer la destinée propre de chacun des pavillons. Quasi aucun d'entre eux n'a conservé sa vocation initiale. Les modalités de l'hospitalisation elle-même ont été sans cesse modernisées, en passant de grandes salles communes de 30 lits, qui n'offraient guère d'intimité aux patients, à la généralisation progressive des chambres individuelles dans des bâtiments progressivement rénovés, et reliés par un réseau de tunnels en sous-sol établi entre 1974 et 1980.

La reconfiguration des bâtiments s'est poursuivie entre 1994 et 2003, dans le respect de l'esprit de Victor Horta et sous la houlette de l'architecte Philippe Samyn. Ce remodelage est d'ailleurs loin de s'achever, face à un « cahier des charges » lui aussi évolutif. Le 100^e anniversaire verra s'ouvrir le chantier de modernisation et d'agrandissement du service des Urgences. Cette porte d'entrée de l'hôpital est de plus en plus fréquentée par des « patients impatientes » : leur accueil et leur confort doivent être repensés pour séparer mieux la filière des bobos sans gravité de celle des urgences vitales.

Le changement le plus significatif est sans doute celui du statut des cliniciens. Avant la seconde guerre mondiale, les praticiens seniors avaient le plus souvent une pratique privée « en ville », hors des murs de l'hôpital. Le pédiatre parisien Robert

Debré manifesta avec force son opposition à cette dispersion des énergies, alors que les exigences de la pratique clinique, de l'enseignement et de la recherche médicale requéraient le passage au temps plein hospitalier (déjà en vigueur aux États-Unis). Ainsi naquit en 1958 la « réforme Debré » qui instituait les CHU en France et le statut des praticiens hospitalo-universitaires. S'inspirant largement de ce plan, l'Union Professionnelle des Médecins des Hôpitaux Universitaires de Bruxelles, dirigée avec poigne par le Professeur P.P. Lambert, s'accorda avec le Secrétaire Général du CPAS de Bruxelles (Édouard Badon), gestionnaire des hôpitaux publics, et avec l'ULB, pour instaurer un nouveau statut des médecins à la fois robuste et attrayant : selon le plan Badon (1963), il était dorénavant attendu des médecins qu'ils consacrent un temps plein à leur triple mission (soins, enseignement et recherche) avec une rémunération fixe et une retraite garantie, sous la double tutelle de la Ville de Bruxelles et de l'ULB.

L'autre évolution drastique que Brugmann a connue concerne le support même des observations médicales, à savoir le dossier du patient. Au milieu du XX^e siècle, chaque secteur spécialisé disposait de son propre outil sur papier, sans aucun lien avec les secteurs voisins. Pour minimiser l'énorme dépense de temps et d'énergie qu'induisait cette dispersion, on est passé transitoirement à l'étape des microfilms (un peu plus maniables), avant d'essayer laborieusement (et onéreusement) les plâtres de la numérisation. Aujourd'hui, les outils informatiques ont mûri en précision et en fiabilité, et permettent de consulter aisément le dossier intégral du patient, s'il y consent, dans et hors des murs de l'hôpital. Croisons toutefois les doigts pour que nos informaticiens apprennent à nous protéger efficacement contre les calamiteuses cyberattaques qui déstabilisent aujourd'hui nombre d'institutions.

Poussés par les progrès scientifiques et technologiques, les voyages d'étude et les congrès internationaux, les cliniciens n'ont eu de cesse, par ailleurs, d'adopter à Brugmann nombre de nouvelles disciplines et de nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques.

La radiothérapie a fait son apparition dès 1925, sous l'impulsion de l'inépuisable Antoine Depage, mais aussi grâce à l'arrivée à Bruxelles des premiers grammes de radium extraits au Katanga et alloués au CPAS de Bruxelles. Cette avancée a permis d'inaugurer à Brugmann le premier Centre des Tumeurs de l'ULB, ancêtre direct de l'Institut Bordet (inauguré en 1939).

Ont suivi un grand nombre d'avancées, parfois perçues par le public comme spectaculaires : la transfusion sanguine (mise au point en 1913, par Albert Hustin, futur chef de service de chirurgie), l'endoscopie digestive (1955), l'hémodialyse (1956), la chirurgie cardiaque à cœur ouvert (1962), la transplantation rénale (1967), la médecine nucléaire (1967), la transplantation cardiaque (1973), la dialyse péritonéale (1986), l'imagerie numérique moderne (1975-1990) combinant l'échographie, le scanner tomographe et la résonance

magnétique nucléaire, en réduisant opportunément l'exposition des patients et du personnel aux rayons X, et le stockage encombrant des clichés sur films argentiques.

D'autres extensions ont surgi sur le campus Horta pour couvrir les besoins de services ou d'établissements nouveaux : le Centre de Traumatologie et de Réadaptation (1950), le service des Urgences (1958), l'Institut de Psychiatrie (1980), l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (1986).

En matière de ressources humaines, l'hôpital a connu deux brassages successifs d'une ampleur peu banale. En 1955, le chef de service de médecine de Brugmann (Paul Bastenie) a décidé de postuler la charge équivalente, qui était vacante au CHU Saint-Pierre ... Le dauphin du chef partant à Saint-Pierre (Pierre-Paul Lambert), attendu comme successeur rue Haute, a dès lors préféré son transfert à Brugmann : tous deux ont donc « roqué » comme on dit aux échecs, accompagnés par leurs lieutenants et assistants respectifs.

Quelque 20 ans plus tard, les universités bruxelloises ont ouvert quasi simultanément (en 1976-1977) trois nouveaux hôpitaux académiques (Saint-Luc, Érasme, et l'UZ Brussel à Jette). L'appel d'air engendré pour y recruter les nouveaux cadres fut considérable dans les hôpitaux universitaires publics : à Brugmann, quelques « colonels » (Charles Toussaint, Georges Primo) et de nombreux « capitaines » (Robert Askenasi, Franz Burny, Elie Cogan, Michel Cremer, Alain De Wever, Alain D'Hollander, Robert-Jean Kahn, Paul Kinnaert, Jean-Louis Leclerc, Julien Mendlewicz, André Schoutens, Claude Schulman, Elisabeth Serruys, Julien Struyven, Jean-Louis Vanherweghem et Pierre Vereerstraeten) s'engagent à Érasme, y attirent leurs assistants et y gagnent rapidement de prestigieux galons. Le même mouvement s'observe aussi pour l'AZ VUB, dont l'essor est animé par le pathologiste brugmannien Willy Gepts. Seront en outre recrutés pour rejoindre « Jette » les docteurs René Kiekens, Louis Tielemans, Ben Van Camp et Dirk Verbeelen, tous promis eux aussi à occuper bientôt à l'UZ Brussel des postes de direction.

Rejoints par un autre contingent de cadres médicaux, issus du CHU Saint-Pierre et de l'Institut Bordet, les Brugmanniens émigrés à Anderlecht garderont toutefois pendant des décennies une sorte de marque « génétique » liée à leur origine, marque tout aussi évidente (ils se reconnaissent entre eux) que difficile à cerner (ils hésitaient à définir avec trop de précision les traits particuliers de leur identité).

Pourquoi le CHU Brugmann a fait l'acquisition des sites Brien et Astrid ?

L'hôpital public de Schaerbeek a connu bien des vicissitudes il y a une trentaine d'années. Le bâtiment qui devait l'accueillir a été vendu, gros œuvre fermé, aux Mutualités Chrétiennes, qui en ont fait leur siège national. La commune de Schaerbeek a souhaité se retirer de la gestion de l'hôpital Paul Brien, et en a confié entièrement le destin à la Ville de Bruxelles,

au sein d'une entité fusionnée avec le Brugmann historique (site Horta).

À Neder-Over-Heembeek, ce sont à la fois les missions et l'environnement de l'Hôpital Militaire Reine Astrid (inauguré en 1980) qui ont radicalement changé. L'armée belge est passée en quelques décennies de 120.000 à 25.000 soldats, dorénavant autorisés à s'adresser aux établissements civils pour leurs soins en temps de paix. Le constat posé en 2007 par le Ministre de la Défense était qu'un partenariat avec un hôpital public à proximité était devenu un choix cohérent (d'ailleurs pratiqué ailleurs au sein des pays de l'OTAN). L'objectif était de configurer un hôpital militaire aminci et recentré sur ses spécificités (le Centre des Grands Brûlés, le caisson hyperbare, l'accueil des militaires rentrant de missions outre-mer, et les expertises militaires particulières, par exemple la médecine du travail en appui aux unités opérationnelles ou combattantes). Par ailleurs, beaucoup de logements ont été construits à proximité de l'hôpital, et justifient pleinement la mise à disposition de services ambulatoires à la population qui s'y est installée. La structure de l'établissement permet en outre d'y localiser une centaine de lits brugmanniens de réhabilitation motrice et cardiorespiratoire, en occupant un étage entier, parfaitement aménagé et équipé pour cette médecine de convalescence qui nécessite des séjours plus longs.

Qu'est-ce qui attire la jeune génération de médecins au CHU Brugmann?

En un siècle, les équipes du CHU Brugmann ont publié près de 3.000 articles scientifiques pour diffuser et faire connaître leurs réalisations¹.

L'hôpital reste caractérisé par l'exercice d'une médecine à la fois intellectuellement sophistiquée et très engagée socialement vis-à-vis des patients à statut socio-économique précaire, voire arrivés en Belgique depuis peu. Mais comme l'affichait avec un certain humour Charles Heusquin, premier directeur de l'hôpital en 1923, sur une plaque métallique apposée à l'entrée du campus : « Ici, on accueille aussi les

malades payants ».

Dans son bassin de population de près de 600.000 habitants, les services cliniques offrent aux jeunes médecins un apprentissage au contact d'une pathologie dense et diversifiée, avec une supervision et un encadrement par des praticiens seniors aguerris et « engagés », soucieux d'efficacité, mais souvent allergiques au productivisme forcené rencontré ailleurs.

L'idéal de ces équipes reste de prodiguer des soins de pointe à tous, aux plus démunis comme aux mieux nantis, aux plus vulnérables comme aux mieux protégés. Cette ambition opiniâtre, lorsqu'elle est portée avec enthousiasme, est capable d'attirer les talents les plus originaux et les plus généreux dans les très nombreux métiers qui œuvrent en synergie dans l'hôpital.

Nos missions sociales, assumées avec fierté et constance, sont indissociables de celles liées au caractère universitaire de nos pratiques : produire, conserver et transmettre les connaissances, appliquer le questionnement, l'esprit critique, le doute raisonné et la concertation pluridisciplinaire, promouvoir dans un cadre méthodologique méticuleux les essais cliniques de nouvelles approches, de nouvelles molécules et de nouveaux dispositifs, privilégier le compagnonnage pour acquérir les aptitudes les plus efficaces et les comportements les mieux fondés, convaincre enfin inlassablement que la qualité des soins naît de la collaboration au sein d'équipes cohérentes et soudées, sans lesquelles les virtuoses les plus aguerris sont des manchots, et les équipements sophistiqués d'onéreuses quincalleries.

Et à Brugmann, lorsque des tensions ou des conflits surgissent, comme dans toute organisation humaine, un tour dans le parc et un contact avec la chlorophylle sont très utiles pour apaiser les esprits, réduire le stress et dissiper les litiges. Essayez : vous serez convaincus !

¹ Quelques-unes de ces innombrables contributions parmi les plus marquantes, très récentes ou parfois très anciennes, sont évoquées dans une bibliographie sommaire à la fin de cet article. Il s'agit d'un échantillon significatif de ces travaux, mais nullement d'un recensement systématique, objet potentiel d'un livre qui reste à écrire.

BIBLIOGRAPHIE

- Abramow M, Cogan E. *Clinical aspects and pathophysiology of diuretic-induced hyponatremia*. Adv Nephrol Necker Hosp. 1984. **13** : 1-28.
- Aubry F., Bastin C., Evrard J. *Horta ou la passion de l'architecture*. 223 pp., Bruxelles, Ludion, 2005.
- Bastienie PA, Tagnon RF. *Traitement de l'hyperthyroïdie par le thiouracil et par l'aminothiazol; premiers résultats*. Acta Clin Belg. 1946. Mar ; **1** (2) : 117-32.
- Bastienie PA, Gepts W, Tagnon R. *Myxoedème hypophysaire : rapport sur 14 cas dont 7 autopsiés*. Sem Hop. 1950. Sep 2. **26** (65) : 3157-63.
- Bastienie PA, Spehl P, Conard V, Verbist M, Franckson JR. *Antidiabetic effect of cortisone in certain cases of steroid diabetes*. Acta Med Scand. 1953. **145** (5) : 341-56.
- Benoît F, Segers K, Sergeant C, Robberecht J, Meyts JM, Karmali R, Surquin M. *Comment éviter la surmédicalisation du patient âgé ?* Rev Med Brux. 2018. **39** (4) : 394-8.
- Body JJ, Bergmann P, Boonen S, Devogelaer JP, Gielen E, Goemaere S, Kaufman JM, Rozenberg S, Reginster JY. *Extraskelétal benefits and risks of calcium, vitamin D and anti-osteoporosis medications*. Osteoporos Int. 2012 Feb.. **23** (Suppl 1) : S1-23.
- Borsi F., Portoghesi P. *Victor Horta* 411 pp., Bruxelles, Marc Vokaer, 1970.
- Burny F. *Méthodes d'évaluation de la consolidation des fractures*. Acta Chir Belg. 1970 Nov. **69** (8) : 658-81.
- Cannie MM, Cordier AG, De Laveaucoupet J, Franchi Abella S, Cagneaux M, Prodhomme O, Senat MV, Mokhtari M, Vlieghe V, Nowakowska D, Benachi A, Jani JC. *Liver-to-thoracic volume ratio : use at MR imaging to predict postnatal survival in fetuses with isolated congenital diaphragmatic hernia with or without prenatal tracheal occlusion*. Eur Radiol. 2013. May **23** (5) : 1299-1305.
- Casimir G. *L'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF) a vingt ans !* Rev Med Brux. 2006. **27** (N°:Sp) : 5-6.
- Cherifi S, Reynders M, Theunissen C. *Hospital preparedness and clinical description of the 2009 influenza A (H1N1) pandemic in a Belgian tertiary hospital*. J Hosp Infect. 2011. Feb; **77**(2) : 118-22.
- Coërs C., Desmedt J.E. *Mise en évidence d'une malformation caractéristique de la jonction neuromusculaire dans la myasthénie; corrélations histo- et physiopathologiques*. Acta Neurol Psychiatr Belg. 1959. May; **59** (5) : 539-61.
- Coërs C. *Médecins ou magiciens? Mythologie de l'art de guérir*. 247 pp., Paris, Arthaud, 1985.
- Conard V, Franckson JR, Bastenie PA, Kesten J, Kovacs L. *Etude critique du triangle d'hyperglycémie intraveineux chez l'homme normal et détermination d'un coefficient d'assimilation glucidique*. Arch Int Pharmacodyn Ther. 1953. Apr. **93** (3-4) : 277-92..
- Corazza F, Bergmann P, Dratwa M, Guns M, Fondu P. *Responsiveness to recombinant erythropoietin therapy in end-stage renal disease. An analysis of the predictive value of several biological measurements, including circulating erythroid progenitors*. Nephrol Dial Transplant. 1992; **7**(4) : 311-7.
- Corvilain J, Manderlier T, Brauman H, Fuss M. *Le dosage sanguin de la parathormone*. Bull Acad R Med Belg. 1972. **12** (5) : 303-22.
- Cremer M, Engelholm L, Gulbis A, et al. *La cholangiographie endoscopique dans le diagnostic des ictères obstructifs*. Acta Gastroenterol Belg. 1973. Dec. **36** (12) : 642-75.
- Danis R. *Le traitement opératoire des fractures* J Chir (Paris). 1948. **64**(3) : 105.
- Deltenre P, Colin C, Dachy B, Mansbach AL. *The role of evoked potentials (EPs) in the assessment of the human central auditory nervous system (CANS)*. Acta Otorhinolaryngol Belg. 2003. **57** (4) : 253-66.
- De Marneffe R. *La vie d'Antoine Depage (1862-1925)*. Rev Med Brux. 1985. Feb ; **6** (2) : 109-111, 1985.
- De Marneffe R. *Albert Hustin (1882-1967), pionnier de la transfusion sanguine*. Rev Med Brux. 1989. Mar ; **10** (3) : 107-10.
- De Mey A, Lacotte B, Malevez C, Mansbach AL, Lejour M. *Traitement des fentes labio-palatines : résultats à long terme*. Ann Chir Plast Esthet. 1992. Mar ; **37** (2) : 174-8.
- Depage A., Vandervelde P., Cheval V. *La construction des hôpitaux : Étude critique*. 455 pp., Bruxelles, Misch & Thron, 1909.
- Depage H. *La vie d'Antoine Depage*. 365 pp. Bruxelles, La Renaissance du Livre, 1956.
- Désir D. *Les 100 ans de l'Hôpital Brugmann*. Rev Med Brux. 2006. Sep-Oct. **27** (5) : S469-70.
- Désir D. (ed.), Czerwonogora A., Franckson M. et al. *Du côté de Brugmann : un hôpital dans son siècle*. 121 pp., Bruxelles, Ercée, 2006.
- Desneux JJ. *Valeur de l'endoscopie dans le diagnostic des hémorragies digestives aiguës*. Acta Chir Belg. 1955. **54** (5) : 522-5.
- Deuvaert FE, Viart P. *Pronostic des cardiopathies congénitales opérées*. Rev Med Brux. 1998. **19** (4) : A211-4.
- D'Hollander AA, Monteny E, Burny F, Donkerwolke M, Wagner J, Dubois-Primo J. *Variation de la Pao₂ au cours des arthroplasties cimentées de la hanche*. Acta Orthop Belg. 1975. Sep-Oct; **41**(5) : 546-53.
- Dratwa M. *La dialyse péritonéale continue ambulatoire : une nouvelle méthode de dialyse à domicile*. Rev Med Brux. 1988. Nov (Spec No) : 29-34.
- ElKenzH, Efira A, LePQ, Thiry C, Valsamis J, Azerad MA, Corazza F. *Transfusion support of autoimmune hemolytic anemia : how could the blood group genotyping help ?* Transl Res. 2014 Jan; **163**(1) : 36-42.
- Enderlé J., Struyven J., Primo G., Teerman M., Geens M., Bollen G., Leclercq J.L. *Notre expérience de la coronarographie et de la revascularisation chirurgicale du myocarde*. Brux Med. 1971. Sep; **51** (9) : 557-68.
- Gepts W. *Pathologic anatomy of the pancreas in juvenile diabetes mellitus*. Diabetes. 1965. Oct ; **14** (10) : 619-33.
- Govaerts J., Primo G., Veroff R., Delbrouck F., Welch W. *L'état actuel de la chirurgie cardiaque à l'hôpital Universitaire Brugmann* Acta Chir Belg. 1963. (suppl 2) : 7-16.
- Goyens P. *Éloge du Professeur Henri Vis (1928-2002)*. Bull Séanc Acad R Sci Outre-Mer 2003. **49** : 209-21.
- Gregoir W. *La physiologie de l'anse isolée dans les intestino-cystoplasties et les vessies de substitution*. Acta Urol Belg. 1955. Jul ; **23** (3) : 236-45.
- Horta V. *L'Hôpital Brugmann (1906-1923)* in : Mémoires (éditées par C. Dulière), pp. 192-206. Bruxelles, Ministère de la Communauté Française, 1985.
- Houssa P. *Réadaptation des travailleurs physiquement diminués*. Bull World Health Organ. 1955. **13** (4) : 619-33.
- Iconaru L, Charles A, Baleanu F, Surquin M, Benoît F, Mugisha A, Moreau M, Paesmans M, Karmali R, Rubinstein M, Rozenberg S, Body JJ, Bergmann P. *Prediction of an imminent fracture after an index fracture : models derived from the Frisbee cohort*. J Bone Miner Res. 2022. Jan ; **37** (1) : 59-67..
- Jani JC., Gil MM, Benachi A. et al. *Genomewide cfDNA testing of maternal blood*. Ultrasound Obstet Gynecol. 2020. Jan; **55** (1) : 13-14.

42. Jani JC, Nicolaidis KH. *Fetal surgery for severe congenital diaphragmatic hernia ?* Ultrasound Obstet Gynecol. 2012 Jan; **39** (1) : 7-9.
43. Kinnaert P, Vereerstraeten P, Toussaint C, Van Geertruyden J. *Nine years' experience with internal arteriovenous fistulas for haemodialysis: a study of some factors influencing the results.* Br J Surg. 1977 Apr; **64** (4) : 242-6.
44. Knecht S, Castro-Rodriguez J, Verbeet T, Damry N, Morissens M, Tran-Ngoc E, Peperstraete B, Tatnga V, Elkholti M, Decoodt P. *Multidetector 16-slice CT scan evaluation of cavotricuspid isthmus anatomy before radiofrequency ablation.* J Interv Card Electrophysiol. 2007 Nov; **20**(1-2) : 29-35.
45. Kornreich C, Blairy S, Philippot P, Hess U, Noël X, Streel E, Le Bon O, Dan B, Pelc I, Verbanck P. *Deficits in recognition of emotional facial expression are still present in alcoholics after mid- to long-term abstinence.* J Stud Alcohol. 2001. Jul; **62** (4) : 533-42.
46. Lambert PP, Toussaint C, Verbanck M, Kraytman M, Teleman M. *The treatment of anuria by the artificial kidney. Three years of experience.* Mem Acad R Med Belg. 1959. **4** : 51-132..
47. Lambert PP. *Considérations sur le traitement de l'insuffisance rénale aiguë par le rein artificiel.* Bull Acad R Med Belg. 1960. **25** : 1362-72.
48. Lambert PP, Verniory A, Du Bois R, Decoodt P, Gassée JP. *Mesure des gradients de pression intra et transcappillaires glomérulaires chez le chien. Etat actuel des recherches.* Bull Mem Acad R Med Belg. 1975. **130** (4-6) : 320-40.
49. Lejour M. *Reconstructive options after cancer surgery of the breast.* Eur J Surg Oncol. 1989. **15** (6) : 496-503.
50. Lelarge A. *Brugmann : hôpital pavillonnaire de Victor Horta.* in : Du monumental au fonctionnel : l'architecture des hôpitaux publics bruxellois (XIXe-XXe siècles). Ambitions et réalisations. pp.27-64, Bruxelles, CIVA, 2005.
51. Le Maire, J. *Démolition – reconstruction des hôpitaux du CPAS de Bruxelles au XX^e siècle* in : Du monumental au fonctionnel : l'architecture des hôpitaux publics bruxellois (XIXe-XXe siècles). Ambitions et réalisations. pp.117-144, Bruxelles, CIVA, 2005.
52. Louryan S., Kinnaert P. (Ed.) *Le pôle Santé de l'ULB : histoire de lieux, de personnages, de découvertes.* 376 pp., Bruxelles, Mémogrammes, 2009.
53. Mendlewicz J, Wilmotte J. *Génétiq ue et schizophrénie.* Brux Med. 1970. Apr ; **50** (4) : 287-94.
54. Michel O. *Intérêt du bilan allergologique dans le traitement de l'asthme et la rhinosinusite chronique.* Rev Med Brux. 2008 Sep; **29**(4):393-9.
55. Naets JP. *L'anémie rénale.* Rev Med Brux. 1981.Mar; **2** (3) : 265-75.
56. Neu D, Mairesse O, Verbanck P, Linkowski P, Le Bon O. *Non-REM sleep EEG power distribution in fatigue and sleepiness.* J Psychosom Res. 2014. Apr; **76** (4) : 286-91.
57. Orloff S. *Some new criteria for the evaluation of disease activity in rheumatoid arthritis.* Acta Rhumatol Belg. 1977 Jul-Dec; **1** (3-4) : 263-78.
58. Pelc I. *Les drogues en Belgique. Situation actuelle et perspectives.* Bull Mem Acad R Med Belg. 1989. **144** (11) : 580-7.
59. Pelc I, Verbanck P. *De l'usage dur de drogues douces.* Bull Mem Acad R Med Belg. 2006. **161** (7-9) : 450-7.
60. Pepersack T. *Recommandations pour une approche nutritionnelle en institution gériatrique.* Rev Med Brux. 2001. Sep ; **22** (4) : A320-9.
61. Peretz A, Nève J, Jeghers O, Pelen F. *Zinc distribution in blood components, inflammatory status, and clinical indexes of disease activity during zinc supplementation in inflammatory rheumatic diseases.* Am J Clin Nutr. 1993 May; **57**(5):690-4.
62. Potvliege R. *Les opacifiants biliaires et urinaires.* Brux Med. 1970. Nov ; **50** (11) : 1045-55.
63. Sivadon P. *Sociogénèse des troubles mentaux* Rev Hyg Med Soc. 1963 Sep; **11** : 447-54.
64. Toussaint C., Verbanck M., Brauman J., Vanderveiken F. *Rôle du rein artificiel dans le traitement de l'anurie.* Acta Clin Belg. 1956. May-Jun ; **11** (3) : 226-50.
65. Toussaint C, Van Geertruyden J, Vereerstraeten P, Kinnaert P, Heuse A, Buchin R, De Myttenaere M, Primo G, Gassée JP, Askenasi R, Desmul A, Kahn RJ, Geens M, Lambert PP. *L'hémodialyse itérative et la greffe rénale dans le traitement du mal de Bright à son stade ultime. A propos de 63 observations* Acta Clin Belg. 1968. **23** : 203-52.
66. Toussaint C, Verniory A, Naets JP, Corvilain J, Lambert PP. *L'homme anéphrique.* J Urol Nephrol (Paris). 1968. Dec ; **74** (12) : 933-49.
67. Vanderhaeghen JJ, Lotstra F, Goldman S, Van Reeth O, Verbanck P, Rossier J. *Colocalisations de peptides et de neurotransmetteurs classiques dans les neurones du système nerveux central* Bull Mem Acad R Med Belg. 1984. **139** (1) : 92-100.
68. Van der Linden P. *Transfusion strategy.* Eur J Anaesthesiol. 2001.Aug **18** (8) : 495-8.
69. Van Geertruyden J., Primo G., Buchin R., Kinnaert P., Vereerstraeten P., Toussaint C. *Transplantation rénale : choix du donneur et technique de prélèvement.* Acta Urol Belg. 1967. Jan; **35** (1) : 57-72.
70. Van Geertruyden J, Kinnaert P, Toussaint C, Vereerstraeten P. *La chirurgie dans l'insuffisance rénale chronique grave (hémodialyse et transplantation rénale).* Bull Mem Acad R Med Belg. 1979. Mar; **134** (3) : 167-87.
71. Van Synghel K, Pieters D, Dubois M. *Restructuring of Brugmann University Hospital, Brussels.* in : Samyn & Partners, architects and engineers, pp. 40-43, Ghent, Ludion, 2005
72. Verbanck M, Pelc I, Stoffels G, Verbanck-Taverne J. *Intégration des aspects somatique et psychiatrique de l'alcoolisme chronique.* Bull Mem Acad R Med Belg. 1976.. **131** (9-11) : 483-99.
73. Verbanck P, Kornreich C, Le Bon O, Pelc I. *Approche pharmacologique du traitement des problèmes de boisson.* Acta Psychiatr Belg. 1993..Mar-Apr ; **93** (2) : 73-82.
74. Verbanck P. *Assuétudes aux benzodiazépines et aux antidépresseurs.* Rev Med Brux. 2009. Sep ; **30** (4) : 372-5.
75. Verbanck P. *Effets à court et à long terme de la consommation de cannabis.* Rev Med Brux. 2018. **39** (4) : 246-9.
76. Vereerstraeten P, Kinnaert P, Buchin R, Toussaint C, Van Geertruyden J. *Pronostics comparés de l'hémodialyse itérative et de la transplantation rénale.* Acta Chir Belg. 1970. **69** (6) : 425-39.
77. Verhas M, Schoutens A. *L'examen par radioisotopes dans l'exploration du transplant rénal.* Brux Med. 1971. **51** (11) : 773-80.
78. Verniory A. *Théorie de la décision médicale.* Bull Mem Acad R Med Belg. 1984. **139** (7) : 387-99.
79. Verougstraete C, Toussaint D. *Aspect ophtalmoscopique et fluorographique de la rétinopathie diabétique avant et après photocoagulation au laser à l'argon.* Bull Soc Belg Ophtalmol. 1980. (188-189) : 137-56.
80. Vokaer R. *Le syndrome des ovaires micro-polykystiques* Bull Mem Acad R Med Belg. 1977. **132** (3) : 182-92.
81. Vokaer R. *La Gynécologie et l'Obstétrique du XXI^e siècle.* J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1998. Jun; **27** (4) : 364-74.
82. Wauthy P, Goldstein JP, Demanet H, Deuvaert FE. *Redo valve surgery nowadays : what have we learned ?* Acta Chir Belg. 2003.Oct; **103** (5) : 475-80.
83. Yourassowsky E. *Considérations prospectives sur la relation dose-effet en thérapeutique antibiotique.* Ann Biol Clin (Paris). 1988; **46**(2):138-43.