

INDEPENDANCE
150 ANS

BULLETIN
Société des Sciences Médicales
du Grand-Duché de Luxembourg
125 ans

REGNE DU
GRAND-DUC JEAN
25 ans

BIO MAGNESIN®

Die Magnesiumtherapie bei erhöhtem Bedarf:
z. B. im Berufsstreß



Zusammensetzung: 1 Tablette enthält Magnesium hydrogenphosphoricum 265,0 mg; Magnesium citricum 66,0 mg; Acidum citricum 0,8 mg. **Anwendungsgebiete:** Bei allen Folgen eines Magnesium-Mangels, z. B. Gleichgewichtsstörungen (Schwindelgefühl), ängstliche Übererregbarkeit, Schreckhaftigkeit, Krampfneigung der willkürlichen Muskulatur, Kopfschmerz, „Einschlafen“ der Gliedmaßen, neuralgische Beschwerden. Biomagnesin wirkt ferner dämpfend bei gewissen Formen der beschleunigten und unregelmäßigen Herzschlagfolge und vorbeugend bei Neigung zu Nierensteinbildung (Oxalatsteine). Bei Thrombose-Gefahr und zur Thrombo-Embolie-Prophylaxe. **Darreichungsform und Packungsgröße:** O. P. mit 100 Tabletten (frei verkäuflich).

Vertretung für Luxemburg: Integral S. A.

Dr. Madaus GmbH & Co., 5000 Köln 91



INDEPENDANCE
ANS

150

BULLETIN

Société des Sciences Médicales
du Grand-Duché de Luxembourg

125 ans

**REGNE DU
GRAND-DUC JEAN**

25 ans

Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg

Publié sous la direction du Conseil d'Administration
de la Société des Sciences Médicales, Section des Sciences Médicales
de l'Institut Grand-Ducal

Conseil d'Administration de la Société des Sciences Médicales:

Président: Prof. H. Metz
Secrétaire Général: Dr M. Schroeder
Membres: Dr A. Betz, Prof. agr. M.-A. Dicato, Dr D. Hansen-Koenig
Dr G. Kayser, Dr R. Koppes, M. P. Hippert, Dr G. Theves

Bulletin de la Société des Sciences Médicales:

Administration et Publicité: Dr M. Schroeder, Secrétaire Général
72, rue de Schoenfels, L-8151 Bridel
Rédaction: Prof. agr. M.-A. Dicato, Rédacteur en chef
Centre Hospitalier de Luxembourg
4, rue Barblé, Luxembourg
Dr D. Hansen-Koenig, rédacteur adjoint
Ministère de la Santé, 22, rue Goethe, Luxembourg

Le Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg publie des articles en français, en allemand et en anglais. Les auteurs sont priés de remettre leurs manuscrits, dactylographiés en double ou triple interligne et en deux exemplaires, au rédacteur en chef.

Les références, classées par ordre alphabétique, doivent comporter dans l'ordre:

a) Le nom des auteurs et les initiales de leurs prénoms, b) le titre du travail, c) le nom du journal, d) le tome, e) la première page de l'article, f) l'année de parution. Pour les citations d'ouvrages, une référence comportera dans l'ordre, outre les noms des auteurs et le titre du livre: a) la ville, b) l'année de parution, c) le nom de la maison d'édition.

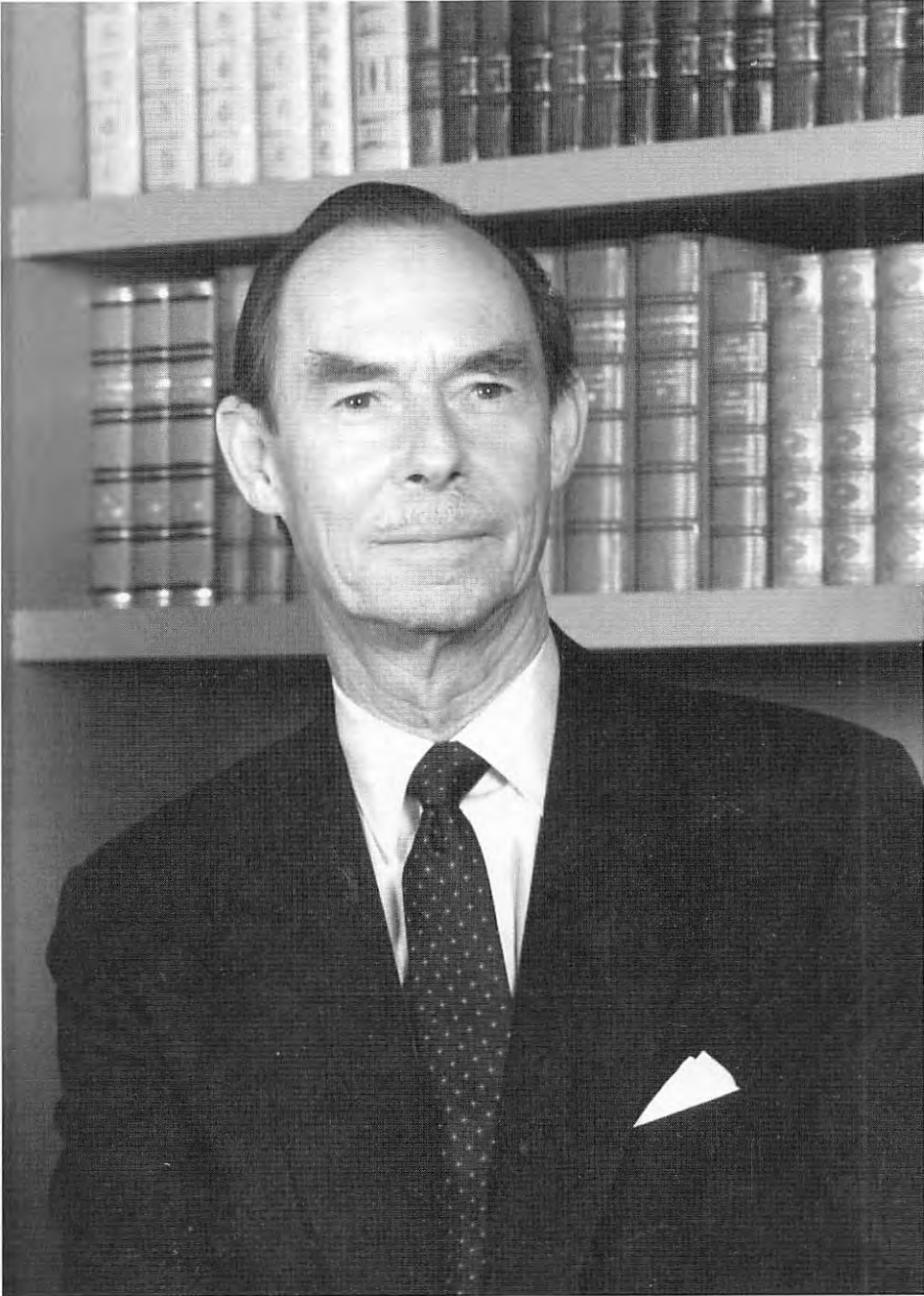
Il est recommandé aux auteurs que les articles soient succints et, si possible, suivis d'un résumé en anglais. Tous les articles seront lus par le rédacteur et un consultant-spécialiste.

Les articles n'engagent que leurs signataires, et sauf avis spécial les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement la position de la Société des Sciences Médicales.

The Bulletin is published two or three times per year and accepts articles in French, German and English. The authors are invited to submit the original copy and a duplicate, typed double-spaced, to the editor. The references, in alphabetical order, should conform to the style of the Index Medicus: Surname and initials of authors, title of article, name of journal, volume number, first page and year.

All the articles, which should be succint, are reviewed by the editor and a member of the editorial board.

Copyright 1989 by Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg



Sommaire

du numéro jubilaire du 125^e anniversaire
de la Société des Sciences Médicales
du G.-D. de Luxembourg

<i>H. METZ</i> : Editorial	7
<i>R. SCHAUS</i> : Le Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg, de ses origines à nos jours (1864 - 1989) . . .	9
<i>R. SCHAUS</i> : Aus der Vergangenheit der Luxemburger Medizin: Zitate von Dr. Franz DELVAUX	27
<i>A. THIBEAU</i> : Historique du syndicalisme médical du Grand-Duché de Luxembourg .	33
<i>G. THEVES / J. KREMER</i> : Chronique vétérinaire. Le médecin vétérinaire luxembourgeois de 1790 à nos jours	39
<i>G. KAYSER</i> : Histoire de la médecine dentaire au Luxembourg	63
<i>P. HOFFMANN</i> : Le Collège médical de 1818 à 1988.	71
<i>A. BETZ</i> : Le Laboratoire National de Santé. Un court rappel historique	77
<i>J.-J. MEISCH</i> : Quelques problèmes de santé mentale dans l'optique de l'Hôpital Neuropsychiatrique	81
<i>Sr M.-C. DUPONT</i> : Beitrag der Schwestern der hl. Elisabeth zur klinischen Betreuung der Kranken und zur sozialen Fürsorge in den letzten 150 Jahren . .	85
<i>E. RAUCHS</i> : La Clinique du Sacré-Coeur	93
<i>G. SCHEIFER</i> : La Clinique St-Louis d'Ettelbruck.	95
<i>H. STAUDT</i> : Le Centre Hospitalier de Luxembourg, une expérience à peu près réussie	101
<i>A. STUMPER</i> : Chronique de la Clinique d'Eich	109
<i>E. WELTER</i> : Historique de la Clinique Ste-Thérèse de ses débuts à aujourd'hui	113
<i>H. METZ</i> : Institut Grand-Ducal. Section des Sciences Médicales. A) Statuts organiques B) Règlement Statuts révisés au 26 avril 1902 Rapport de l'Assemblée Générale du 22 février 1989	128

Nonfiction writing is not a game. Nor is it an act of intuitive genius. It is work. It can be done well only by those who work at doing it well.

Dr. Ch. G. Roland, Mayo Clinic, Rochester

Editorial

HENRI METZ

Lorsque la Société des Sciences Médicales a été sollicitée par le ministère de la Culture pour faire une contribution pour le 150^{me} anniversaire de notre indépendance et le jubilé d'argent de notre Grand-Duc le conseil d'administration a, de façon très spontanée, décidé à l'unanimité d'éditer un numéro jubilaire, d'autant plus que les anniversaires précités coïncident avec celui du bulletin qui lui aussi fête ses 125 ans d'existence. Comme section médicale de l'institut grand-ducal la Société des Sciences Médicales se fait aussi un honneur de dédier ce bulletin à son Altesse Royale le Grand-Duc Jean. Avec Lui toute la famille grand-ducale a toujours participé aux grands événements des différentes sections de l'institut grand-ducal comme le témoigne d'ailleurs l'audience à laquelle notre conseil d'administration a été reçu lors du 125^{me} anniversaire de la Société des Sciences Médicales qui a précédé de deux ans celui du bulletin.

Le président se félicite de la réponse favorable qu'il a reçue de la plupart des confrères auxquels il a fait appel pour participer à ce bulletin. Il se réjouit particulièrement que les réponses les plus rapides lui sont parvenues de la plupart de nos „ténors“. Un remerciement spécial revient à notre président d'honneur et ancien rédacteur en chef le Dr. Raymond SCHAUS, qui nous a fourni le plat de résistance et ses articles spirituels et pittoresques donnent un cachet et éclat particulier à ce bulletin. Mais les membres de notre comité n'ont pas chômé comme le prouvent les articles fort intéressants de mes amis Arsène BETZ, Georges KAYSER et aussi la remarquable chronique vétérinaire de Georges THEVES. L'article d'un autre membre très engagé Pierre HIPPERT „sur le bulletin des sciences médicales et la science des pharmacies“ n'a malheureusement pas pu être achevé à temps et sa parution est prévue dans un prochain numéro. C'est aussi de façon très amicale que m'ont répondu la plupart des auteurs des historiques de nos cliniques privées que je remercie très sincèrement tout en regrettant de ne pas avoir reçu sur d'autres hôpitaux et cliniques intéressants du pays les pages que j'avais sollicitées.

Un effort particulier a été fourni par le président de l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes André THIBEAU puisque, à mon appel, il a rédigé, avec la méticulosité qui lui est propre, toute une monographie sur le syndicalisme médical qui va être l'objet d'une publication à part mais dont nous avons la primeur dans le résumé publié dans ce bulletin.

Un grand merci encore à tous les auteurs et surtout à ceux qui ne sont pas membres de notre Société comme le prouvent les articles de Paul HOFFMANN, Henri STAUDT et, last but not least, l'aimable collaboration de celle que j'ai connue

il y a un quart de siècle comme Mère Supérieure de l'Institut Saint-Joseph de Betzdorf. J'espère que ce bulletin jubilaire va aussi être une source d'inspiration et de stimulation pour les futurs numéros afin de les aider à trouver un caractère plus national et une relation plus intense avec le milieu médical luxembourgeois. En effet d'aucuns, et non des moindres, regrettent que nos publications sont devenues trop impersonnelles et sans valeur pour la science médicale de notre pays qui devrait pourtant retenir toute notre attention. Dans certains numéros anciens l'activité médicale luxembourgeoise était remarquablement bien illustrée et ce sont justement ceux-là qui ont été une précieuse source d'inspiration de cette oeuvre jubilaire.

Le Bulletin de la Société des Sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg, de ses origines à nos jours (1864-1989)

RAYMOND SCHAUS
service de médecine interne
Clinique Ste-Thérèse, Luxembourg

*For he lives twice who can at once employ the present well,
and also the past enjoy.* Alexander Pope (1688-1744)

*La production publiée est le seul indice authentique d'une
vie intellectuelle.* Paul Valéry

Le premier numéro du Bulletin de la Société des Sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg paraît en 1864.

Voici à titre de comparaison: le Nordiskt medicinskt arkiv (prédécesseur des Acta medica Scandinavica) naîtra 6 ans plus tard, le Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte (prédécesseur de la Schweizerische medizinische Wochenschrift) 12 ans, le Journal of the American Medical Association 20 ans, la Presse Médicale de Paris 30 ans plus tard. Quant au prestigieux New England Journal of Medicine, doyen des périodiques médicaux actuels, il a 50 ans de plus que notre Bulletin.

MILLE HUIT CENT SOIXANTE-QUATRE

En 1864, l'union personnelle du Luxembourg et de la Hollande (1815-1890) se poursuit. Guillaume III d'Orange-Nassau, roi des Pays-Bas et grand-duc de Luxembourg, est représenté à Luxembourg par son puîné le prince Henri. La ville de Luxembourg est encore ce «Gibraltar du Nord» à l'étroit dans la cuirasse de ses ouvrages fortifiés, «une triste cité» si l'on en croit Emmanuel Servais. Elle abrite une garnison prussienne. Sur l'échiquier européen, la situation de l'Etat luxembourgeois, en union douanière dans le Zollverein, est confuse, son avenir incertain. La question luxembourgeoise donne du fil à retordre aux chancelleries européennes. Elle sera tranchée par le traité de Londres en 1867: les puissances signataires garantissent collectivement la neutralité du pays, la forteresse sera démantelée.

Ce qui reste depuis 1839 du Duché de Luxembourg est devenu le Grand-Duché. Il ressemble à un creuset où s'élabore l'identité encore tâtonnante d'une nation microscopique, invisible à l'oeil nu sur une mappemonde. Les médecins

luxembourgeois, hommes de réflexion, d'action et de culture, ne lésinent pas sur leur contribution à l'individualité, à la spécificité de leur pays.

Par ailleurs, 1864 est aussi l'année où Louis Pasteur met au point le procédé auquel son nom restera attaché, la pasteurisation, et où Hoppe-Seyler dévoile le spectre de l'hémoglobine. La même année, est signée la Convention internationale de Genève. Robert Koch a 21 ans, Paul Ehrlich et Emil von Behring sont âgés de 10 ans.

En 1864, le diagnostic médical est presque exclusivement clinique. L'examen des urines et celui du sang en sont à leurs balbutiements. Le praticien joue son rôle «en artisan et en artiste à la fois» (M. Bariéty et Ch. Coury dans leur «Histoire de la médecine», 1963).

L'«Introduction à l'étude de la médecine expérimentale» de Cl. Bernard n'a pas encore paru, les lois de Mendel sur l'hérédité n'ont pas encore été formulées. Le bacille de la lèpre n'est pas encore connu, il sera découvert en 1873 par Hansen. Les découvertes du streptocoque et du staphylocoque (Pasteur, resp. 1878 et 1879) ne sont pas encore pour demain, ni celles de l'hématozoaire du paludisme (Laveran, 1880), du bacille de la fièvre typhoïde (Ebert, 1880), de la mycobactérie de la tuberculose (Koch, 1882), du pneumocoque (Talamon, 1883), du vibrion du choléra (Koch, 1883), du bacille du tétanos (Nicolaïer, 1886).

La première vaccination – contre la rage – sera l'oeuvre de Louis Pasteur en 1885. En 1886, von Mering confirmera le rôle du pancréas dans le diabète. Le signe de la douleur locale provoquée par la palpation en cas d'appendicite sera mis en évidence par McBurney en 1889. En 1894, Roux rapportera les premiers succès de la sérothérapie antidiphthérique. Wilhelm Conrad von Röntgen fera la première radiographie médicale en 1895.

Dans cette deuxième moitié du siècle précédent, personne ne peut encore prévoir le foisonnement des connaissances nouvelles qui marquera les premières années du XX^e siècle: la détermination des groupes sanguins, la notion de vitamine, le rôle de l'insuline, la découverte de l'agent de la syphilis, l'avènement de la neurochirurgie, et bien d'autres encore.

Tel est donc le *paysage historique* au milieu duquel le Bulletin va être tenu sur les fonts baptismaux, et dans lequel il prendra ses premiers ébats, sous les regards bienveillants mais sceptiques de confrères en redingote, cravate blanche et chapeau haut de forme.

La *première livraison* du Bulletin, en 1864, donc, est un volume de 103 pages (fig. 1). Le docteur J.-B.-A. Bivort, de Hollerich, ancien chef de clinique à l'Hôpital de Bavière à Liège, a écrit un prologue daté du 17 septembre 1864. Il évoque la première assemblée générale de la Société des Sciences médicales du 22 septembre 1861, et se réjouit de l'achèvement du premier Volume de la nouvelle publication. Laissons-lui la parole:

«La pensée . . . de réunir des collections destinées à entretenir le feu sacré de la science parmi la génération actuelle et à éveiller dans les générations futures l'estime de leurs devanciers . . . germait depuis longtemps au sein de notre corps

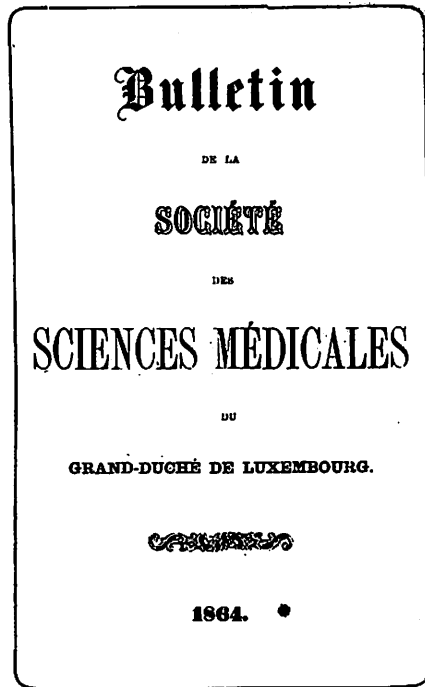


Fig. 1
L'ancêtre (Bibliothèque Nationale).

médical . . . Il est à souhaiter que cette première publication éveille dans l'esprit de tous ces hommes intelligents qui font partie de la Société . . . le désir de lui offrir également les fruits de leur expérience.»

Au sommaire de ce premier numéro, des mémoires présentés en français ou en allemand devant la Société des Sciences médicales, groupés en six chapitres: médecine interne, chirurgie, ophtalmologie, accouchements, médecine vétérinaire, pharmacie.

Au chapitre de la médecine interne, il est question d'une incision gingivale pratiquée pour faciliter l'éruption d'une dent de sagesse (sic), d'hydatides logées dans les reins, de traitements taenifuges (e. a. par la racine de fougère mâle, de réalisation facile «puisque nos environs produisent la fougère en abondance»), de bruits iléo-caeaux considérés comme caractéristiques de la fièvre typhoïde.

La chirurgie est représentée d'abord par un cas de section accidentelle de l'artère radiale, «guérie» par ligature. Mais, auparavant, «un empirique avait été appelé et s'était rendu maître de l'hémorragie au moyen d'une application de crottin de cheval dans la plaie.» Suivent deux observations d'amputations pour tumeurs blanches, puis deux autres relevant de la traumatologie. L'une d'elles concerne l'ouvrier polytraumatisé Sébastien Aubertin, que l'auteur a trouvé «baigné (sic) dans une mare de sang et horriblement mutilé, conservant encore à peine une étincelle de vie . . . En voyant la guérison d'Aubertin, on ne doit plus désespérer de rien.»

Après la description d'un appareil pour maintenir la réduction du pied bot chez les enfants, c'est le tour d'interventions ophtalmologiques (e. a. extraction de la cataracte chez trois patientes désignées par leurs noms et prénoms, par exemple «Anna Kons, gebürtig aus Trier, 19 Jahre alt, fast blödsinnig.») et d'un nouveau mode de tamponnement pour arrêter les hémorragies dans les cavités (utérus, fosses nasales).

Quatre mémoires relèvent de la médecine vétérinaire (maladie intestinale particulière, calcul vésical, empoisonnement par la paille rouillée, tout cela chez le cheval; fécondité des génisses de naissance gémellaire). Un dernier travail: «Über Bieranalysen» constitue à lui seul le chapitre consacré à la pharmacie. On y lit e. a.: «Was das Wasser anbelangt, so weiß jeder Mensch, daß der größte Bestandtheil des Bieres Wasser ist.»

Voilà donc le Bulletin lancé sur sa trajectoire.

AU FIL DES ANNÉES

Il poursuit sa carrière d'abord à raison d'un numéro par an. Puis surviennent des interruptions d'une année, de deux années ou davantage. Le rythme de parution se ralentit avant la cassure de la Première Guerre mondiale. Un seul numéro paraît pendant les hostilités, en 1917. L'entre-deux-guerres est une période de léthargie: cinq numéros seulement, en 1919, 1921, 1938, 1939 et 1940.

Le 10 mai 1940, le poing d'Adolf Hitler s'abat sur notre pays. Le bâillon nazi étouffe la voix du Luxembourg.

C'est seulement en 1948 que le Bulletin renaît enfin de ses cendres: un numéro, puis deux numéros par an, trois numéros ensuite pendant une période faste de quelques années, et c'est finalement le régime de croisière de deux numéros annuels.

La période contemporaine voit se succéder à la barre de la rédaction le Dr René Koltz, le Dr Camille Streff, le Dr Raymond Schaus, le Dr Jean-Claude Schaack et le Dr Mario Dicato.

Le nom de la revue ne sera jamais changé, mais sa présentation s'adaptera plusieurs fois au goût du jour (*fig. 2, 3, 4, 5*).

Elle est résolument bilingue dès ses débuts, avec une prédominance progressivement affirmée du français, manié d'ailleurs avec plus d'aisance que l'allemand. Un seul article en dialecte luxembourgeois, en 1948. De loin en loin, d'abord, puis plus souvent, des articles en anglais. Le premier de ceux-ci, en 1958, aboutit à la conclusion rassurante que le médecin est «the least useless member of his community, as far as can reasonably be ascertained».

Le Bulletin est fait par des praticiens pour des praticiens. Les conditions d'acceptation des manuscrits, de sévérité fluctuante, ne sont jamais draconiennes. Le contraire serait aussi malséant que peu réaliste.

Les articles du type «à propos d'un cas de . . . » abondent, ils sont l'occasion de belles leçons cliniques. Y figurent aussi des travaux plus longs et plus fouillés.

Certains atteignent les dimensions de monographies, que les ressources limitées de l'édition luxembourgeoise n'auraient pas permis de publier sous une autre forme. Il arrive qu'ils remplissent tout un numéro. Celui de 1919, par exemple, est une compilation de 468 pages, éditée par le Dr A. Praum et le Dr. Edm. Knaff: «Code Médical; Répertoire des Dispositions régissant l'Art de Guérir et l'Hygiène dans le Grand-Duché de Luxembourg, coordonnées et mis à jour de la législation actuelle.»

Conformément à la composition de la Société (médecins, médecins-dentistes, médecins-vétérinaires, pharmaciens, et récemment biologistes-chimistes), l'éventail des sujets abordés est large. Pendant les premières décennies surtout, les contributions de la médecine vétérinaire sont substantielles et éclectiques.

Contrastant avec une floraison précoce de textes d'oto-rhino-laryngologie (on y inclut les maladies de la thyroïde), la médecine dentaire n'entre en scène que sur le tard. C'est que, dans un premier temps, il n'existe pas de dentistes luxembourgeois. Ensuite, en 1881, le président en exercice refuse de les admettre dans la Société, estimant que l'art dentaire ne fait pas partie de l'art de guérir. (Il faut tenir compte d'une circonstance atténuante: la profession de dentiste échappe encore à toute espèce de réglementation). Interdiction qui ne fait pas long feu, heureusement!

On trouve bien entendu aussi des articles signés par des auteurs étrangers. Souvent, ils reproduisent des conférences faites à la tribune de la Société.

S'ajoutent des communications à des sociétés savantes étrangères, des rapports sur des congrès ayant eu lieu en Luxembourg ou ailleurs. Ils trouvent leur apogée dans des numéros entièrement consacrés à de telles réunions scientifiques, et qui font respirer l'air du large au lecteur plus habitué à l'atmosphère confinée de la routine quotidienne.

Des rubriques variées (critique des livres etc.) paraissent par saccades inconstantes.

Des articles nécrologiques évoquent les carrières de plusieurs médecins luxembourgeois. Ils sont riches en détails biographiques. La plus surprenante biographie étoffée est celle du docteur Adam Chenot, né à Luxembourg en 1721, décédé en 1789, qui vécut surtout en Autriche et se fit un nom dans la lutte contre la peste (Dr E. Knaff, 1921). Autre biographie remarquable, celle du Baron Henri-Jean-Népomucène Crantz, né en 1722 à Roodt/Septfontaines, décédé en 1797, botaniste de renom et docteur en médecine de l'Université de Vienne, où il fit une brillante carrière d'obstétricien (Dr J. P. Pundel, 1963).

Plusieurs autres contributions revêtent un indéniable intérêt historique. Elles sont incontournables pour quiconque s'intéresse à l'évolution de la médecine et des professions de santé dans notre région.

Quelques pages séduisent par leurs qualités littéraires. Les récits de voyages d'étude dans différents pays d'Europe s'apparentent au journalisme touristique.

En 1938, le Bulletin ouvre pour la première fois ses colonnes à la publicité pharmaceutique. Son apport ira sans cesse croissant, propice à l'équilibre budgétaire. Il y a même une fois une réclame pour du vin de la Moselle.

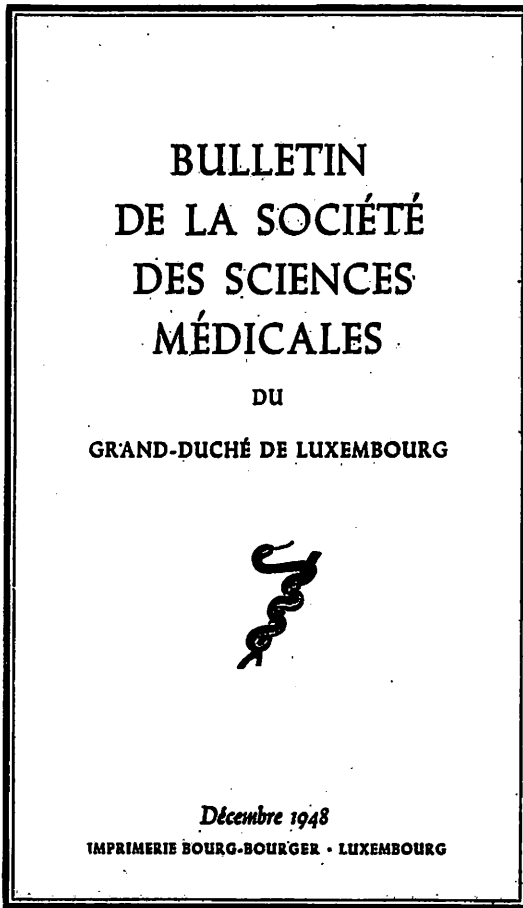


Fig. 2
Le Bulletin en 1948
(Bibliothèque Nationale).

Ce long cheminement, non exempt de cahots, est jalonné par quelques occasions spéciales.

Un numéro jubilaire marque le 25^e anniversaire de la fondation de la Société des Sciences médicales. L'éditorial la décrit comme ayant été, à ses débuts «faible, peu nombreuse, sans ressource aucune». «Mais, grâce au travail et à la collégialité de ses fondateurs, elle atteint l'âge de 25 ans, robuste et pleine de vigueur.» (1886)

Dans un avant-propos aux accents patriotiques, le sommaire de mai 1939 associe les médecins aux célébrations du 100^e anniversaire de l'indépendance du pays.

Le numéro de février 1940 est spécial à sa manière. Le Dr Jean Faber, président, adresse des paroles poignantes à ses confrères: «L'orage qui obscurcissait si longtemps nos horizons et dont on espérait jusqu'à la dernière minute qu'il allait se dissiper, vient d'éclater, et déjà nous entendons ses sourds grondements aux confins de notre patrie. Comme par miracle, nous ne sommes pas encore pris

dans la tourmente. Mais il s'en faut de peu . . . La menace d'une nouvelle guerre à nos portes a rallié une fois de plus toutes les bonnes volontés . . . Le corps médical est donc prêt . . . Nous préparons notre barque tel le marin qui aménage son bateau à l'approche de la tempête.» Trois mois plus tard commencera la longue nuit de l'occupation.

En 1961, le numéro du centenaire de la Société des Sciences médicales, somptueux et dense, est comme un point d'orgue.

En 1964, le 100^e anniversaire du Bulletin est célébré sans fanfares. Un modeste éditorial reprend une citation pour rendre hommage à ses collaborateurs: ils font partie de «ceux-là, trop rares, qui sauvent la mise, et qui, de la façon la plus désintéressée et la plus généreuse, tentent de donner à leur pays, sur le plan de la production intellectuelle et de l'affirmation culturelle, une place non indigne de celle qu'il occupe sur le plan industriel.» (Marcel Noppeney)

Cette lecture, inversant le sablier des années, met en relief la plénitude de notre tradition médicale, la profondeur et la diversité de nos racines professionnelles. Elle montre des générations de médecins luxembourgeois à l'oeuvre, maniant le stéthoscope, le bistouri, le davier – et la plume: une manière d'être et d'agir!

L'ÉPOQUE HÉROÏQUE

Lorsqu'on coiffe le bonnet de l'historien, la tranche de l'existence de notre revue qui s'étend jusqu'à la Première Guerre mondiale, très «air du temps» de jadis, s'impose comme la plus haute en couleurs. De-ci, de-là, elle allume sur les lèvres du lecteur un petit sourire, d'ailleurs ni condescendant ni irrévérencieux, préfigurant celui que l'avenir réservera sans doute à nos écrits d'aujourd'hui. Dans l'ensemble, si l'on se transporte en pensée au coeur de cette époque déjà lointaine, l'érudition de nos ancêtres, leur sens clinique, leur sagacité épidémiologique forcent l'admiration.

Dans cette dernière moitié du XIX^e siècle, les *maladies infectieuses* dominent le panorama de la pathologie. Leurs ravages sont le pain quotidien du praticien, lui-même menacé. Leur cause garde un certain temps encore son secret, leur traitement reste inefficace, leur prévention commence à prendre corps, grâce à des mesures d'hygiène dictées par l'empirisme et le raisonnement déductif. Celui-ci frôle de très près la vérité bactériologique qui s'apprête à éclater au grand jour.

Le *choléra* inspire d'abondants travaux aux accents souvent pathétiques.

Ayant abordé le continent européen en 1832, le «mal indien» provoque son premier cas au Grand-Duché en 1854 et déclenche une épidémie à Bissen, qui «ravage cette malheureuse localité». (1865). De 1865 à 1866, le fléau «dévaste notre chère patrie», emportant 250 malades sur les 13.926 habitants que compte la ville de Luxembourg. «Le premier cas de choléra asiatique fut signalé au Pfaffenthal au mois d'octobre 1865, chez une jeune fille qui habitait à côté des latrines de la garnison trop pleines en ce moment.»

Diekirch est particulièrement éprouvé. Sur une population totale du Grand-Duché de 193.399, 3.546 décès dus au choléra! D'où les expressions de «drame se

déroulant avec une fureur croissante», «un des plus lugubres», «implacable fléau», semant «la consternation et la terreur». (1866)

«Quelle est la nature du miasme cholérique?» se demande-t-on. La vérité pointe à l'horizon: «Toute maladie contagieuse est due à un ferment ou parasite capable de se reproduire dans le corps humain . . . La doctrine de la transmissibilité du choléra d'individu à individu est aujourd'hui admise par la grande majorité des médecins . . . Elle rencontre encore des adversaires.» (1865). On parle bientôt d'«être microscopique», de «microorganismes». La panoplie thérapeutique comprend opiacés, tisanes, cataplasmes, purgatifs, sangsues, quinquina.

Autre pourvoyeuse des cimetières: la *fièvre typhoïde*, dont les flambées atteignent surtout les communes rurales de 1856 à 1866. On soupçonne un «germe contagieux» et on prophétise «que le jour n'est pas loin où la science aura dit son dernier mot sur la nature intime de la fièvre typhoïde.» (1867)

En 1870 et 1871, une épidémie sévit à Weiswampach, avec 92 malades dont 11 décèdent. (1879)

En 1878, une épidémie «des plus intenses ravageait la ville de Luxembourg.» En 1890, «une nouvelle explosion de la fièvre typhoïde vient jeter l'effroi . . . dans la population.» (1895). Autre foyer à Wormeldange, en 1899: 34 cas, 1 décès. (1901)

Le *tétanos* est attribué au refroidissement causé par des variations brusques de température. De nombreux blessés meurent de téτανos lors de la bataille de Sedan, parce que, croit-on, «die meisten derselben mehrere Tage und Nächte unter den Bäumen des Gartens und des Parks auf Stroh gelagert werden mußten und während dieser Zeit einem eisigen Sprühregen und der nächtlichen Kälte ausgesetzt waren». (1873)

De 1880 à 1882, 250 habitants d'Esch-sur-Alzette contractent la *variole*, avec une mortalité de 20%. Les enfants vaccinés sont épargnés, ce qui ne convainc pas tout le monde: «Weitau die meisten Impfgegner gehören zu jener Klasse halbgebildeter Leute, welche . . . in sich den Drang fühlen, die Arzneykunst . . . zu reformieren . . . Wenn hie und da ein Arzt . . . sich den Impfgegnern anschließt, so ist es einer der entweder in Folge eines eigentümlichen Charakters Gefallen an Opposition findet, oder um . . . auf eine wohlfeile Manier seinen Namen bekannt zu machen . . . So wird das Volk an der Nase herumgeführt!» (1882)

Une série de cas de *rhumatisme articulaire aigu*, en 1881 et 1882, suggère «le caractère épidémique de la maladie . . .» Il est question d'un «microbe sui generis». «Un Pasteur ou un Koch quelconque viendront bientôt nous démontrer . . . l'existence de ce nouveau microbe.» (1885)

La *peste* reste un lointain cauchemar non encore entièrement effacé de la mémoire collective. Quelques foyers s'étant allumés ça et là en Europe, où elle relève «sa face hideuse et décharnée», le gouvernement luxembourgeois, déjà en ces temps prévoyant, fixe par voie d'arrêté en 1900 les déclarations à faire si elle «devait revenir s'attaquer à notre population.» (1911)

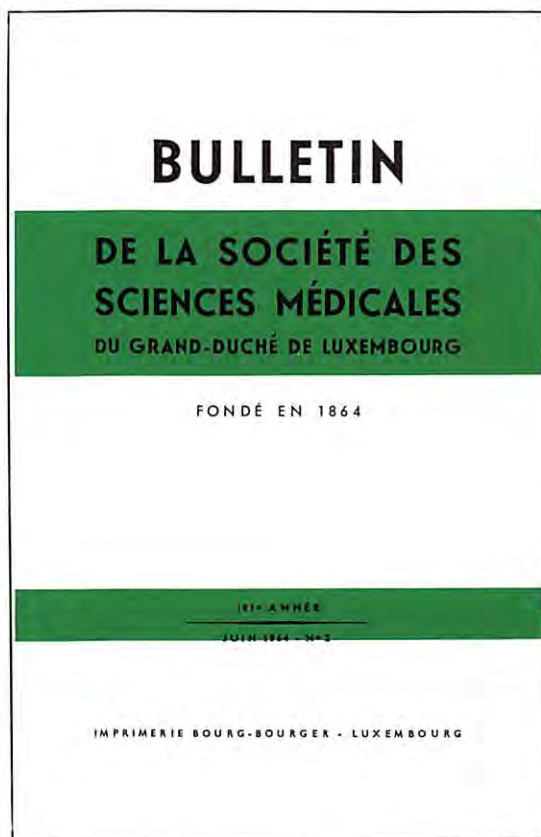


Fig. 3
Le Bulletin en 1964.

La tuberculose, la fièvre puerpérale, l'intoxication alimentaire, la qualité de l'eau potable sont autant de thèmes qui maintiennent les médecins en haleine. A propos de l'eau de boisson une controverse acerbe échauffe les esprits. «L'eau de Luxembourg est sous le point de vue géologique et plus encore sous le point de vue bactériologique, impropre à servir d'eau potable.» (1895)

Ce qui caractérise la *médecine interne* de cette époque héroïque, c'est surtout l'extrême indigence de sa palette thérapeutique. Le Dr Fr. Delvaux, en chirurgien pur sang, trouve les mots adéquats: «Ein anderer Grund, weshalb die Chirurgie unter den praktischen Ärzten immer mehr Anhänger findet, ist folgender: viele Ärzte glauben heute nicht mehr an die Wirkung der meisten inneren Heilmittel . . . Für diese Ärzte muß die Ausübung der inneren Medizin, besonders aber das Verschreiben von Tränken und Mixturen, an deren Wirkung sie selbst nicht mehr glauben können, öfters zu einer richtigen Qual werden.» (1909)*

* C'est l'époque où l'Américain Oliver Wendell Holmes dit devant la Massachusetts Medical Society que si l'on jetait toute la pharmacopée dans la mer, les poissons seraient les seuls à en pâtir.

Quant à la chirurgie, ses résultats sont plus tangibles. Elle a ses audaces, comme toujours. Ce sont, par exemple, la résection costale dans l'empyème, la cure de la hernie inguinale, les interventions sur les ovaires. L'anesthésie générale est entrée dans les mœurs, à l'éther depuis 1843, au chloroforme en 1847.

Dans les congrès, Lister est acclamé comme bienfaiteur de l'humanité. Sa méthode antiseptique fait faire à la chirurgie un bond en avant. Le rituel chirurgical se déroule maintenant au milieu de vapeurs phéniques. Le pus ne coule plus partout. Les adeptes du bistouri peuvent désormais s'aventurer à ouvrir le péritoine, sans risque prohibitif de précipiter le trépas des opérés.

L'asile d'aliénés d'Ettelbruck est un autre point névralgique qui inspire plusieurs auteurs. «Il avait, à cette époque, plutôt l'air d'un pandemonium ou d'une renfermerie du moyen âge.» (1890)

«Le nombre des aliénés du pays est en voie de progression . . . notamment à cause de l'alcoolisme, . . . un fléau qui règne en maître dans nos campagnes comme dans nos villes . . . Ce n'est pas que le prolétariat, mais la tête même du pays qui sacrifie au vice imbécile de l'ivrognerie.» (1887). C'est que certains, se sentant trop petits pour leur tâche qui les dépasse, poursuivent jusqu'au fond des verres l'illusion de leur croissance impossible.

L'eau thermale de Mondorf, ce cadeau ambigu que la Nature énigmatique a glissé dans le giron de notre pays, n'est pas absente des colonnes du Bulletin. Placebo et médecine «douce» avant la lettre, c'est-à-dire douce pour les agents responsables des maladies, on indique en 1869 parmi ses indications les maladies scrofuleuses, l'atonie de l'organisme, les troubles de la menstruation, la ménopause, les névropathies. Elle est essayée en cure de boisson dans les paralysies (1873, 21 observations), avec la conclusion que son action est favorable dans le traitement des hémiplegies.

Sa «radioactivité est une des plus fortes de toutes les eaux minérales analysées jusqu'à ce jour, et c'est peut-être là qu'il faut chercher une des raisons de sa grande activité», apprend-on en 1921. (L'«expert en radioprotection» n'est pas encore né . . .) En 1956 sera encore une fois mentionnée en passant, dans un article sur Mondorf par deux chercheurs de l'Université de la Sarre, «la radioactivité des boues et des dépôts des sources et de leurs émanations gazeuses.» La science n'a pas encore proclamé qu'une eau radioactive doit être évitée comme le feu, vouée aux gémonies et son usage interdit.

Les *curiosités* ne manquent pas: une amaurose d'origine vasculaire traitée par des bains de pieds; la guérison de plusieurs diabétiques par l'eau créosotée; une amblyopie chez une femme hystérique ayant abusé de la masturbation: «Die Cauterisation des (sic) Clitoris wäre in diesem Falle wohl die richtige Augentherapie»; dans un congrès d'oto-rhino-laryngologie «le jeune Ménière, fils du médecin dont la maladie tient le nom, prit part avec un amour filial aux discussions»; l'emploi thérapeutique de l'arséniate d'antimoine dans les affections cardiaques chroniques «à la suite de l'impuissance trop fréquente des préparations de digitale

contre ces affections»; l'étiologie du cancer qui «ne saurait être considéré autrement que comme une maladie contagieuse.»

La Belle Epoque a plus d'un visage . . .

AU SERVICE DES MÉDECINS ET DES MALADES

L'histoire du Bulletin est indissociable de celle de la Société des Sciences médicales. L'histoire nationale se dessine en filigrane, avec en surimpression, à certaines époques cruciales, des événements qui font aussi partie de la grande histoire.

En 1864, la Société comporte 55 membres effectifs, à la fin du siècle il y en a une bonne centaine, en 1917 ils sont 150, sans compter des membres correspondants étrangers, parmi lesquels quelques célébrités durables. Ces chiffres donnent une idée du tirage du Bulletin.

L'Etat fait des largesses. En 1872, il alloue un subside si substantiel – 1.500 F – que la cotisation peut être supprimée dans un geste d'euphorie. La durée de cette mesure n'est précisée nulle part.

Les assemblées générales sont convoquées surtout à Luxembourg, mais aussi, par souci de «décentralisation», à Mondorf-les-Bains, Ettelbruck, Larochette, Echternach.

Les nombreuses *séances de communications* sont consacrées à des présentations de malades et de dossiers, ainsi qu'à des démonstrations diverses (par exemple de la première radiographie faite dans notre pays, en 1896, montrant une balle de revolver logée dans une main). La substance de ces réunions est pendant longtemps la source principale alimentant les colonnes du Bulletin.

Dans les premiers numéros, on trouve le catalogue détaillé de la *bibliothèque* de la Société, qui s'enrichit au fur et à mesure par de nouvelles acquisitions et des dons. Elle se heurte à des difficultés de toutes sortes et ne survivra pas à l'occupation de 1940. Elle ressuscitera à la fin des années soixante, réduite à une sélection de périodiques médicaux, qui finira par disparaître après avoir végété pendant plusieurs années.

Des années durant, la Société gère une *collection d'instruments*, surtout de petite et même de plus grande chirurgie, qu'elle tient gratuitement à la disposition des sociétaires, avec «franchise de port pour le transport par la poste». La liste de ces instruments, méticuleusement tenue à jour, est publiée dans le Bulletin, de 1867 à 1901. En 1867, elle comprend une (sic) seringue de Pravaz, une boîte pour la trachéotomie, une boîte pour les accouchements difficiles, un pessaire en caoutchouc pour vache etc.

En 1870, à l'heure du conflit franco-allemand, la Société des Sciences médicales est contactée par le président du Comité international de Genève, pour que le Grand-Duché se joigne au mouvement philanthropique de la *Croix Rouge*. La Société constitue un Comité provisoire, premier pas vers l'association de notre pays à cette oeuvre humanitaire (1870). Henri Dunant est membre correspondant de la Société des Sciences médicales.

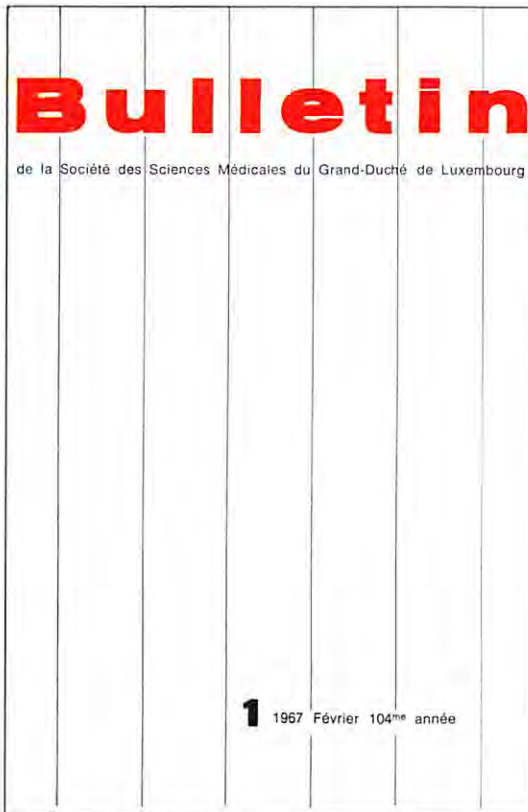


Fig. 4
Le Bulletin en 1967.

Le corps médical luxembourgeois se dépense sans compter en 1870 et en 1871, en faveur des deux camps adverses, sur les champs de bataille, dans les ambulances, dans les hôpitaux militaires, dans les casernes, et sur notre territoire où se réfugient des soldats blessés ou malades. D'autres médecins luxembourgeois, enfermés dans Metz assiégé, s'y distinguent en prodiguant leurs soins à la population civile (1871).

En 1914, nos médecins, sous l'égide de la Croix Rouge luxembourgeoise et avec la collaboration de la population locale, soignent 262 soldats allemands et 61 soldats français dans l'hôpital des ARBED à Dudelange, 120 soldats allemands et 76 soldats français dans l'hôpital des ARBED à Beggen (1917).

La genèse du *Laboratoire National de Santé*, ainsi appelé aujourd'hui après avoir été plusieurs fois rebaptisé au gré de la créativité sémantique des responsables, remonte à une initiative de la Société des Sciences médicales. L'assemblée générale extraordinaire du 21 novembre 1894 demande au Gouvernement de prévoir «les fonds nécessaires à la création d'un laboratoire bactériologique et microscopique.» Dans l'assemblée du 25 janvier 1896, le bureau déclare: «Nous

sommes fiers de pouvoir vous annoncer aujourd'hui» que les autorités «ont été unanimement d'accord à céder à nos vœux.»

Le Laboratoire pratique de Bactériologie de l'Etat commence à fonctionner le 1^{er} janvier 1897 dans un immeuble de la rue de Clairefontaine. Après de nombreux avatars, il sera transféré dans le bâtiment actuel en style Renaissance sobre, achevé en 1907 au Verlorenkost, «hors de proportion avec les besoins réels de notre pays» prétend un élu du peuple la même année à la Chambre des Députés. Son directeur-fondateur est le Dr Auguste Praum, président de la Société des Sciences médicales de 1914 à 1920. Le Bulletin consacre plusieurs articles, en 1897, 1917 et 1963, à ce haut lieu de la médecine luxembourgeoise.

Le 1^{er} janvier 1902, la loi sur l'assurance obligatoire des ouvriers contre les maladies et les accidents doit entrer en vigueur. Nonobstant ses incontestables aspects positifs, les médecins se sentent soudain menacés par une nouvelle bureaucratie étrangère à leur mode de pensée, indifférente à leurs aspirations, hargneuse, hostile. Au sein de la Société des Sciences médicales, d'aucuns donnent l'alarme: «Un *syndicat médical* est de toute nécessité, parce qu'il peut seul protéger les membres du corps médical contre l'omnipotence des caisses de maladie et les honoraires ridicules qu'elles tendent de plus en plus à octroyer aux médecins . . . Son importance ressortira davantage avec le nombre toujours croissant de médecins . . . Il faut être prêt au moment où les caisses de maladie fonctionneront.»

L'avant-projet des statuts du syndicat médical est soumis par la commission ad hoc à l'assemblée extraordinaire du 2 novembre 1901, qui fait salle comble. Les participants «s'obligent de ne se mettre au service d'aucune caisse de maladie qui n'accepterait pas les tarifs d'honoraires approuvés par le Syndicat.» (1901). Comme chacun sait, le monde ainsi rêvé finira par chavirer et par se retrouver à l'envers . . .

Après avoir aidé à fourbir les armes contre l'hydre naissante, à l'aube du siècle, la Société des Sciences médicales lâche le lest de la défense des intérêts purement professionnels du corps médical. Le syndicat qu'elle a enfanté au moment crucial volera de ses propres ailes. Beaucoup plus tard, il deviendra l'Association des médecins et médecins-dentistes, appellation de rechange qui ne pêche pas par pugnacité et qui convient au syndicalisme flasque.

Ce choix de ne pas trop mélanger les genres n'empêchera pas la Société des Sciences médicales de quitter à plusieurs reprises les allées royales de la science au sens strict. Elle examine, formule, commente ou discute, souvent âprement, les sujets et les problèmes suivants:

- dispositions législatives et administratives concernant l'art de guérir dans le Grand-Duché de 1882 à 1899 (1899)
- inspection obligatoire des cadavres par un médecin, certificats de décès (1899)
- vœu adressé à la Chambre des Députés pour que soit créé un sanatorium pour tuberculeux (1899)

- organisation et attributions du Collège Médical; divergences de vues sur le pouvoir disciplinaire (1901)
- construction et organisation d'un nouvel hôpital à Dudelange (1901)
- législation sur l'art de guérir (1903)
- réorganisation sanitaire du Grand-Duché de Luxembourg (1921)
- système luxembourgeois des examens pour la collation des grades en médecine, plaidoyer pour leur abolition avec maintien d'un examen d'Etat final (1949, 1952)
- construction d'un hôpital municipal à Luxembourg (1949)

Le Bulletin se fait donc l'écho de (presque) toutes les grandes manoeuvres.

LE PRÉSENT ET L'AVENIR

En Europe, la fin du second conflit mondial ouvre les fenêtres de la presse périodique médicale à la brise qui souffle d'outre-Atlantique. Des critères plus rigoureux quant au contenu et à la présentation se répandent. Notre Bulletin se met au diapason de ses frères étrangers qui, on l'a vu, sont rarement ses aînés. Peu à peu, le style et la structure des articles se font moins personnels, plus uniformes. Ce qui se perd en spontanéité, en pittoresque, est gagné (ne serait-ce parfois qu'une apparence?) en tenue scientifique.

Dans la mesure où le style, c'est l'homme, il laisse aussi transparaître l'état d'esprit. La tonalité change progressivement avec le déroulement des années. Si l'enthousiasme, si la satisfaction professionnelle ne sont certainement pas l'apanage des générations d'antan, il semble qu'une certaine joie déserte peu à peu l'exercice de la médecine.

Les séances de communications de la Société, longtemps mensuelles, meurent petit à petit, comme un feu qui s'éteint. Après une ultime flambée en 1961, pour la célébration de son centenaire au Cercle Municipal de Luxembourg par une matinée ensoleillée de dimanche, ses membres ne sont plus invités à se réunir que pour les assemblées générales. Elle comportent une partie scientifique aux caractéristiques variables. La parole y est à différentes reprises aux vétérinaires et aux pharmaciens.

La Société des Sciences médicales, et la revue qui en est le reflet, affirment désormais davantage encore leur orientation vers la formation et l'information continues (ou postuniversitaires, ou permanentes): conférences et symposiums, d'une part, mises au point et articles d'actualité, d'autre part.

Un flot de méthodes d'investigation, de thérapeutiques, voire de maladies nouvelles déferle. Parmi ces dernières, le syndrome d'immunodéficience acquise aide à comprendre l'impact des épidémies sur les siècles révolus. En amont, cette coulée impétueuse abandonne déjà des fragments (des procédés, des théories . . .) qui se déposent, victimes du perpétuel processus de pétrification historique presque imperceptible pour les contemporains. C'est notre présent, que des

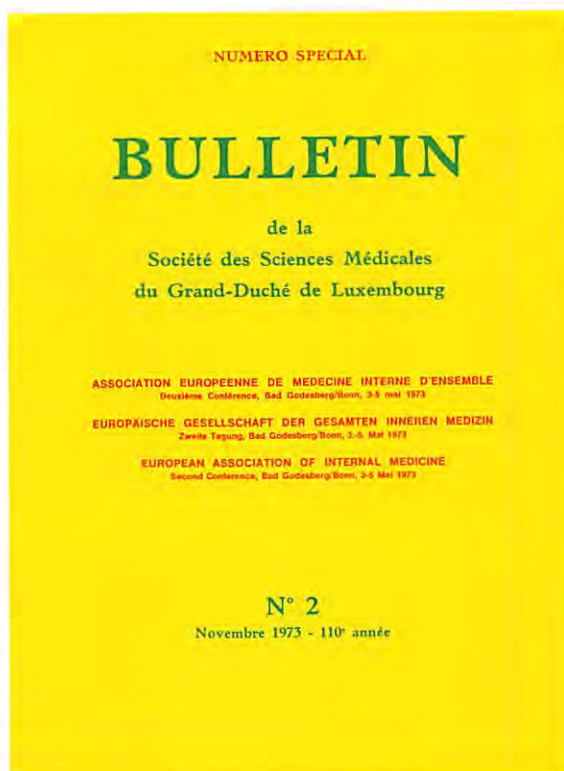


Fig. 5
Un numéro spécial en 1973.

observateurs futurs analyseront un jour pour l'intégrer à leur propre vision du passé.

Le Bulletin reste le principal point de rencontre des disciplines qui entrent statutairement dans la composition de la Société des Sciences médicales, dont la cohésion donne lieu à la réflexion suivante: «L'amalgame, en un organisme unique, de groupes professionnels assez dissemblables, lui confère une composition un peu hétéroclite ne facilitant pas un travail univoque . . . Mais . . . d'importantes surfaces de contact persistent . . . Aussi devons-nous, tout compte fait, nous féliciter que tous les groupes dont l'art de guérir est le commun dénominateur, soient parties intégrantes de la Société des Sciences médicales. Dans le domaine scientifique, comme dans d'autres où l'on fait parfois malencontreusement fi de cette vérité, l'éparpillement et la miniaturisation à l'extrême iraient à l'encontre de la viabilité et de l'efficacité, déjà menacées à tout moment dans un pays aux dimensions lilliputiennes.» (1969)

Qu'on chausse les bottes de lecteur, de collaborateur, de rédacteur en chef du Bulletin, ou celles du président de notre Société: je peux témoigner que sous cet éclairage changeant, notre revue apparaît comme l'épine dorsale de la Société des Sciences médicales. Constatation qui suffirait à elle seule pour dicter une réponse

affirmative à la question de savoir si la publication d'une telle revue médicale luxembourgeoise est encore justifiée.

C'est un héritage qui ne se refuse pas!

Mais il y a d'autres arguments.

Il faut continuer à offrir cette tribune, en la maintenant raisonnablement accessible, à tous ceux qui ont à coeur de formuler leur expérience, leur savoir, leur pensée. Comme le «publish or perish» n'a pas cours dans ce pays – une influence des travaux publiés sur les carrières médicales luxembourgeoises n'étant guère décelable – ils publient par goût, par désir, élargissant et projetant au-devant d'autrui le périmètre de leur espace intérieur, grâce aux pseudopodes de l'écriture.

Les articles qu'ils confient au Bulletin sont assurés d'une longévité, sur les rayons de la Bibliothèque Nationale, par exemple, dont sont exclues certaines autres publications qui poussent comme des champignons et en subissent le sort. Cela console du fait que l'éclat de la revue ne saurait briller comme celui d'un phare au-delà de nos frontières.

En 1965, un éditorial aborde cet aspect avec clairvoyance: «Le caractère régional de notre revue est par conséquent une imperfection que conditionne sa raison d'être: moyen d'expression pour nos auteurs, bravant le dicton que nul n'est prophète dans son pays; moyen d'information pour nos lecteurs, marqué par les caractéristiques du milieu dont il tire sa substance – et donc aussi, il faut bien le dire, par les limites découlant de la nature des choses et qu'il sied d'accepter de bonne grâce . . . Nous comprenons que certains aient à coeur de publier dans des revues à audience plus internationale, et les approuvons sans réserve.»

Ce réalisme inspire les tentatives répétées de porter à la connaissance du lecteur, dans la mesure du possible, les résumés d'articles publiés à l'étranger par des médecins luxembourgeois.

C'est surtout grâce aux mérites de la rédaction actuelle que les sommaires sont répertoriés par plusieurs systèmes internationaux informatisés de bibliographie, ébauche de résonance planétaire dont il y a lieu de se réjouir.

Plaisir d'écrire des uns, donc, égalé ou presque, espérons-le, par le plaisir des autres quand ils feuilletent, quand ils lisent les numéros venant de paraître et fleurant l'imprimerie, aboutissements miraculeux du chaos des manuscrits.

En marge des rapports, des échanges, des connivences entre auteurs et lecteurs, la chronique de la Société, celle des petits et grands événements de la vie médicale luxembourgeoise et celle des manifestations scientifiques apparentées, présente un singulier intérêt, mais à retardement celui-là. Les numéros qui cultivent cette fonction de mémorial sont autant de miroirs réfléchissant l'image de nos prédécesseurs. Nous apprenons sur eux force détails instructifs ou simplement divertissants.

Observée à travers le collimateur de l'histoire, la chronique locale se comporte comme le vin de qualité: elle se bonifie avec l'âge, tandis que les acquisitions récentes de la science vieillissent parfois fort mal. Qui lirait avec indifférence, dans

le compte rendu d'une assemblée générale: «Lettre de condoléance à Madame Veuve Pasteur», et dans celui de l'assemblée suivante: «Lettre de remerciement de Madame Veuve Pasteur pour la part que la Société a prise dans le deuil de Monsieur Pasteur»? (1897)

Si l'on hésite à infliger des pages d'un provincialisme trop voyant au lecteur risquant de faire la moue, il suffirait de les rendre facilement reconnaissables en se servant pour cette rubrique d'un papier d'une quelconque couleur, selon l'exemple du *Journal of the Royal Society of Medicine* de Londres. «Inspirons-nous des revues médicales étrangères sans les singer, ne rougissons pas d'une revue gardant quelques caractéristiques du terroir!» (1974)

Ainsi donc, la vie du Bulletin continue à palpiter sous nos yeux, fidèle à l'acquis d'hier, avec les adaptations qu'exigent le flux incessant du temps et la métamorphose accélérée des choses.* A l'heure actuelle, il tire à 1.350 exemplaires, dont 880 sont distribués aux sociétaires, alors que 160 exemplaires partent à l'étranger, à destination d'institutions allant de la Bibliothèque du Congrès de Washington à la Bibliothèque du Peuple de Pékin, en passant par plusieurs universités européennes et américaines.

Ces regards jetés dans le kaléidoscope d'une publication luxembourgeoise âgée de 125 ans, et assortis de quelques réflexions faisant le lien avec l'actualité, n'ont pas été alourdies par d'inutiles références détaillées, ni par trop de noms propres. Avec l'éloignement, les individus s'estompent, simples supports de la continuité dans l'oeuvre collective. Les années figurant sans autre indication entre parenthèses dans le texte, correspondent aux numéros auxquels les emprunts ont été faits.

«Au-delà des réalités économiques, les Luxembourgeois ont su donner à leur petite communauté l'indispensable dimension culturelle sans laquelle il n'y a pas de véritable Etat», a écrit Gilbert Trausch.

Le Bulletin de la Société des Sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg se veut une pièce, certes ténue, mais harmonieusement encadrée, dans la mosaïque de notre originalité, de notre personnalité nationales.

* «The only problem with metamorphosis is that the result is not always a butterfly», vient d'écrire R. G. Springall, chirurgien au North Middlesex Hospital à Londres.

Aus der Vergangenheit der Luxemburger Medizin: Zitate von Dr. Franz Delvaux

RAYMOND SCHAUS
Abt. für Innere Medizin
Sankt-Theresien-Klinik, Luxemburg

Einige Exemplare einer Zeitschrift, die den meisten Lesern unbekannt sein dürfte, hat mir der Zufall in die Hände gespielt: „Chirurgische Mitteilungen aus dem Krankenhaus St. Joseph, Luxemburg-Fischmarkt“. Der Band III (*Abb. 1*), im Jahre 1913 in München von der Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner u. Callwey gedruckt, ist mit einem „Bericht über den sechsten Internationalen Kongreß für Geburtshilfe und Gynäkologie“ ausgefüllt, der vom 9. bis zum 13. Dezember 1912 in Berlin stattfand.

Der Autor, Dr. Franz Delvaux (1872-1964) (*Abb. 2*), einer der Pioniere der Luxemburger Chirurgie, sprengt den eigentlichen Rahmen eines Kongreßberichtes. Literarisch begabt und interessiert – mancher Leser erinnert sich an sein 1945 mit Erfolg veröffentlichtes Kriegstagebuch: „Luxemburg im zweiten Weltkrieg“ – läßt er seinen Gedanken, seinen „Träumereien“, wie er schreibt, freien Lauf, und wartet mit zahlreichen persönlichen Betrachtungen allgemeiner Natur auf.

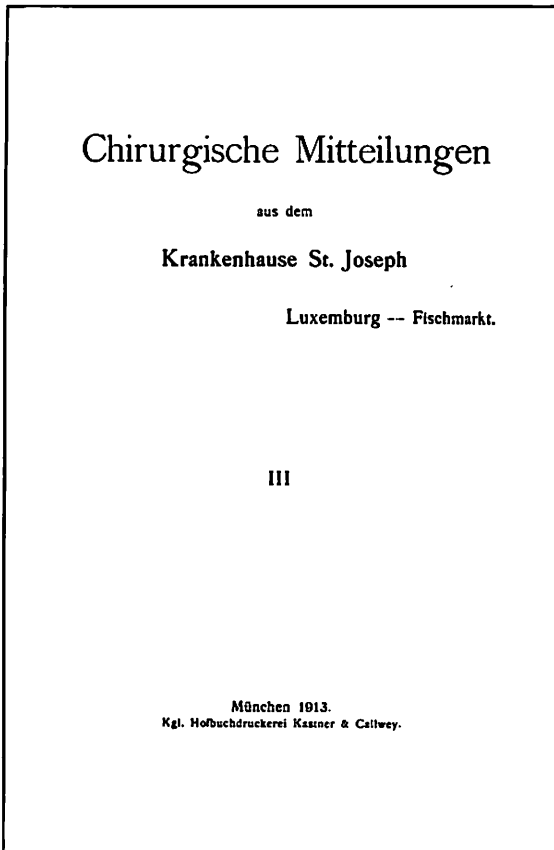
Die oft humorvolle Prägung verfehlt auch auf den heutigen Leser ihre Wirkung nicht, selbst wenn der Inhalt sich nicht unbedingt in allen Teilen mit seinen eigenen Ansichten decken dürfte . . .

Den kurz vor dem ersten Weltkrieg von Dr. Delvaux zu Papier gebrachten Erwägungen haftet heute noch ein beträchtliches Maß von Wirklichkeitsnähe an. Sie regen zum Nachdenken an, aber auch zum Schmunzeln.

Eine Auslese aus dem 118 Seiten starken Bändchen scheint berechtigt, kommt doch gerade dieses Jahr, in dieser Zeitschrift, Historisches aus dem publizistischen Wirken der Luxemburger Ärzteschaft zu Ehren.

* * *

„Die Spezialisierung à outrance, welche sich in letzter Zeit in allen Gebieten der Heilkunde immer mehr und mehr ausbildet und erweitert, ist nicht richtig und muß notwendigerweise diverse und gefährliche Schattenseiten nach sich ziehen. Der Spezialist, welcher nur seine Spezialität betreibt und beherrscht, wird einseitig: er versimpelt, verliert den Überblick über die wichtigsten Daten der allgemeinen Pathologie. Sein ärztlicher Blick wird gegen alles abgestumpft,



*Abb. 1
Die III. Nummer
der „Chirurgischen Mitteilungen
aus dem Krankenhaus St. Joseph“*

gleichgültig und verschleiert, was nicht gerade in den Bereich desjenigen Organs fällt, dessen Pathologie und Therapie er als seine nähere Wirkungszone ansieht. Der Gynäkologe verkläusiert sich in seine Vagina, der Rhinologe in seine Nase, und beide laufen Gefahr, daß sie sich mit der Zeit hier so hermetisch einschließen, daß sie geistig ersticken müssen.

*

Es ist für jedermann ungeheuer leichter, den klaren, offenen Geist der Chirurgie zu erfassen, als sich in dem Zellenwirrwarr und dem komplizierten und meistens noch unbekanntem Chemismus eines erkrankten, lebenden Organismus zurechtzufinden . . . Die Chirurgie rechnet immer mit sichtbaren und greifbaren Angriffspunkten, die interne Medizin dagegen beruht noch immer vielfach auf Hypothesen und auf Probabilitäten . . . Die Chirurgie gefällt auch dem äußeren Tatendrang, der expansiven, vorwärtsstrebenden Energie der Jugend besser als der ruhige, oft schleppende und oft schwerverständliche Gang der inneren Medizin.

*

Der Chirurg darf sich weder über seine Erfolge freuen, noch sich über seine Mißerfolge grämen . . . Der Chirurg soll seine Erfolge als etwas Selbstverständliches ansehen, als Beweis, daß er sich mit seiner Technik und mit seinen Kenntnissen im richtigen Geleise befindet . . . Die Gefühlssphäre darf beim Chirurgen nicht zur Geltung kommen: der nüchterne, logische Denker darf nur allein sein Leiter und der Beurteiler seiner Erfolge und Mißerfolge sein, die er mit stoischem Gleichmut zu vermerken hat.

*

Wenn ich einem alten Herrn begegne, der trotz der hohen Zahl seiner Jahre noch recht rüstig ist, so sage ich mir nicht: muß der Mann aber eine gute Gesundheit gehabt haben; sondern der erste Gedanke, welcher sich bei mir aufdrängt, bringt mich unwillkürlich dahin, anzunehmen, daß der alte Herr wohl ein ruhiges, ein wenig sorgenvolles Leben gehabt haben mag.

*

Eine Frau wird nie einen guten Chirurgen abgeben, trotzdem gewöhnlich die manuelle Geschicklichkeit der Frau die Fingerfertigkeit des Mannes übertrifft.

*

Die mit dem Kongreß verbundene Ausstellung und Kaufstelle von chirurgischen Instrumenten . . . ist schließlich keine Ausstellung mehr, das ist das reinste Basargeschäft.

*

Der Arzt gibt sich heute gewöhnlich die Mühe nicht mehr, den Kranken längere Zeit zu beobachten, den Fall zu studieren, und durch Analogie, durch Deduktions- und Abstraktionsschlüsse eine richtige und haltbare Diagnose festzustellen. Der Kranke wird gleich ins Röntgenkabinett geschleppt, trotzdem es dem Arzte öfters ein Leichtes wäre, durch einiges Nachdenken, auch ohne Hilfe der Röntgenstrahlen, den Krankheitsfall richtig deuten zu können. Hierdurch wird einerseits die Bequemlichkeit und Denkfaulheit des Arztes gefördert und großzügig, andererseits wird seine Beobachtungsgabe, seine Urteilskraft geschwächt, und es schwindet bei ihm immer mehr und mehr das Gefühl der inneren Befriedigung, welches jeder Mensch nach der richtigen Lösung von schwierigen Problemen empfindet.

*

Der Arzt wird zum pedantischen Laboratoriumsmenschen herabgedrückt, anstatt daß er zu einer Persönlichkeit herangezogen werden sollte, zu einem weitblickenden Künstler: „L'homme de l'art“ heißt er ja in unserer Gerichtssprache, wenn die Herren Juristen von uns Ärzten reden, trotzdem die Herren Juristen ja sonst im allgemeinen nicht viel Aufhebens machen von den Medizineren.

*

Ein richtiger Arzt muß gelegentlich eine richtige Diagnose stellen können, auch ohne immer zu all den modernsten diagnostischen Hilfsmitteln greifen zu müssen . . . Ein richtiger Chirurg muß seine Fäden mit Hilfe seiner Fingerspitzen, seinen

natürlichen und zuverlässigsten Instrumenten, einfädeln können, auch ohne Hilfe einer Einfädelungsmaschine.

*

Je später die Berliner Chirurgen schlafen gehen, desto früher scheinen sie aufzustehen . . . Die Berliner Gynäkologen sind im allgemeinen gute Chirurgen. Ich habe in Berlin nur einen Operateur getroffen, welcher schlecht operierte, und bei welchem man wirklich lernen konnte, wie man nicht operieren soll . . . In bezug auf technische Vollkommenheit sind aber die französischen Chirurgen noch immer ihren Berliner Kollegen überlegen. Die fabelhafte Gewandtheit, mit welcher die meisten französischen Chirurgen arbeiten, lassen dieselben nicht mehr als Chirurg erscheinen, sondern vielmehr als Artist.

*

In einer Beziehung sind gewöhnlich die deutschen Chirurgen ihren französischen Kollegen überlegen, nämlich im aseptischen Operieren. Die Asepsis wird in Deutschland meistens viel strenger durchgeführt wie in Frankreich. Das kommt wohl daher, weil die strenge Befolgung der Asepsis nur durch jahrelangen Drill und pedantische Genauigkeit eingepaukt werden kann. Drill und Pedantismus sind nun aber zwei Eigenschaften, denen sich die sprudelnde, impulsive, jeden Zwang hassende Natur des Franzosen nie fügen kann. Am wenigsten aseptisch operieren die Belgier.

*

Der erste Assistent schimpft über den zweiten, der zweite über den dritten, der dritte über den vierten, und wenn ein zwölfter da ist, so schimpft der elfte über diesen zwölften. Der letzte Assistent endlich schimpft über den Diener und dieser kann sich nicht anders helfen, als dem Kranken gegenüber seine Superiorität zum Ausdruck zu bringen . . . Infolge dieser Titulatursucht und infolge des Nimbus, den in Deutschland jeder Dokortitel mit sich bringt, gibt es wohl kein Land, in welchem man seine angeborene Dummheit durch irgend einen erworbenen akademischen Dokortitel, vermittels eines wissenschaftlichen Anstriches, so schön und so sicher verdecken kann wie in Deutschland.

*

Es ist für die praktischen Ärzte, welche weit entfernt von den großen medizinischen Zentren wohnen, sehr oft recht schwierig, sich in all den neuen Behandlungsmethoden zurechtzufinden, welche fast täglich auftauchen, und es ist für sie oft unmöglich, das Gute von dem Schlechten zu trennen, die Spreu vom Weizen unterscheiden zu können. Nur allzuoft geschieht es, daß in den medizinischen Fachblättern eine neuartige Therapie nicht nur beschrieben und angekündigt, sondern geradezu den Ärzten, unter Hilfenahme der verlockendsten Auspizien, geradezu aufgedrängt wird. Späterhin stellt es sich nun nicht selten heraus, daß die Hoffnungen, welche man auf die neue Heilmethode gesetzt hatte, nur auf falschen, sogar oft auf leichtsinnigen und oberflächlichen Beobachtungen beruhten.

*

Über den Wert von Kongressen, speziell von medizinischen Kongressen, ist viel, sehr viel diskutiert worden. Ein bekannter Professor der Chirurgie, ein früherer Lehrer von mir, war ein ausgesprochener Kongreßgegner. Er behauptete, die Kongresse würden nur eine Art der Selbstverherrlichung abgeben und würden fast ausschließlich von jungen Strebern besucht werden, welche eine wohlfeile Reklame um ihren Namen inszenieren wollten. Etwas Wahres ist ja allerdings an diesem Urteil, welches doch entschieden viel zu hart und ungerecht ist.

*

Gewiß, manche Reden auf den medizinischen Kongressen sind überflüssig und geradezu nichtssagend. Man merkt es dem Redner nur allzusehr an, daß er vor allem die Aufmerksamkeit auf seine eigene Person und nicht auf sein Wissen hinlenken will, daß er redet, um überhaupt nur etwas zu sagen und nicht um die Zuhörerschaft zu belehren. Aber das ist die Ausnahme . . . Es fanden sich vorzugsweise unter den Rednern jüngere Elemente vor, welche Reden hielten über theoretische Spekulationen und über Erfahrungen, welche sie im Laboratorium oder in der Kaninchenpraxis gesammelt hatten. Diese Herren redeten meistens, weil sie reden wollten . . . In Frankreich ist die Zahl dieser Effekthascher entschieden viel geringer . . . Manche Redner sprachen abfällig über eine bestimmte Handlungsweise, andere Redner dagegen waren über dieselbe des Lobes voll . . . Das Bemerkenswerteste am Berichte von B. ist, daß sein Bericht eigentlich nichts Bemerkenswertes enthält.

*

„Le péritoine a la charité de l'Évangile“, sagte Roux, „il ne pense pas à mal; il tolère; il pardonne“ . . . Ob auch das Bauchfell des Mannes so vielen infektiösen Anstürmen standhalten würde wie das Bauchfell der Frau, ist zweifelhaft! . . . Glücklicherweise ist jedoch das Bauchfell des Mannes aus anderweitigen Gründen gegen jede Puerperalentzündung sicher und vollkommen gefeit.

*

In unserem Lande wächst in letzter Zeit die Zahl der Medizin studierenden jungen Leute unnatürlich gewaltig.

*

Das Automobil gestaltet sich immer mehr und mehr zu einem unentbehrlichen Transportmittel bei der Ausübung der ärztlichen Praxis, sowohl für den Kranken als auch für den Arzt. Manches Leben konnte schon durch das Automobil gerettet, manche Schmerzen konnten frühzeitiger gelindert werden. Und es ist zu hoffen und zu erwarten, daß die Automobilsteuer, welche demnächst in unserem Lande eingeführt werden soll, das bescheidene Automobil des Arztes nicht als Luxusgegenstand, sondern als ein für den Arzt und für den Kranken, also für die gesamte Einwohnerschaft, notwendiges Instrument ansehen und belasten wird.

*

In Frankreich war es bisher allgemein angenommen, fast möchte ich sagen gesetzliche Tradition, daß die Kranken, an welchen eine Laparotomie vorgenommen worden war, am 21. Tage nach der Operation aufstanden . . . Im Kranken-

hause St. Joseph lassen wir die Kranken nach einer Bauchoperation gewöhnlich in normalen Fällen am 11. oder 12. Tage aufstehen. Wir fügen uns aber vielfach den Wünschen unserer Patienten.

*

Als P. die Vorzüge, die Eleganz und die absolute Zuverlässigkeit seines Okklusivpessars auseinandersetzen wollte, gab plötzlich Z., welcher in der ersten Reihe des Zuhörerraumes saß, das Zeichen zu einem allgemein mißbilligenden Fußscharren und rief dem Redner zu, daß sein Vortrag in ein Bordell passe, nicht aber auf einen gynäkologischen Kongreß. Herr P. sah sich hierdurch gezwungen, mit seinem neuen Okklusivsicherheitspessar schleunigst zu verschwinden.

*

In einer Großstadt ist es natürlich für den Chirurgen viel leichter, sich auf die Höhe der operativen Kunst heraufzuarbeiten und sich auf dieser Höhe zu halten, als für den Operateur einer Kleinstadt, welcher eine wirklich starrköpfige Energie und einen begeisterungsfähigen, nie nachlassenden Schaffensdrang besitzen muß, um sich vor jeder Versumpfung zu schützen, und um nicht in der geistestötenden Eintönigkeit des Alltagslebens zu verflachen und schließlich unterzugehen.“

Historique du Syndicalisme Médical du Grand-Duché de Luxembourg

DR A. THIBEAU

LES DÉBUTS

La conscience syndicale du corps médical et médico-dentaire est intimement liée à la création des premières caisses de maladie en 1901.

Si l'assurance maladie se limitait à cette époque aux seuls ouvriers, à l'exclusion même des membres de leur famille, il faut attendre la période après la Deuxième Guerre mondiale pour voir s'étendre l'assurance maladie, entre 1951 à 1964, à toutes les catégories socio-professionnelles, voire à toute la population.

Ceci explique qu'entre 1901 et 1936, les actions syndicales étaient plus ou moins confondues avec l'activité du Collège médical.

Malheureusement, nous ne disposons plus d'aucune archive de cette époque si ce n'est une brochure remarquable, datée de 1948, où le Dr Schaeftgen relève «qu'en 1902 le corps médical se trouve en lutte à d'interminables campagnes diffamatoires inaugurées par le département de la Prévoyance Sociale (actuelle Sécurité Sociale) et la Chambre de Commerce dominée par le grand patronat. En 1927, la tribune de la Chambre des Députés retentit d'insinuations odieuses contre le corps médical . . .».

Un projet de loi en 1926 prévoit l'abolition du libre choix pour les familles des assurés, et après de multiples interventions du Syndicat médical, le projet est retiré. C'est l'époque où les médecins sont rémunérés forfaitairement jusqu'à un changement survenu suite à un arrêté ministériel du 1.7.1926 déterminant un tarif dit «gouvernemental» avec indexation automatique.

A la suite, plusieurs contrats sont conclus avec différentes caisses de maladie – il y en avait déjà 73 en 1902 – sur la base de ce tarif.

LA CRÉATION D'UNE ASBL

Le 20.12.1936 le Syndicat médical est fondé sur base de la loi du 21.4.1928 sur les associations sans but lucratif. Son administration est confiée à onze membres, dont deux médecins-dentistes. Le premier président sera le Dr Adolphe Faber qui garde ce poste jusqu'en 1950 où il devient président du Collège médical.

Le Dr Loutsch le caractérise ainsi: «Noble caractère, charitable envers son prochain, combattant l'injustice, Faber avait une haute idée de la profession médicale.»

Le Dr Nic Schaeftgen d'Esch-sur-Alzette devient la cheville ouvrière du Syndicat médical en tant que secrétaire-trésorier de 1936 jusqu'à sa mort en 1950. Homme exceptionnel, en tant qu'omnipraticien dévoué, il fut sur la brèche à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Il était connu pour son franc-parler, son attaque directe, son honnêteté et sa ténacité. Il est le promoteur de l'hôpital de la ville d'Esch et, en dehors de son activité au sein du Syndicat, il est également la cheville ouvrière du Collège médical.

Après l'occupation nazie de 1940 à 1945, période particulièrement éprouvante pour le corps médical appelé à soigner dans la clandestinité les nombreux réfractaires malades ou blessés, l'ancien système d'avant-guerre de l'assurance maladie reprend et le Dr Schaeftgen mène le combat pour améliorer la situation matérielle du corps médical à une époque où la consultation est tarifée à 25 francs et la visite à 35.

LES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ET LES CONSEILS D'ADMINISTRATION

Après les changements à la tête du Syndicat, après les pertes des Drs Faber et Schaeftgen, le Dr Félix Worré devient président en 1950, poste qu'il occupe jusqu'en 1961 au moment où il est nommé Conseiller d'Etat. Il se fait seconder par un éminent conseiller juridique, Maître Ernest Arendt, qui reste au service du Syndicat médical jusqu'en 1973, suivi de Me Gast Neu. Le Dr Raymond Neyens est secrétaire général de 1950 à 1958. Depuis cette époque les assemblées générales ordinaires se suivent régulièrement à la fin de chaque année. Le Dr Worré, une des figures marquantes du syndicalisme médical, inaugure en 1959 l'ouverture au public des premières parties de ces journées médicales en invitant les hôtes de marque de l'étranger ou du Grand-Duché pour traiter un sujet médico-social d'actualité, tradition poursuivie tous les deux ou trois ans jusqu'à ce jour.

Tous les deux ans ont lieu les élections partielles pour la moitié des membres du Conseil d'administration, dont le nombre est relevé à quinze en 1961 et dont la durée du mandat est fixée à quatre ans. Ainsi le Dr Roger Wilwert est élu secrétaire en 1958 pour devenir président en 1962 jusqu'à son décès prématuré en avril 1964. Le Dr Wilwert, omnipraticien de Dudelange, combatif par excellence, n'a pu terminer son oeuvre remarquable, entreprise dans l'intérêt du syndicalisme médical.

Le Dr André Thibeau lui succède comme secrétaire général de 1962 à 1964.

Après le décès du Dr Wilwert, et lors d'une assemblée houleuse, la totalité du comité fut remplacée. Le Dr Koppes devient président en 1965 et successivement durant cet exercice, le Dr Rudi Meyers et le Dr Emile Quiring sont secrétaires.

Depuis fin 1965 à ce jour le Dr A. Thibeau est président et le Dr Guy Meisch est secrétaire général.

Les médecins-dentistes faisant partie du Syndicat médical, un des trois médecins-dentistes membres du conseil d'administration est premier vice-président. Successivement, ce sont les Drs Camille Montbrun (1962 à 1965), Robert Philippart (1966), Lucien Deitz (1967 à 1973), Jean Kraft (1974 à son décès prématuré et inopiné fin 1982), Jean-Paul Lang (1983) et Marc Rosch (1984 à ce jour).

Relevons encore qu'en octobre 1961, la dénomination du Syndicat médical est modifiée en Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD), que des bureaux propres sont installés en 1960 à l'avenue de la Gare et depuis août 1977, l'AMMD occupe sa propre Domus Medica, 29, rue de Vianden.

Un bulletin d'information, mensuel puis bimensuel, est créé en 1960 («Le Corps Médical») paraissant régulièrement depuis lors. Le Dr Georges Muller, rédacteur entre 1964 et 1968, a été particulièrement actif.

A cette époque le problème de la fiscalité et celui de leur propre sécurité sociale, occupe l'activité de l'AMMD. En 1964, les professions libérales sont affiliées à la caisse de pension et de maladie des employés privés et traités sur le même régime du système contributif.

LES CONVENTIONS

Une des principales activités de l'AMMD résulte de l'article 308bis du Code des Assurances Sociales imposant des conventions obligatoires avec toutes les caisses de maladie liant et tous les médecins et tous les assurés.

Une convention du 7.5.1958 avec les caisses de maladie des fonctionnaires et employés introduit une différenciation des tarifs en trois groupes en fonction des revenus des assurés, suivie plus tard par une convention analogue avec la caisse de maladie des professions indépendantes et la caisse agricole.

Depuis cette époque, l'AMMD lutte continuellement pour une adaptation équitable des tarifs en général contre les pertes du pouvoir d'achat, en parallélisme avec les salaires qui sont adaptés automatiquement à l'indice du coût de la vie et subissent périodiquement des augmentations «extra-indiciaires».

En outre, l'AMMD s'est depuis toujours efforcée de revaloriser les actes de base, consultation et visite. Une première revalorisation a lieu en 1965. Constatant que jusqu'à cette époque, les seules adaptations tarifaires étant celles au coût de la vie, l'AMMD entreprend dès 1966 des démarches pour obtenir d'autres adaptations pour ne pas accuser un retard trop important par rapport à l'évolution générale des salaires.

L'année 1970 est marquée par une importante action syndicale en vue de la majoration substantielle de la visite. Une grève administrative débute le 1^{er} juillet entraînant après plusieurs interventions infructueuses de la Commission de Conciliation et d'Arbitrage, celle du Ministre de la Sécurité Sociale, M. Jean Dupong, qui réussit le 5.8.1970 lors d'une séance mémorable à concilier les parties. L'action aboutit à la conclusion d'un avenant majeur consistant à un relèvement de la visite de 54% et ultérieurement à une adaptation automatique hors indice des

tarifs aux mêmes augmentations que celles des fonctionnaires et employés de l'Etat. D'autre part, la convention accorde aux médecins la faculté d'employer des augmentations globales pour des adaptations sélectives de certains tarifs, faculté qui est amplement utilisée afin de suppléer à certaines injustices tarifaires.

Ce régime persiste jusqu'en 1980-1981, période durant laquelle, à la suite de la crise économique, le Comité central de l'Union des Caisses de Maladie voudrait imposer au corps médical une enveloppe financière globale. L'AMMD se déclare d'accord à accepter un autre paramètre d'adaptation automatique (avenant du 25.2.1981). Une sentence de la CCA du 9.12.1981 se prononce en faveur d'une adaptation annuelle automatique à l'évolution de la masse salariale globale.

Le 30.6.1982 est signé un avenant introduisant une fixation annuelle mais en abolissant l'automatisme qui a prévalu depuis lors. A la suite, après de dures négociations, traînant de plus en plus en longueur, les parties ne trouvant jamais un accord (sauf en 1988), la CCA a dû prononcer à chaque fois une sentence, qui par surcroît n'a pas toujours été homologuée par le Ministre de la Sécurité Sociale.

L'INGÉRENCE DE L'ÉTAT

Faisant suite à des tables rondes ayant pour but de faire des propositions face à un déficit de plus en plus important de l'assurance maladie, le Gouvernement propose fin 1982 à la Chambre de Députés, par le biais de la loi budgétaire, d'imposer aux fournisseurs médecins, médecins-dentistes (et pharmaciens) de prendre à leur charge la moitié du déficit accumulé des caisses, soit 205 millions, équivalant à une diminution moyenne de 6,5 % des tarifs. Ces mesures ont été prorogées depuis d'année en année par un vote de la Chambre.

1966 est marqué par un double conflit; avec les instances publiques d'abord celui dit de la «Clinique pour enfants». Le Secrétaire d'Etat à la Santé, M. Vouel, ayant voulu imposer une organisation contraire aux préceptes du Collège médical et de l'AMMD, a été obligé, après une interpellation qui a occupé deux séances de la Chambre des Députés, les 5 et 11 mai, d'accepter une motion de la «main tendue» ayant abouti finalement à une normalisation de sa relation avec les médecins. Cette affaire a eu pour conséquence une prise de conscience fructueuse du corps médical en matière d'organisation hospitalière en imposant au Gouvernement la consultation du corps médical avant toute décision.

Parallèlement, en 1966, le Gouvernement avait prévu d'imposer au corps médical l'organisation du service médical d'urgence à sa guise, tandis qu'une assemblée générale extraordinaire du 15.5.1966 avait voté la motion suivante: «l'assemblée manifeste sa volonté de voir organisé le service de garde et d'urgence sous l'autorité exclusive du corps médical et rejette à ce sujet toute convention collective». En fait l'AMMD avait préparé un projet de règlement complet qui n'a pu être exécuté parce que pour le Gouvernement c'était une affaire de prestige entre deux ministères, pour les Services de l'Etat une impossibilité matérielle et pour les caisses de maladie une affaire de gros sous.

Après de multiples discussions, il faut attendre l'année 1985 pour le vote de la loi sur l'abstention fautive telle que l'avait préconisé l'AMMD et en 1986 celle du

service médical d'urgence qui vient de voir réalisés en 1989 ses règlements d'exécution par l'introduction du SAMU.

LES AUTRES ACTIVITES

Dans le cadre de la présente contribution, il nous est impossible de relever toutes les lois en matière de sécurité sociale et de santé publique auxquelles l'AMMD a contribué.

Nous voudrions néanmoins relever sa contribution:

- pour la construction et l'organisation de l'hôpital municipal, englobé plus tard dans le Centre Hospitalier de Luxembourg (en 1973 et 1974) par la loi du 10.12.1975 introduisant un nouveau système de rémunération des médecins,
- pour la réforme du Code des Assurances sociales (assemblée extraordinaire du 13.2.1971),
- à la discussion du plan de développement des services de santé publique du Grand-Duché présenté par les experts de l'OMS Aujaleu et Rösch (octobre 1972),
- à la loi du 29.8.1976 concernant la planification hospitalière et sa loi-cadre du 17.12.1976 ainsi que son activité au sein du Conseil des hôpitaux,
- à la loi du 2.8.1977 concernant la profession médicale suite aux directives de 1975 concernant la libre circulation,
- et d'autres encore.

Sur le *plan européen et international*, l'AMMD n'est pas restée inactive. Déjà, le Dr Worré avait été président du Conseil de l'Association Médicale Mondiale à laquelle l'AMMD est affiliée. Elle est membre fondateur du Comité Permanent des médecins de la CEE qui a préparé les directives de 1975, suivies plus tard de celles introduisant pour les omnipraticiens une formation complémentaire de deux ans. En mai 1970, l'AMMD avait organisé à Luxembourg une des séances plénières de ce Comité Permanent.

L'AMMD est aussi très active au sein de l'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes); elle y est représentée essentiellement par le Dr. M. Demoullin, à l'UEMO (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens) où le Dr Widong puis le Dr Meisch ont activement représenté notre pays et finalement au Comité Consultatif pour la formation des Médecins par les Drs Meisch, M. Demoullin et H. Metz. Toute une série de réunions de ces organismes européens ont eu lieu à Luxembourg.

L'AMMD est actuellement surtout préoccupée par le problème de la *démographie médicale*, où, après la pénurie des années 1960 s'est installée une pléthore, le nombre de médecins ayant pratiquement doublé en très peu de temps avec une progression beaucoup plus rapide des omnipraticiens et toujours une pénurie relative dans certaines spécialités, le nombre de médecins étrangers étant actuellement de 12%, proportion de loin la plus importante de tous les pays de la CE.

En matière d'assurance maladie, l'AMMD a pris d'importantes *options de fond* que nous ne pourrons que résumer à cet endroit:

- la médecine gratuite pour tous constitue un mythe et est irréaliste,
- contrairement à la thèse des partenaires sociaux, l'AMMD est d'avis que la solidarité nationale doit jouer plutôt au niveau des prestations que des cotisations en préconisant une franchise modulée en fonction des revenus.

De toute façon, le corps médical s'oppose à un système qui amènerait à moyenne échéance à un rationnement de la médecine et son nivellement vers le bas, et préconise de continuer à offrir à tout citoyen une médecine humaine et de qualité qu'il mérite et qui correspond au standing de vie actuel de notre population.

P.S. : Cette contribution représente un résumé de l'historique beaucoup plus détaillé - de plus d'une centaine de pages et onze annexes avec bibliographie - qui sera probablement publié ultérieurement sous forme de monographie.

Chronique Vétérinaire

GEORGES THEVES

Abattoir de la Ville de Luxembourg

JOSEPH KREMER

Administration des Serv. Vétérinaires

LE MÉDECIN-VÉTÉRINAIRE LUXEMBOURGEOIS DE 1790 À NOS JOURS

INTRODUCTION

La commémoration du 150^e anniversaire de notre indépendance et le 125^e anniversaire du Bulletin de la Société des Sciences Médicales nous ont tout naturellement amenés à nous occuper du passé de notre profession, celle de médecin-vétérinaire.

La médecine vétérinaire, confondue pendant une longue période avec la médecine de l'homme, est restée longtemps moyenâgeuse et empirique, imprégnée d'une magie irrationnelle et elle n'a guère profité du renouveau éclatant de la Renaissance.

Ce n'est qu'à partir de la fin du 18^e siècle, dans la France des «Encyclopédistes», qu'ont été fondées les premières écoles de médecine vétérinaire entraînant la médecine des animaux dans un courant résolument scientifique.

Depuis «elle s'est développée à l'image de la médecine humaine, rapidement, pour rattraper en deux cents ans, plus d'un millénaire d'ignorance». (Clément Bressou – Histoire de la médecine vétérinaire – 1970)

La médecine vétérinaire a bénéficié de tous les progrès de la médecine en général, mais elle a également su innover, apportant ses réalisations propres au plus grand profit de la médecine humaine. Rappelons à ce propos et à titre d'exemple la part prise par les vétérinaires français Guérin et Ramon, le premier dans la mise au point du BCG et le second dans la découverte des anatoxines.

Mais revenons dans un cadre plus modeste et essayons d'esquisser brièvement l'évolution de la médecine vétérinaire au Grand-Duché jusqu'à nos jours.

LES PREMIERS VÉTÉRINAIRES LUXEMBOURGEOIS

L'état d'esprit qui a régné au Siècle des Lumières et des Encyclopédistes a largement favorisé la création de la première école de médecine vétérinaire au

monde par l'écuyer Claude Bourgelat à Lyon en 1762, suivie trois ans plus tard par celle d'Alfort près de Paris.

L'ouverture des écoles vétérinaires en France fit effet de boule de neige un peu partout en Europe. Ainsi les écoles vétérinaires de Copenhague (1773), Dresde (1774), Parme (1776), Vienne (1777), Berlin (1790) et Munich (1790) ouvrirent leurs portes aux premiers élèves vétérinaires.

Le besoin d'agrandir les connaissances en médecine des animaux se faisait plus pressant que jamais, face aux épidémies qui décimaient régulièrement les cheptels équins, bovins et ovins d'Europe, cheptels dont les armées royales, révolutionnaires et impériales avaient pourtant un si grand besoin.

En effet, il fallait asseoir les traitements médicaux et chirurgicaux sur des bases anatomiques et physiologiques solides et réduire la part des formules magiques, incantations, procédés du genre «Clé de St-Hubert», pommades à l'or et autres remèdes secrets qui jusque-là dominèrent le traitement des maladies des animaux.

En 1777 s'ouvraient les portes du «k. und k. Thierspital» à Vienne, qui accueillait comme élèves surtout des soldats de l'armée autrichienne, des maréchaux-ferrants mais aussi des étrangers. Dès 1790 nous y retrouvons *Nicolas Wagner*, né vers 1767 à Schrondweiler. Après les deux années d'études obligatoires, Nicolas Wagner s'engage comme vétérinaire militaire dans l'armée autrichienne pendant 15 ans. Il est de retour à Ettelbruck après avoir pratiqué durant 3 ans la médecine des chevaux au Quartier Général du «Rheinbund» à Mayence. En 1810 donc, Wagner sollicite auprès du Préfet du Département des Forêts le droit d'exercer sa profession à Ettelbruck pour «subvenir à ses besoins et pour servir son pays». Mais les Français se méfient des connaissances de cet hippiatre revenant d'Autriche et exigent de Nicolas de suivre pendant 3 ans les cours à Alfort. (Il est âgé de 43 ans à ce moment-là) «Chose impossible!» prétend-il, vu «qu'il ne connaît pas assez bien la langue française». L'administration française de l'époque semble soudain se souvenir des services rendus par le vétérinaire luxembourgeois aux armées de Napoléon durant son séjour à Mayence, puisqu'elle lui permet de passer l'examen devant le jury d'Alfort le 21 avril 1811, tâche dont Nicolas Wagner s'acquitte avec la «mention honorable», lui qui apparemment ne connaissait pas bien le français! Il est décédé en avril 1812 à Ettelbruck. Nicolas Wagner est donc, d'après nos recherches, le premier Luxembourgeois à être breveté vétérinaire, et cela en 1792 à Vienne.

L'ancien Duché de Luxembourg fut annexé à la France sous le nom de Département des Forêts en 1795 et faisait partie intégrante de ce pays. Pendant cette période 5 jeunes Luxembourgeois ont acquis leur brevet d'artiste vétérinaire à Alfort, à savoir:

Jean-Michel Schoppach de Luxembourg (diplômé à Alfort en 1806. Il n'est toujours pas revenu de Paris en 1808 et s'est engagé dans les armées napoléoniennes).

Charles Neu d'Echternach (diplômé à Alfort en 1809, mort en 1813),

Charles Dutreux de Grevenmacher (diplômé à Alfort en 1809, décédé en 1810),

Henri Arendt de Diekirch (diplômé à Alfort en 1809, fixe sa résidence à Paliseul près de Neufchâteau, est de retour à Ettelbruck en 1816, s'engage ensuite dans la cavalerie hollandaise d'où il prend congé en 1820 pour revenir à Diekirch où il meurt peu de temps après) et

Pierre Wirtgen de Luxembourg (diplômé à Alfort en 1815).

A cette liste de vétérinaires luxembourgeois il faut ajouter ceux qui sont originaires de la partie wallonne de l'ancien Duché rattachée à partir de 1831 à la Belgique nouvellement créée et qui ont exercé pendant un certain temps au Grand-Duché.

Il s'agit de:

Laurent Bastien de St-Marc près de Neufchâteau (diplômé à Alfort en 1806),
Ferdinand Lejeune également de Neufchâteau (diplômé maréchal vétérinaire à Alfort en 1813),

Jean-Joseph Arnould de Straimont et

Jean-Baptiste Rousselle de Walcourt, ainsi que de

Jean-Joseph Houba de Rochefort.

En 1830 la Révolution belge éclata et le pays entier, à l'exception de la capitale-forteresse occupée par une garnison prussienne, s'y est rallié, ce qui explique le fait qu'aux archives de l'Etat les documents sur la période de 1830 à 1839 sont très rares.

En 1836 fut fondée à Cureghem la première école vétérinaire belge qui a aussitôt accueilli un certain nombre d'élèves en provenance du Grand-Duché, de sorte que le nombre de vétérinaires qui était de deux en 1839 est passé à onze dix ans plus tard pour atteindre le nombre de vingt en 1864.

Leurs moyens thérapeutiques étaient rudimentaires, basés essentiellement sur les extraits de plantes médicinales et quelques substances chimiques simples connues à l'époque.

Quels étaient les animaux auxquels ces professionnels au nom combien poétique «d'Artistes Vétérinaires» allaient prodiguer leurs soins?

De minutieux rapports de l'Administration du Département des Forêts nous ont laissé des inventaires détaillés.

Voyons d'abord le cheval ardennais: «Il avait une grosse tête, des oreilles mal placées même pendantes, une encolure courte, la ganache étroite, les membres gros et poilus, la croupe plus élevée que le garrot». Voilà le cheval de trait, d'une taille moyenne de 1,50 m, mal nourri mais endurant, tel qu'on le rencontrait communément dans l'arrondissement de Diekirch vers les années 1800.

Certains aiment raconter que c'étaient précisément ces petits chevaux ardennais, les seuls parmi tous les chevaux de l'Empereur habitués à se nourrir pauvrement de quelques brindilles et de lichens et à supporter les grands froids, qui ont sauvé Napoléon et les restes de la Grande Armée lors de la retraite de Russie.

Les vaches de l'époque, hautes à peine de 1,10 m, pesaient entre 75 et 125 kg; les boeufs à l'âge de 6-7 ans arrivaient tout juste à 200 kg de poids vif et le petit veau de lait portait ses 10 à 25 kg sans difficultés.

Le porc, dénommé «Sus celticus», déjà fort apprécié par les Romains pour les délicieux jambons d'Ardennes qu'il fournissait, au dos hérissé de longues soies sel et poivre et aux jambes hautes, arrivait à un poids de 80 kg au bout de . . . 3 ans. Ce porc luxembourgeois était par ailleurs fort recherché par les marchands français. C'était un coureur endurant, qui trottait allègrement, sans perdre beaucoup de poids, le long des chemins qui le menaient parfois jusqu'à Paris, une qualité indéniable à une époque où il n'y avait ni chemins de fer ni camions.

Le mouton adulte pesait entre 10 et 16 kg, il était le plus souvent galeux et la laine qu'il fournissait était de mauvaise qualité.

Il y avait une pénurie permanente de fourrages.

Le foin servait presque exclusivement pour nourrir les chevaux. Les bovins et les moutons devaient se contenter de paille.

Les animaux sortaient des étables mal éclairées et sordides aux premiers rayons de soleil du printemps pour aller brouter dans les forêts les bruyères et les premières pousses des feuilles.

Les porcs conduits par le berger du village cherchaient eux-mêmes leur nourriture aux champs et surtout dans les bois.

La fin du 18^e et le début du 19^e siècle étaient marqués par de redoutables maladies, sévissant un peu partout en Europe: la morve chez les chevaux, le charbon, la peste (typhus contagieux) et la péripneumonie chez les bovins, la gale et la clavelée chez les moutons, le charbon et la peste chez les porcs. Et pour compléter ce sombre tableau, il faut encore ajouter un des grands fléaux de l'époque, la rage. Il s'agissait de la rage urbaine qui régnait parmi les chiens et les chats et qui faisait régulièrement des victimes parmi les habitants des villes et des villages.

La propagation de toutes ces maladies contagieuses a été favorisée par les mouvements des armées, la disette et aussi par l'ignorance et la superstition des gens de la campagne.

Après l'effondrement de l'empire de Napoléon, le Congrès de Vienne a créé le royaume des Pays-Bas et le Grand-Duché de Luxembourg, réunis sous le sceptre de Guillaume I^{er}. Mais celui-ci considérait notre pays comme la 18^e province de son royaume, ceci en flagrante violation des stipulations du Congrès de Vienne.

A la tête du pays il y avait un gouverneur nommé par le Roi-Grand-Duc.

Au cours des années de 1815 à 1830 le gouverneur du Grand-Duché ne cessait de publier dans le «Mémorial Administratif» des circulaires, ordonnances et arrêtés «relatifs aux maladies épizootiques», afin «de les détruire à l'avenir dans leur naissance» et dans le but «d'indiquer les mesures de précaution dont l'expérience a consacré l'utilité».

Ainsi on recommandait les fumigations des étables pour enrayer la morve.

Pour guérir la gale des moutons on conseillait: «de râcler la peau avec un vieux couteau, de manière à l'endommager. On fait alors des frictions avec un onguent composé d'une once de mercure, 3 onces d'essence de thérébenthine et d'une demi-livre de saindoux».

Il fallait bien être mouton ardennais pour supporter de tels traitements!

Quant aux moyens de «guérir» la rage, voici ce que préconisait le Mémorial en avril 1817: «on réduit une grosse racine de la plante «*Alisma plantago* Linnée» (plantain d'eau) en poudre et on la donne au malade.» Et le texte officiel de conclure: «ce remède suffit pour détruire le virus de la rage, quelque violent qu'il puisse être, quand même les symptômes de l'hydrophobie se seraient manifestés dans le malade».

LE SERVICE SANITAIRE DES VÉTÉRINAIRES

Face aux calamités, qui à intervalles réguliers éprouvaient durement une paysannerie très pauvre, il n'est guère étonnant qu'à partir du 5 juillet 1818 les autorités aient créé un service vétérinaire officiel pour combattre les épizooties.

En effet, le 5 juillet 1818, une ordonnance royale grand-ducale stipulait que des artistes vétérinaires soldés par le gouvernement s'occuperaient désormais de la lutte contre les épizooties.

La mission de ces artistes vétérinaires, soldés sur le fonds de l'Agriculture, consistait à visiter sur requête du gouvernement les animaux suspects d'être atteints de maladies épizootiques, d'établir le diagnostic et d'arrêter les mesures nécessaires pour empêcher la propagation des maladies etc.

En plus ils devaient visiter les foires et marchés aux bestiaux et concourir à l'admission à la monte des étalons, taureaux, verrats etc. dans le cadre de l'amélioration des races, ceci à une époque où les visites se faisaient à pied, à cheval ou en charette.

Ils jouissaient d'un traitement de 418 frs par an; en plus ils avaient droit aux frais de route. La pratique privée leur resta bien sûr permise.

Le 6 janvier 1819, Pierre Wirtgen (1794-1878) fut le premier Luxembourgeois à bénéficier d'une nomination «d'artiste vétérinaire de première classe, 1^{er} rang». Mais il serait erroné d'en conclure (ainsi que certains l'ont fait) que Pierre Wirtgen, né à Luxembourg même, diplômé à Alfort en 1815, fut le premier vétérinaire diplômé luxembourgeois.

Ainsi que nous l'avons vu, d'autres l'ont précédé, mais ils avaient disparu aux environs de 1815.

Pierre Wirtgen a d'ailleurs repris avec beaucoup de succès, en novembre 1834, l'entreprise des relais postaux de son père. Ses diligences reliaient la capitale avec Remich, Diekirch, Trèves et Arlon par un service journalier.

Pierre Wirtgen, était responsable pour les quartiers de Luxembourg, de Grevenmacher, d'Arlon et le canton de Diekirch. (*Jean-Baptiste Rousselle* résidant à Diekirch fut rappelé et placé dans la province de Namur fin 1820).

C'est à Neufchâteau que résidait *Ferdinand Lejeune* ayant sous sa responsabilité les quartiers de Neufchâteau et de Virton tandis qu'à Marche *Jean-Joseph Houba* s'occupait des problèmes d'épizooties et d'élevage dans les quartiers de Marche et de Bastogne ainsi que dans les cantons de Wiltz et de Hosingen.

Après 1839, et à l'avènement de Guillaume II le pays fut doté d'une véritable administration autonome et le Service médical et sanitaire fut réorganisé.

L'ordonnance Royale Grand-Ducale du 19 octobre 1841 organise le service médical dans le Grand-Duché.

C'est le Collège Médical, composé de 4 médecins et de 2 pharmaciens, qui est chargé de la surveillance et de la direction spéciale du service sanitaire. L'article 6 de cette même ordonnance prévoit la nomination de quatre «vétérinaires de district soldés par l'Etat.»

Les premiers titulaires furent *Eugène Fischer* de Cessange (1831-1903), *Pierre Wirtgen* de Luxembourg, *Dominique Krombach* de Diekirch (1819-1852) et *Nicolas Peltier*, de Wiltz (1816-1894). Mais déjà en 1845 une cinquième place «d'artiste vétérinaire soldé par l'Etat» fut créée à Grevenmacher et occupé par *Jean Ferdinand Toussaint Eichhorn* (1820-1879). C'est ainsi qu'Eichhorn devait visiter six fois par an la foire au bétail à Remich et il était tenu d'inspecter celle de Mondorf une fois par an. Comme il n'était propriétaire d'un cheval, il était obligé de louer chaque fois une voiture à cheval pour faire le voyage le long de la Moselle sur des chemins souvent embourbés et qui n'avaient rien des commodités de la «Route du Vin» actuelle.

En 1848 les traitements accordés aux vétérinaires du Gouvernement étaient de 400 à 500 frs par an.

Quelques années plus tard, le 6 juillet 1858, le nombre de ces fonctionnaires avec droit à la pension, mais aussi avec droit à la pratique de la médecine vétérinaire, était porté à 11, plus tard à 12, soit un par canton administratif. Le vétérinaire du Gouvernement, choisi uniquement parmi les vétérinaires de 1^{re} classe, était nommé provisoirement pour trois ans.

A l'expiration de ce terme, cette nomination devenait définitive sur la production d'un «mémoire sur l'état de l'agriculture dans son ressort».

Ces mémoires, dont certains sont conservés aux Archives de l'Etat, relatent d'une manière précise et détaillée la situation agricole et sanitaire de l'époque.

Aux débuts de notre histoire contemporaine le vétérinaire du Gouvernement, rémunéré par l'Etat, jouait un rôle important tant dans la lutte contre les maladies que dans les efforts d'amélioration des races d'animaux domestiques d'une société agraire sous-développée et pauvre. Les agriculteurs négligeaient le plus souvent de faire appel à l'homme de l'art, parce qu'ils n'y voyaient guère leurs avantages et certainement aussi parce qu'ils ne pouvaient s'offrir leurs services, faute d'argent.

Les vétérinaires du Gouvernement dont la subsistance était assurée en grande partie par le salaire que leur versait l'Etat, pouvaient lors de leurs déplacements

pénibles, longs et onéreux, soigner les bêtes de leurs clients à un tarif plus que modique.

En effet, le vétérinaire du Gouvernement était seul habilité à organiser la lutte contre les épizooties, c'est-à-dire ordonner l'abattage des animaux atteints de maladies contagieuses et à régler les indemnités à allouer aux propriétaires sur la caisse de l'Etat pour perte de bétail. Ce pouvoir lui permettait de livrer une concurrence souvent acharnée, et parfois même, déloyale vis à vis de son confrère privé, ce qui ne profitait pas toujours ni aux intérêts d'une agriculture en plein essor ni à ceux des vétérinaires.

Cette situation provoqua dès 1920 d'âpres discussions dans les milieux concernés et des propositions de réformes ne manquaient pas.

C'est pourquoi, à partir de 1922, tous les titulaires, à deux exceptions près, ne faisaient plus que fonction de vétérinaires du gouvernement, mais n'étaient plus nommés fonctionnaires d'Etat.

En outre ce système n'était pas valable pour entreprendre des actions systématiques parce qu'il n'y avait guère de coordination efficace et que l'infrastructure administrative faisait complètement défaut.

Ce régime des vétérinaires du gouvernement (un par canton) a duré jusqu'en 1945, c.-à.-d. plus de 100 ans.

Pourtant il ne donna plus entière satisfaction à partir du moment où le nombre de vétérinaires augmentait et ceci parce que la pratique privée leur restait permise.

Aussi, après la guerre, le régime «des vétérinaires du gouvernement» fut aboli.

Le pays fut divisé en 4 circonscriptions à la tête desquelles a été placé un vétérinaire-inspecteur fonctionnaire du gouvernement auquel a été interdit la pratique de la médecine vétérinaire (Arrêté grand-ducal du 6 octobre 1945).

Un arrêté grand-ducal en date du même jour stipulait que le directeur du laboratoire de médecine vétérinaire nouvellement créé, exercerait les fonctions d'inspecteur général de la police sanitaire.

Jean-Baptiste Feller (1885-1960), Jean-Pierre Kohner (1886-1952), Jean-Pierre Woltz (1888-1973), et Jacques Wagner (1888-1971) sont les premiers à assumer la charge de vétérinaire-inspecteur avec «mission de veiller à l'exécution des lois et règlements sur la police sanitaire du bétail, sur l'inspection des viandes et des denrées alimentaires d'origine animale et sur l'amélioration des races du bétail.»

L'année 1958 vit enfin la création du «Service d'Inspection Générale Vétérinaire». Le cadre du personnel comprend désormais quatre vétérinaires-inspecteurs et un inspecteur vétérinaire général.

Dès la fin de la 2^e guerre mondiale la lutte contre la tuberculose bovine fut intensifiée, le dépistage de cette grave maladie transmissible à l'homme rendu obligatoire et l'élimination des réagissants positifs, détectés grâce à l'intradermotuberculation, fut ordonnée malgré une polémique menée par certains milieux agricoles visant à écarter le corps vétérinaire de cette lutte systématique.

Peu après des campagnes de dépistage de la brucellose bovine avec élimination des réagissants furent organisées.

L'arrivée sur le marché de vaccins efficaces et inoffensifs contre la fièvre aphteuse a rendu possible les vaccinations préventives et obligatoires du cheptel contre cette maladie, un fléau qui dans le passé s'abattait à intervalles plus ou moins réguliers sur notre cheptel causant des pertes incalculables.

L'accroissement des échanges d'animaux et de leurs produits dans le cadre d'une Europe unie et avec les pays-tiers ainsi que l'augmentation des cheptels, l'agrandissement des exploitations agricoles, l'intensification de l'élevage et l'amélioration de la productivité animale nécessitaient et nécessitent toujours une attention accrue face aux maladies comme la brucellose, la fièvre aphteuse, la peste porcine, la leucose bovine etc.

Après 1960 l'organisation de la lutte contre ces maladies est passée à l'échelle européenne, voire mondiale et les services vétérinaires luxembourgeois collaborent activement dans les organisations internationales.

La loi du 29 août 1976 portant création de l'Administration des Services Vétérinaires, réunit depuis sous la responsabilité d'un seul directeur les divisions de l'inspection vétérinaire et du laboratoire de médecine vétérinaire afin de pouvoir organiser plus efficacement encore la lutte contre les épizooties.

LA FORMATION DU VÉTÉRINAIRE LUXEMBOURGEOIS

A l'époque du Département des Forêts, l'élève désireux d'acquérir le «brevet d'artiste vétérinaire» devait fournir un certificat «constatant qu'il sait bien lire et écrire et qu'il possède les éléments de la grammaire française (décret du 15 janvier 1813, signé Montalivet, Ministre de l'Intérieur et Comte d'Empire), et une attestation justifiant un apprentissage relatif à la ferrure du cheval, puisque le futur «artiste» était surtout appelé à soigner les chevaux, principales forces motrices de ces temps-là.

Au cours de l'époque hollandaise, le candidat, après avoir terminé ses études à une école vétérinaire de son choix, devait subir un examen devant une commission établie aux Pays-Bas, à Leyde et dont le président était le professeur Numan, médecin de son état.

Beaucoup de vétérinaires étaient formés à l'école de Médecine Vétérinaire de Cureghem-Bruxelles créée en 1836 et dont le cycle d'études s'étendait sur 4 années.

Depuis 1841, l'aspirant vétérinaire, justifiant des études de médecine vétérinaire pendant 3 ans au moins, dut se présenter devant une commission du Collège Médical formé de médecins, mais qui, pour l'occasion, était complété par un ou deux vétérinaires de district. D'après les résultats de cet examen unique, la commission conférait le droit d'exercer dans le Grand-Duché comme vétérinaire de 1^{re} ou de 2^e classe.

La loi du 8 mars 1875 introduisait les grades de *candidat vétérinaire* et de *médecin vétérinaire* faisant l'objet de deux examens devant un jury composé de

médecins-vétérinaires. Le texte stipulait en outre: «nul n'est admis à l'examen de candidat vétérinaire s'il ne justifie d'avoir subi l'un ou l'autre des examens prescrits pour les élèves qui veulent entrer dans la III^e soit du gymnase de l'Athénée, soit du progymnase de Diekirch, ou bien dans la II^e industrielle, et d'avoir fréquenté pendant deux années une école vétérinaire».

Pour être admis à l'examen de médecin-vétérinaire, il fallait avoir été reçu candidat vétérinaire et avoir suivi les cours d'une école vétérinaire pendant 2 ans.

La loi sur la collation des grades du 23 mai 1927 (modifiée en 1939 et 1947) exigeait le certificat de maturité (de la section gréco-latine ou de la section latine des gymnases et lycées) et le grade de candidat en sciences naturelles (cours supérieurs) tout en conférant le titre de candidat vétérinaire après une épreuve et le titre de docteur vétérinaire après deux épreuves et un cycle de quatre années d'études.

Beaucoup d'entre nous ont connu le régime des jurys d'examen. Ces jurys étaient à renouveler tous les ans, tout en comprenant autant que possible les 2/5 des membres qui en faisaient partie l'année précédente.

En 1969, la réglementation sur la collation des grades conférés par les jurys d'examen est abrogée et remplacée par l'homologation des diplômes décernés par des Universités étrangères.

L'homologation est accordée par le Ministre de l'Education Nationale sur avis d'une commission d'homologation composée de médecins vétérinaires.

Depuis 1983, cette homologation n'est plus exigée pour les ressortissants CEE qui présentent un diplôme délivré par une université de la CEE (loi du 29 avril 1983.)

L'autorisation d'exercer la médecine vétérinaire au Grand-Duché de Luxembourg est accordée par le Ministre de la Santé.

Les demandes doivent être avisées par le Collège Vétérinaire.

LES VÉTÉRINAIRES LUXEMBOURGEOIS ET LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Lorsqu'en 1862, les statuts organiques de la «Société des Sciences Médicales» furent arrêtés, d'emblée huit vétérinaires sur les 14 établis au Grand-Duché formaient la 3^e section de la société: la médecine vétérinaire.

Parmi les 55 membres fondateurs de la Société nous retrouvons:

Hippolythe Bivort d'Esch/Alzette (1819-1901)

Charles Faber d'Echternach (1819-1875)

Eugène Fischer de Cessange (1821-1903)

Léopold Hagen d'Echternach (1830-1864)

Pierre Klensch de Gasperich (1835-1889)

Eugène Knepper de Mersch (1833-1906)

Nicolas Krombach d'Ettelbruck (1836-1915)

Pierre Wirtgen de Luxembourg (1794-1878)

Eugène Fischer faisait partie du bureau de la Société de 1864 à 1878, *Charles Siegen* (1842-1904) lui succédait en 1879 et jusqu'à sa mort en 1904; il assumait les fonctions de secrétaire de 1891 à 1892. Le directeur de l'abattoir de Luxembourg, *Léandre Spartz*, fut, comme l'a précisé le Dr Felten dans sa chronique de 1961, «la cheville ouvrière du nouveau comité pendant les années 1933-1940».

Après les années sombres de la 2^e Guerre mondiale, c'est *Edouard Loutsch* (1890-1969) que nous retrouvons au sein du comité jusqu'en 1969, année de sa mort. Suivirent *André Kremer* et *Victor Conzémus* (1918-1979). Depuis 1980, *Georges Theves* représente les médecins-vétérinaires au comité de la Société.

Dès le début, les vétérinaires collaboraient activement au bulletin de la Société publié depuis 1864. Le premier numéro déjà relatait d'intéressants mémoires de la plume de l'infatigable *Eugène Fischer*. Jusqu'en 1961, ce sont surtout *Eugène Fischer*, *Charles Siegen* et *Léandre Spartz* (1879-1940) qui publiaient des communications de cas cliniques, mais également des contributions fort détaillées au diagnostic de la tuberculose et à l'inspection des viandes.

Rappelons le récit de *Léandre Spartz* sur un cas de césarienne chez la chienne, publié en 1909. Le traitement post-opératoire bien accepté et parfaitement supporté par l'opérée – longtemps avant l'ère des antibiotiques – consistait dans une administration quotidienne d'un peu de lait et de cognac . . . La chienne était rétablie au bout de dix jours.

Jean-Baptiste Meyer publia en 1938 une première chronique vétérinaire en relatant succinctement la biographie de 49 vétérinaires luxembourgeois (*Tierärztliche Chronik von 1800 bis 1900*). Après 1961, les articles vétérinaires se font plutôt rares. Jusqu'à l'heure actuelle des communications de *Camille Gottal* et *Adolphe Kohn* (1928-1981) ont paru à intervalles très irréguliers. Remarquons cependant la communication de *Frank Wolff*, parue dans le n° 2 de 1986 qui traite de solutions nouvelles pour un problème ancien, à savoir la vaccination antirabique des renards, principaux vecteurs du virus de la rage dans nos régions.

Pendant les années 30 on organisa régulièrement des séances de communication au sein de la Société, au cours desquelles médecins, dentistes et vétérinaires présentaient des cas cliniques d'un intérêt particulier.

Alors que nos confrères médecins et dentistes pouvaient souligner leurs propos tout au plus par des rapports d'analyses de laboratoire ou le cas échéant par des radiographies, notre confrère *Spartz* soutenait ses nombreuses communications par des pièces pathologiques encore toutes fraîches, recueillies souvent le jour-même sur une bête de boucherie abattue à l'abattoir de Luxembourg dont il était le directeur.

COLLÈGE MÉDICAL / COLLÈGE VÉTÉRINAIRE

Lors de la création du collège médical en 1841 (ci-devant Commission Médicale instaurée en 1818), il y avait quatre vétérinaires dans tout le pays, mais en 1901 il y

en avait déjà 27. Il était donc normal que lors de la réorganisation du Collège en 1901 l'art de guérir les animaux y fût représenté. Car, comme le précisait notre confrère *Charles Siegen* lors de l'assemblée générale de la Société des Sciences Médicales le 14 juillet 1900 à Luxembourg, «le rang de la médecine vétérinaire occupé aujourd'hui dans la sphère de la science moderne, exige qu'elle soit traitée comme sa congénère, la médecine humaine». Le collège médical, nouvellement formé en 1901, comprenait donc cinq médecins, deux pharmaciens et un vétérinaire.

De 1901 à 1940 les membres effectifs furent:

Charles Siegen de Luxembourg jusqu'en 1904,

Félix Hoffmann (1862-1923) d'Esch/Alzette jusqu'en 1923,

Jean-Pierre Kohner (1886-1952) de Luxembourg jusqu'en 1935 et finalement,

Edouard Wolff (1878-1945) de Vianden jusqu'en 1940.

Les membres suppléants furent:

Félix Hoffmann de 1901-1904,

Jules Diederich (1864-1930) de Luxembourg de 1905-1923,

Charles Krombach (1870-1941) de Dudelange de 1926-1940.

Le collège médical était chargé, aux termes de la loi du 6 juillet 1901, «de l'examen des questions relatives à l'art de guérir, à la salubrité et à l'hygiène publique». C'est ainsi qu'il a été souvent sollicité pour donner son avis sur des modifications à apporter aux lois et règlements concernant le contrôle des viandes.

Au lendemain de la guerre les vétérinaires se séparaient du Collège médical et créaient le Collège vétérinaire (arrêté grand-ducal du 6. 10. 1945); décision ardemment souhaitée par les uns, amèrement regrettée par les autres.

Jean-Pierre Kohner en fut le premier président et *Jean-Baptiste Meyer* le secrétaire.

L'INSPECTION DES VIANDES

Le 16 thermidor An 5 (4 août 1797) Louis Théato, boucher du faubourg de la Ville, se rend chez le citoyen Nicolas Bauer habitant le même quartier, pour faire l'expertise d'une vache abattue le jour-même. L'expert trouve la «bile» (de la vache) grosse, mais il estime que la viande est bonne et autorise le citoyen Bauer à ensaler la viande à l'exception du poumon. Théato est depuis peu «boucher-expert» de la Ville de Luxembourg. Depuis que la Révolution française a fait table rase des privilèges gardés jalousement pendant des siècles par la corporation des bouchers, seule habilitée jusqu'alors à faire le contrôle des viandes à l'entrée des villes et aux étals de ses membres, ce sont dorénavant les administrations communales des villes qui s'occupent du contrôle des viandes et nomment leurs propres experts.

Progressivement le contrôle passa aux mains des professionnels, qui de par leur formation aux écoles vétérinaires savaient reconnaître une viande trichineuse, un poumon tuberculeux, la ladrerie des porcs et des bovins, la septicémie etc. Le 15

mai 1856, *Eugène Fischer* fut nommé vétérinaire municipal à Luxembourg, fonction transmise au mois de mars 1869 à *Charles Siegen*.

Le 3 avril 1876, l'abattoir de Pfaffenthal, le premier du pays, destiné à l'abattage des animaux destinés à la consommation sur le territoire de la Ville de Luxembourg, ouvrit ses portes. Plus de mise à mort dans les arrières-cours, finies les odeurs nauséabondes rôdant autour des étals des bouchers. Les tueries privées installées en ville disparaissaient.

Conscient des incidences de la santé animale sur la santé publique, *Charles Siegen*, depuis quelques années directeur du nouvel abattoir de Luxembourg, réclama à l'occasion du congrès de médecine vétérinaire à Bruxelles en 1880 que «partout les abattoirs publics doivent être dirigés par des médecins-vétérinaires . . .» et que «les services de l'inspection des viandes dans les campagnes doivent être confiés à un médecin vétérinaire».

Pour le Grand-Duché, le cadre légal de l'inspection des viandes fut enfin créé par la loi du 18 septembre 1892, même si elle ne réservait pas encore exclusivement le contrôle des viandes aux médecins-vétérinaires. Cependant les experts non-vétérinaires – il y aura cinq gendarmes exerçant les fonctions d'expert des viandes dans différentes communes du pays à défaut d'un nombre suffisant de vétérinaires et cela jusqu'en 1924 – sont sous le contrôle permanent d'un vétérinaire.

Peu après le pays se couvrit d'abattoirs (en 1958 il y aura 11 abattoirs, il en reste six à l'heure actuelle) et toutes les communes rurales furent réparties en ressorts d'inspection.

Par la suite les dangers d'infestations parasitaires, d'infection par des agents des zoonoses et les intoxications alimentaires diminuaient rapidement. Aujourd'hui, les problèmes sanitaires qui occupaient pleinement nos prédécesseurs (p.ex. la tuberculose, les charbons, la trichinose, la ladrerie du porc) ont quasiment disparu.

De nos jours, ces problèmes pour être différents n'en sont pas moins importants. Citons p.ex. la contamination de la chaîne alimentaire par les pollutions industrielles, agricoles et nucléaires avec ses conséquences néfastes pour la santé humaine (risque d'intoxications chroniques) . . . l'homme étant le maillon final de cette chaîne.

Aujourd'hui la technologie moderne d'abattage, la transformation et la conservation adéquate de la viande et de ses sous-produits, le transport, la distribution et la restauration collective requièrent l'attention toute particulière de l'administration des services vétérinaires, secondée par les confrères inspecteurs des viandes dans les abattoirs et établissements de transformation.

LE LABORATOIRE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

L'article 3 de la loi du 17 avril 1900, portant création d'un laboratoire pratique de bactériologie stipulait «qu'il peut en outre être attaché audit établissement, si les besoins du service l'exigent, seulement à titre temporaire, un médecin, un vétérinaire et un chimiste». *Edouard Loutsch* (1890-1969) s'intéressa, dès 1921, aux nouvelles disciplines vouées à un très grand avenir: la microbiologie et l'histo-

pathologie. Durant les années 1922 et 1924 il perfectionna ses connaissances aux Ecoles vétérinaires de Cureghem et d'Alfort, ainsi qu'à l'Institut Pasteur de Paris.

C'est lui qui dirigea la section vétérinaire nouvellement créée en 1923 au sein du Laboratoire de bactériologie de l'Etat, d'abord à titre provisoire, puis, à partir du 4 avril 1936, à titre définitif.

«Aussi fut-ce pour Ed. Loutsch une véritable consécration lorsqu'en 1945 la création d'un laboratoire autonome de médecine vétérinaire fut réalisée, service qu'il dirigea jusqu'à sa retraite en 1955», comme le précise son successeur *Camille Gottal*, directeur du Laboratoire jusqu'en 1978.

A côté des examens de routine tant bactériologiques que parasitologiques, sérologiques et virologiques des maladies des grands et petits animaux, du contrôle bactériologique des denrées alimentaires et, plus récemment, de l'établissement de profils métaboliques servant à déceler des problèmes de pathologie des grands élevages de vaches laitières, le laboratoire de médecine vétérinaire a joué depuis plus de 20 ans un rôle capital dans la détection et la lutte contre la rage.

C'est grâce aux efforts conjugués de l'Administration des Services vétérinaires et du Laboratoire de médecine vétérinaire travaillant en étroite collaboration avec l'Administration des Eaux et Forêts que cette lutte est sur le point d'aboutir suite à la récente introduction sur une échelle internationale de la vaccination des renards, combinant efficacement médecine, éthologie, écologie et génie génétique.

LE VÉTÉRINAIRE LUXEMBOURGEOIS ET LA SOCIÉTÉ

A toutes les époques de notre histoire contemporaine, les vétérinaires luxembourgeois ont pris une part active à la vie politique de notre pays, tant sur le plan national que sur le plan communal. Ils étaient de tous les bords et de toutes les couleurs.

Eugène Fischer de Cessange faisait partie de la première Chambre des Députés élue au suffrage censitaire en septembre 1848. Fischer était député du canton de Luxembourg, plus tard nous le retrouvons au Conseil communal de la Ville de Luxembourg.

Notons au passage les attitudes courageuses des confrères *Paul Koch* de Luxembourg (1880-1939) et *Emile Mark* de Differdange (1874-1935), qui n'hésitaient pas à s'opposer ouvertement à l'occupant allemand durant la Première Guerre mondiale.

Pendant la période sombre de 1940 à 1945, bon nombre de vétérinaires ont résisté aux autorités nazis et certains ont payé leur attitude patriotique par la déportation et même l'internement aux camps de concentration.

Camille Ney de Redange (1919-1982) était membre du Gouvernement de 1969-1974 et de 1979-1982: il assumait successivement les charges de Secrétaire d'Etat, puis de Ministre de l'Agriculture et de la Santé Publique.

L'enseignement agricole doit beaucoup aux vétérinaires luxembourgeois. De tout temps ils étaient des collaborateurs assidus à de nombreuses publications de

vulgarisation agricoles, contribuaient activement aux différentes sociétés agricoles et enseignaient aux écoles d'agriculture.

Charles Buffet (1840-1895) vétérinaire et industriel à Wiltz, frère des médecins Adolphe et Lucien Buffet d'Ettelbruck, était secrétaire de la Société Royale Agricole du Grand-Duché de 1871 à 1890 et pendant de nombreuses années rédacteur du bulletin de la société «Der Landwirt».

Dans les «Annales» de la Société Agricole et Horticole du Grand-Duché de Luxembourg, *Jean Auguste Neyen* de Remich (1838-1928), vétérinaire et propriétaire de vignobles, a publié de nombreux articles à partir de 1863.

Charles Faber (1819-1875) après avoir été vétérinaire de la cavalerie du contingent luxembourgeois le temps de l'existence éphémère de celle-ci, c.-à.-d. de 1842-1846 (le seul vétérinaire militaire de notre histoire), fut nommé professeur d'Agriculture au progymnase de Diekirch avant de devenir membre-fondateur et directeur de l'Ecole Agricole d'Echternach.

Depuis l'ouverture de l'Ecole Agricole d'Ettelbruck en 1883 jusqu'à nos jours nous avons noté la présence régulière de médecins-vétérinaires au sein du corps enseignant de cet établissement. Signalons la présence remarquable au début du 20^e siècle de *Jean-Nicolas Ries*, (1866-1945) vétérinaire et professeur de 1^{re} classe à Ettelbruck, bien connu, même au delà de nos frontières, pour ses connaissances en pathologie du cheval.

Tout au long du 19^e siècle et jusque vers la fin des années trente, les vétérinaires ont participé activement au développement de l'élevage et des techniques agricoles, du fait même qu'ils étaient constamment représentés et souvent à haut niveau au sein de la Commission d'Agriculture et à partir de 1924 à la Chambre d'Agriculture, qui avaient pour mission la sauvegarde des intérêts des agriculteurs.

«Pendant les XVIII^e et XIX^e siècles... l'art de traiter les maladies des chevaux était le seul pratiqué... le vétérinaire est aujourd'hui le médecin du bétail», ainsi Eugène Fischer esquissait l'évolution de notre profession dans son rapport général sur l'état de l'agriculture dans le Grand-Duché en 1891.

Depuis lors, le vétérinaire est devenu aussi le médecin des animaux de compagnie de l'homme, des chiens et chats surtout. Cette médecine se sert de médications, d'interventions et d'appareillages presque aussi sophistiqués que ceux de la médecine humaine, par opposition à la «médecine économique» pratiquée en milieu agricole, où le coût d'une intervention médicale doit être en rapport avec la valeur économique des animaux à traiter.

Dans les grands élevages, la «médecine collective» a emboîté le pas à la «médecine individuelle» pratiquée sur les animaux malades de l'exploitation familiale.

Si la médecine vétérinaire a largement contribué à la réalisation et à la gestion de l'élevage intensif, il est tout aussi bien de son devoir d'en fixer maintenant clairement les limites tant sur le plan des besoins comportementaux naturels des

animaux que sur le plan de la sauvegarde du milieu naturel (exemple: purin - eutrophisation des lacs et nitrates dans l'eau potable).

LE MOT DE LA FIN

Pour terminer nous voudrions citer Jean-Henri-Guillaume Krombach, pharmacien et botaniste:

«A chaque nouveau nom qui sort de nos vieilles archives, n'est-ce-pas avec un sentiment de vive satisfaction qu'il nous faut nous dire: notre patrie, toute petite qu'elle est, a produit assez d'hommes éminents, pour ne pas avoir à envier sous ce rapport nos puissants voisins» (1870). Citons parmi bien d'autres:

Louis Marchand de Luxembourg (1807-1843) vétérinaire, poète assez doué et célèbre botaniste, qui déjà en 1830 a pressenti l'origine des maladies charbonneuses en publiant un mémoire «Sur les propriétés nuisibles que les fourrages peuvent acquérir pour différents animaux par des productions cryptogamiques»;

Jean-Mathias Wehenkel de Nagem (1839-1890) médecin et vétérinaire, professeur et recteur de l'Ecole de Médecine Vétérinaire de Cureghem;

Jean-Jacques Leyder de Saeul (1840-1901) vétérinaire, professeur et directeur adjoint de l'Institut Agronomique de Gembloux;

Nicolas Nieder (1871-1945) pendant de longues années praticien renommé pour petits animaux et spécialiste pour chevaux au Foubourg St-Antoine à Pairs;

Eugène Fischer (1821-1903) vétérinaire, mais également législateur, pendant de longues années président de la Commission d'Agriculture;

Charles Siegen (1842-1904) et *Léandre Spartz* (1879-1940) représentent toujours fort habilement notre profession à de nombreuses manifestations et congrès internationaux.

Actuellement le corps vétérinaire luxembourgeois comprend:

32 praticiens pour grands (et petits) animaux

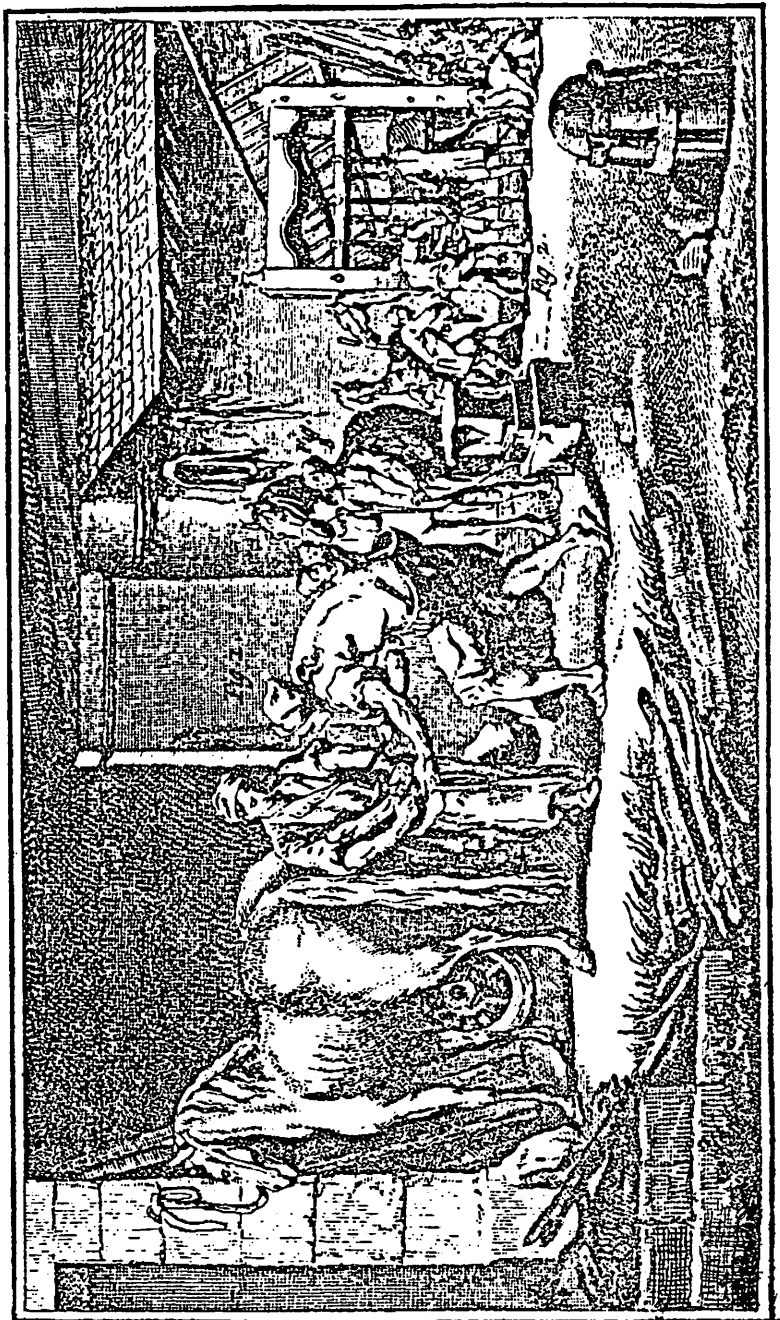
22 praticiens pour petits animaux

17 fonctionnaires ou employés et 10 retraités.

Il faudrait citer en tout environ 200 noms de vétérinaires, femmes et hommes, de 1790 à nos jours, qui tous ont fait, respectivement font de leur mieux au service de la société.

BIBLIOGRAPHIE

1. Archives de l'Etat
les dossiers B 13, B 14, B 15
C 197, C 198, C 199
H 880, H 1028
F 227
B 502, B 543. B 601. B 526
2. Mémorial: de 1815 à 1989
3. Bibliothèque Nationale
 - a) Rapport Général sur l'Etat de l'Agriculture dans le Grand-Duché de 1839-1889
Eugène Fischer et J.P.J. Koltz 1891
 - b) Comptes Rendus de la Chambre des Députés
 - c) Bibliographie luxembourgeoise volume I et II
Martin Blum
 - d) Bibliographie Nationale du Pays de Luxembourg Jules Mersch 1947-1975
 - e) Dictionnaire avec les notices biographiques et bibliographiques de tous les membres du corps médical luxembourgeois pendant le XIX^e siècle
Nicolas Liez 1886
 - f) Biographie Luxembourgeoise III^e supplément 1876 Auguste Neyen
 - g) Bulletin de la Société des Sciences Médicales 1864-1989.
4. Divers
 - Geschichtliche Entwicklung des Metzgergewerbes sowie des tierärztlichen Sanitätsdienstes der Stadt Luxemburg
Léandre Spartz 1930
Beffort Luxembourg
 - Histoire de la médecine vétérinaire belge
Marc Mammerickx
Académie Royale de Médecine de Belgique
Bruxelles 1967
 - Kulturgeschichte der Tierheilkunde Band 3
Reinhard Froehner
Terra Verlag-Konstanz 1968
 - Concise History of Veterinary Medicine
D. Karasszon
Budapest 1988
 - Histoire de la Médecine Vétérinaire
Clément Bressou



*Le maréchal ferrant et opérant (L'Encyclopédie Diderot et d'Alembert),
précurseur du vétérinaire*

ARTISTES VÉTÉRINAIRES

NOMMÉS PAR LE GOUVERNEMENT.

M. Wirtgen, P. 1^{re} classe, 1^{er} rang,
à Luxembourg.

M. Lejeune, E. F. *idem*, à Neuf-Château.

M. Houba, J. J. *idem*, à Marche.

M. *idem*, à Diekirch.

Les propriétaires de bestiaux malades ont le droit de requérir le vétérinaire de leur arrondissement, pour visiter ce bétail et donner les secours de leur art, en payant les retributions ci-après :

A la distance d'une lieue il sera payé au vétérinaire trente centièmes pour un cheval ou une bête à cornes, et vingt centièmes pour tout autre animal domestique.

Pour chaque cheval ou bête à cornes au delà de la première, il sera payé quinze centièmes, et pour tout autre animal domestique dix centièmes.

Pour chaque lieue de distance au delà de la première il sera payé trente centièmes.

K

Les vétérinaires pourront se faire payer, en outre, les médicaments qu'ils auront fournis.

Il leur sera payé soixante centièmes pour la première saignée et quinze centièmes pour les autres.

S'ils ont aidé à une délivrance difficile, ils recevront trois florins pour une vache et cinq florins pour un jument.

Si les animaux succombent pendant l'opération ou peu après, le vétérinaire ne recevra que le tiers de cette rétribution.

Il leur sera payé trois florins pour avoir coupé un taureau ou un étalon, et un florin pour tout autre animal. — Il ne leur sera rien payé si la bête succombe pendant l'opération, ou meurt des suites peu de tems après.



Le tarif des vétérinaires en 1822
(Almanach portatif à l'usage des habitants du Grand-Duché de Luxembourg, 56^e
année - 1822 - Archives de l'Etat)

TRAITÉ
DES MALADIES LES PLUS
COMMUNES

QUI ATTAQUENT LE COCHON

DANS LE

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG.

par
les vétérinaires *Wirtgen & Lejeune.*
Arnould

Don de M^r J. P. Rollet,
général à Luxbg,
1876.

9219

481-37

1824.

Traité des maladies du porc publié par les vétérinaires
luxembourgeois Pierre Wirtgen, Jean-Joseph Ar-
nould et Ferdinand Lejeune en 1824
(Bibliothèque Nationale)

A V I S ,
Relatif à la résidence du sieur Wirt-
gen, artiste vétérinaire.

Luxembourg, le 2 février 1819.

Le Sr. Pierre Wirtgen, nommé artiste vétérinaire de première classe, 1^{er} rang, pour le Grand-Duché, a établi sa résidence à Luxembourg, conformément à la décision de S. E. le Ministre de l'instruction publique, de l'industrie nationale et des Colonies, du 6 janvier dernier.

Le Gouverneur, etc.,
WILLMAR.

Nomination de Pierre Wirtgen au poste d'artiste vétérinaire soldé par l'Etat (Mémorial Administratif - 1819 - Archives de l'Etat)



*La vaccination des moutons contre la fièvre charbonneuse vers 1890
(Froehner-Kulturgeschichte der Tierheilkunde 1968)*



Léandre Spartz (1879 – 1940), «la cheville ouvrière du comité de la Société de 1933 à 1940».



*Le vétérinaire auprès du cheval malade
(Collection Abattoir de la Ville de Luxembourg)*



*Instruments vétérinaires – 1910 – Photo G. Theves
(Collection Camille Scholer, Cap)*

Nouveau



Estraderm TTS

25, 50 et 100

Traitement transdermique
de l'insuffisance estrogénique de la ménopause

CIBA-GEIGY
S.A. CIBA-GEIGY N.V. - 1720 Groot-Bijgaarden

® Estraderm TTS

(estradiol). **Titulaire d'enregistrement:** S.A. CIBA-GEIGY N.V. - B-1720 Groot-Bijgaarden. **Fabricant:** CIBA-GEIGY AG - CH-4002 Basel. **Composition:** Estraderm TTS 25: Estradiolum 2 mg - Aethanol. - Hydroxypropylcellulos. pro system. transderm. act. prolongat. (in vivo liberat. ca 25 µg/24 H). Estraderm TTS 50: Estradiolum 4 mg - Aethanol. - Hydroxypropylcellulos. pro system. transderm. act. prolongat. (in vivo liberat. ca 50 µg/24 H). Estraderm TTS 100: Estradiolum 8 mg - Aethanol. - Hydroxypropylcellulos. pro system. transderm. act. prolongat. (in vivo liberat. ca 100 µg/24 H). **Formes, voies d'administration et conditionnement:** Estraderm TTS 25: Emballage de 6 systèmes. Estraderm TTS 50: Emballage de 6 systèmes. Estraderm TTS 100: Emballage de 6 systèmes. **Propriétés:** L'Estraderm TTS est un emplâtre à libération contrôlée (également dénommé système thérapeutique transdermique) destiné à être appliqué sur la peau intacte. L'Estraderm TTS 25 a une surface de 5 cm² et contient 2 mg d'estradiol. L'Estraderm TTS 25 libère en moyenne 25 µg d'estradiol par 24 heures dans la circulation sanguine, à travers la peau. L'Estraderm TTS 50 a une surface de 10 cm² et contient 4 mg d'estradiol. L'Estraderm TTS 50 libère en moyenne 50 µg d'estradiol par 24 heures dans la circulation sanguine, à travers la peau. L'Estraderm TTS 100 a une surface de 20 cm² et contient 8 mg d'estradiol. L'Estraderm TTS 100 libère en moyenne 100 µg d'estradiol par 24 heures dans la circulation sanguine, à travers la peau. La libération d'estradiol persiste pendant 4 jours. L'Estraderm TTS est composé de 5 couches: 1. une couche protectrice. 2. un réservoir contenant la substance active. 3. une membrane de contrôle assurant, à travers la peau, une libération régulière dans le sang de la substance active contenue dans le réservoir. 4. une couche adhésive renfermant la substance active. 5. une feuille protectrice, à enlever avant l'application de l'emplâtre sur la peau. **Pharmacodynamie:** Les oestrogènes, comme toutes les hormones stéroïdiennes, exercent leurs effets métaboliques au niveau intra-cellulaire. Dans les cellules des organes "cibles", les oestrogènes forment, avec un récepteur spécifique, un complexe qui stimule aussi bien la synthèse de l'ADN que celle des protéines. La présence de ces récepteurs a été démontrée dans plusieurs organes, tels que l'hypothalamus, l'hypophyse, le vagin, l'utérus, les glandes mammaires et le foie. L'oestrogène le plus actif au niveau de ces récepteurs est l'estradiol qui, de la ménopause à la ménopause, est principalement produit par les follicules ovariens. Grâce à Estraderm TTS, des doses d'estradiol sont, par passage à travers la peau, amenées directement dans la circulation sanguine. **Pharmacocinétique: ESTRADERM TTS:** Endéans les 4 heures qui suivent l'application d'un Estraderm TTS 25, 50 ou 100, l'estradiol atteint dans le sérum des concentrations physiologiques directement proportionnelles à l'importance de la dose. Huit heures après l'administration, les concentrations sériques en estradiol atteignent des valeurs maximales qui sont en moyenne respectivement 28, 64 et 130 pg/ml. Il a été expérimentalement démontré que, pendant le reste de la durée d'application, des valeurs moyennes de l'ordre de 23, 40 et 75 pg/ml peuvent être maintenues. Ces valeurs correspondent à des accroissements moyens de 16, 30 et 70 pg/ml par rapport à la valeur de base de 5-10 pg/ml habituellement rencontrée lors de la ménopause. La valeur moyenne du rapport estradiol-estronne est 0,9, 1 et 1,35. La concentration sérique en estradiol revient à sa valeur de départ 24 heures après le retrait de l'emplâtre. Le lendemain du retrait de l'emplâtre, les quantités d'estradiol conjugué éliminées par l'urine retombent aux valeurs enregistrées avant son application. Lorsqu'on applique l'Estraderm TTS 50 pendant 3 semaines, à raison de 2 applications par semaine, (c.à.d. 6 fois au total), la concentration sérique moyenne en estradiol s'accroît de 30 pg/ml, et celle en estrone de 12 pg/ml. Le rapport moyen estradiol/estronne passe de 0,2 à 0,3. La concentration en estradiol conjugué éliminé par l'urine demeure élevée (de 0,5 à 2,0-2,5 µg/g de créatinine) pendant la période d'application. Endéans les 2 à 3 jours du retrait de l'emplâtre, la concentration redescend à la valeur de départ de 0,5 µg/g de créatinine. **ESTRADIOL.** La demi-vie d'élimination plasmatique de l'estradiol est d'environ 1 heure. Le "clearance rate" plasmatique de ses métabolites oscille entre 650 et 900 litres/jour/mg. L'estradiol est principalement métabolisé au niveau du foie. Ses métabolites les plus importants sont l'estrone et l'estrone ainsi que leurs produits de conjugaison (glucuronides, sulfates); ces derniers sont beaucoup moins actifs que l'estradiol. La plus grande partie des métabolites est éliminée par l'urine sous forme de glucuronides et de sulfates. Les métabolites des oestrogènes sont de plus soumis à un cycle entéro-hépatique. **Indications:** Symptômes d'insuffisance oestrogénique consécutifs à la ménopause (naturelle ou post-chirurgicale) tels que flush, troubles du sommeil et atrophie urogénitale, ainsi que troubles psychiques et perte accélérée de substance osseuse. **Posologie et mode d'emploi:** L'Estraderm TTS doit être appliqué deux fois par semaine, c.à.d. qu'il convient de renouveler l'emplâtre tous les 3 à 4 jours. On débute en général le traitement au moyen d'Estraderm TTS 50; le dosage est ensuite adapté individuellement. Une dose trop élevée se manifeste en général par une sensation désagréable au niveau des seins ou par du spotting. Si un traitement de 2 à 3 semaines à la dose choisie ne permet pas de faire disparaître les symptômes de déficience oestrogénique, on administre une dose plus élevée. Pour le traitement d'entretien, il y a toujours lieu d'utiliser la dose minimale encore efficace. L'Estraderm TTS s'administre le plus souvent de manière discontinue: un traitement de 3 semaines (6 applications) est suivi d'un intervalle d'une semaine sans traitement. Une hémorragie vaginale peut survenir pendant cette période. Un traitement continu par Estraderm TTS peut toutefois s'avérer nécessaire (chez les femmes hystérectomisées ou lorsque des symptômes prononcés de déficience oestrogénique apparaissent pendant la semaine sans traitement. Un traitement par Estraderm TTS doit toujours être complété, pendant quelques jours consécutifs, par l'administration de progestagènes (voir également sous "Précautions particulières"), selon le schéma suivant: - En cas de traitement continu, il est recommandé d'administrer un progestagène les 10 à 12 premiers jours de chaque mois (p. ex. 10 mg de médroxyprogestérone ou 5 mg de norethistérone). - En cas de traitement discontinu (3 semaines d'application suivies d'une semaine sans traitement) le progestagène sera administré pendant les 10 à 12 derniers jours de la période de traitement de 3 semaines; chez ces patientes, aucun traitement hormonal n'a donc lieu pendant la 4e semaine. - Dans les 2 cas (traitement continu et traitement discontinu), il est produit généralement une hémorragie de privation après l'arrêt de l'administration du progestagène. **Conseils pour le bon usage de l'Estraderm TTS:** • séparer suivant la perforation médiane l'emballage

de deux emplâtres (dose hebdomadaire) en veillant à ne pas endommager l'emballage du système qui ne sera pas directement utilisé; l'activité du produit diminue en effet au contact de l'air. • retirer l'emplâtre de son emballage. • détacher la feuille protectrice transparente en frottant le système entre pouce et index. • tenir l'emplâtre par le bord, enlever la feuille protectrice et la jeter. • appliquer l'emplâtre sur le corps, à un endroit peu mobile - p. ex. ventre, dos, partie supérieure du bras ou de la jambe (attention: pas sur le sein) - et presser du plat de la main pendant environ 10 secondes. • la peau sur laquelle on applique l'emplâtre doit être sèche et propre; elle ne peut pas présenter de rougeur, et doit être exempte de plaies. • enlever l'emplâtre 2 fois par semaine (p. ex. le samedi soir et le mercredi matin), en ayant soin de le plier en deux de telle manière que les faces collantes se rejoignent, et le jeter dans un sac à ordures. • coller ensuite un nouvel emplâtre à un autre emplacement. • si l'application est correcte, l'emplâtre restera collé à la peau pendant 3 à 4 jours sans aucun problème. Si, toutefois, on constate qu'un emplâtre s'est décollé et s'est perdu ou est devenu inutilisable, il convient de le remplacer par un autre; ceci ne modifie en rien le jour de remplacement "normal". • un emplâtre correctement appliqué permet de prendre une douche ou un bain; il peut toutefois se détacher dans un bain très chaud ou dans un sauna. Dans ce cas, il peut être réappliqué sur la peau sèche. La partie du corps sur laquelle l'emplâtre est appliqué ne peut être exposée au soleil. **Contre-indications:** Contre-indications absolues: Carcinome mammaire ou endométrial; endométriose; hémorragie vaginale d'origine inconnue; atteinte hépatique grave; adénome hépatique; processus thrombo-emboliques actifs; grossesse. Contre-indications relatives: Antécédents de processus thrombo-emboliques; hypertension sévère; céphalées intenses; affections cérébro-vasculaires ou coronariennes, ou antécédents de ces affections; épilepsie; leiomyome utérin; certains états au cours desquels peuvent survenir des processus thrombo-emboliques (immobilisation, lésions des membres inférieurs); hyperlipémie (principalement en présence d'autres facteurs pouvant se trouver à l'origine d'affections cardio-vasculaires); intolérance au glucose (principalement en cas d'association avec des progestagènes). Le traitement par Estraderm TTS devant être complété par l'administration d'un progestagène, il convient également de tenir compte des contre-indications de ce dernier, à savoir: la grossesse pour les progestagènes à activité androgène, le carcinome mammaire, ovarien ou endométrial pour les progestagènes à activité oestrogène. La prudence est de rigueur lors d'affections hépatiques et chez les patients à antécédents thrombo-emboliques ou souffrant d'hypertension. **Effets indésirables:** Estraderm TTS peut engendrer les effets secondaires systémiques suivants: sensation désagréable au niveau des seins et hémorragie vaginale. D'autres effets secondaires systémiques connus comme pouvant survenir après utilisation orale d'oestrogènes, tels que rétention hydrosodée, oedème, crampes intestinales, sensation de ballonnement, nausées ou céphalées n'ont été rapportées que rarement après utilisation d'Estraderm TTS. Il convient également de signaler, un faible risque d'adénome hépatique, pouvant s'accompagner de douleurs abdominales aiguës et pouvant, en cas de rupture, évoluer vers un état de choc; une croissance accélérée de tumeurs oestrogène-dépendantes; l'apparition de chloasme et un risque de cholélitiasse, toutefois moindre qu'après prise orale. De même qu'avec tous les oestrogènes il peut se développer pendant un traitement par Estraderm TTS une hyperplasie de l'endomètre si on omet d'administrer un progestagène (voir également les rubriques "Précautions particulières" et "Posologie et mode d'emploi"). Les essais cliniques avec Estraderm TTS ont permis de mettre en évidence quelques cas de prurit pendant l'application, ainsi que des cas plus fréquents (5-30%) d'rythme léger et passager après le retrait de l'emplâtre. Le traitement par Estraderm TTS devant être complété par l'administration d'un progestagène, il convient également de tenir compte des effets indésirables de ce dernier, à savoir: nausées, vomissements, diarrhée, diminution de la libido, oedème, gain de poids, céphalées, fatigue. Les progestagènes à activité androgène peuvent en outre provoquer de l'acné et de l'hirsutisme. **Précautions particulières:** Comme lors de tout traitement par les hormones sexuelles, un examen gynécologique approfondi, répété au moins une fois par an en cas de traitement prolongé, devra précéder l'application d'Estraderm TTS. Certaines circonstances telles que des pertes de sang vaginales ou la constatation d'un changement à la palpation mammaire, nécessitent un examen médical complémentaire à tout moment du traitement. Une monothérapie de longue durée par les oestrogènes peut accroître le risque d'hyperplasie et de carcinome de l'endomètre chez les femmes ménopausées dont l'utérus est intact. Le traitement doit, pour cette raison, être complété, pendant quelques jours consécutifs, par l'administration de progestagènes, en vue d'assurer une protection de l'endomètre (voir rubrique "Posologie et mode d'emploi"). Une surveillance particulière s'impose chez les patientes présentant des malformations cardiaques, des troubles de la fonction rénale ou hépatique, de l'hypertension grave ou de l'épilepsie. Certaines circonstances telles que l'apparition d'hypertension ou d'ictère, commandent l'arrêt du traitement. La prudence est de rigueur en cas d'usage de tabac. **Grossesse et Lactation:** Les oestrogènes ne peuvent être utilisés pendant la grossesse et la période de lactation. **Interactions:** On a constaté que les médicaments qui provoquent une induction d'enzymes hépatiques, p. ex. les barbituriques, les dérivés de l'hydantoiné, la carbamazépine, le méprobamate, la phénylbutazone, ou la rifampicine, peuvent diminuer l'activité des oestrogènes. On ignore dans quelle mesure ces médicaments peuvent également influencer l'activité de l'estradiol administré par voie transdermale. Il a été démontré que l'Estraderm TTS n'exerce aucun effet sur les facteurs de coagulation tels que fibrinogène A et fibrinogène à poids moléculaire élevé, ni sur les taux et l'activité de l'antithrombine III. On n'a constaté aucun effet sur les taux de substrat de rénine circulant, ni sur ceux des globulines de liaison aux hormones sexuelles, à la thyroxine et au cortisol. **Surdosage:** Un surdosage se manifeste généralement par une sensation désagréable au niveau des seins et/ou par du spotting (voir "Posologie et mode d'emploi"). **Conservation:** Conserver à température ambiante (15-25°). Tenir hors de portée des enfants. Cette dernière précaution vaut également pour les emplâtres utilisés et jetés. Stabilité: Voir date limite d'utilisation sur l'emballage. Cette date est précédée des lettres EXP, et comporte le mois (de 01 à 12) et les deux derniers chiffres de l'année. **Délivrance:** Sur prescription. **Demière mise à jour de la notice:** 09.06.88

S.A. CIBA-GEIGY N.V.
B-1720 GROOT-BIJGAARDEN

Venostasin retard

Traitement de l'insuffisance veineuse

Composition

1 capsule retard contient:
300 mg d'extrait titré, se composant de
240-290 mg d'extrait sec de marron
d'Inde et de 60-10 mg de dextrine corres-
pondant à 50 mg de triterpenglucosides
calculé en aescine.

Indications

Troubles fonctionnels dans les affections
des veines de la jambe (symptômes de
l'insuffisance veineuse chronique) – par
ex. varices, phlébite, thrombophlébite,
s'accompagnant de douleurs dans les
jambes, sensation de lourdeur, prurit,
crampes nocturnes du mollet, oedèmes,
tension et fatigue au niveau des jambes.



Effets indésirables

De légers troubles gastriques peuvent se
manifester occasionnellement. Dans ce
cas, il est recommandé de prendre le
médicament au moment des repas.

Posologie et mode d'emploi

Une capsule retard matin et soir avant les
repas (à avaler avec un peu de liquide
sans croquer).

Présentation

Boîtes de 50 capsules retard

Zusammensetzung: (je Retardkapsel) Dihydroergocristinmethansulfonat 1,5 mg, Dihydroergocorninmethansulfonat 1,5 mg, Alpha-Dihydroergocryptinmethansulfonat 1,0 mg, Beta-Dihydroergocryptinmethansulfonat 0,5 mg. **Indikationen:** Als unterstützende Maßnahme beim hirngewässrigen Psychosyndrom mit den Leitsymptomen Niedriggeschlagennheit, Schwindel, Verwirrtheit und Verhaltensstörungen. Zur symptomatischen Behandlung des Zervikalsyndroms. **Kontraindikationen:** Nicht im letzten Drittel der Schwangerschaft und bei bekannter Überempfindlichkeit gegenüber Mutterkornalkaloiden anwenden. **Nebenwirkungen:** Gefühl der verstopften Nase, Schwindelgefühl, leichter Kopfdruck, Übelkeit oder Erbrechen, Magen-Darm-Beschwerden können auftreten. Da DCCCK® Depot den Blutdruck senken kann, ist bei Patienten mit Erfordernis Hochdruck oder mit Hypotonie Vorsicht geboten. In sehr seltenen Fällen wurden Einschlafstörungen, Hyperaktivität, leichte Bradykardie, orthostatische Beschwerden,

pektanginöse Beschwerden bei Angina-pectoris-Anamnese nach längerer Therapiedauer (3-4 Wochen) beschrieben. Ein Unterbrechen der Behandlung ist nur in Ausnahmefällen erforderlich. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** DCCCK® Depot beeinflusst die Plättchenaggregation und Blutviskosität. Bei Patienten, die gleichzeitig die Blutgerinnung beeinflussende Arzneimittel erhalten, sollten bei Therapiebeginn mit DCCCK® Depot häufigere Kontrollen der Gerinnungsverhältnisse vorgenommen werden. **Packungsgrößen:** Originalpackung mit 20 Retardkapseln (N1) Anstaltspackung mit 50 Retardkapseln (N2) **Rentschler** Moderne Arzneimittel für den Fortschritt der Medizin - rezeptpflichtig -

Dr. Rentschler Arzneimittel GmbH & Co., 7958 Laupheim
PROPHAC, Luxembourg B.P. 2063, Tel.: 48 24 82

Wenn Sie dem Symptom **Schwindel** begegnen, denken Sie an zerebrale Mangelversorgung



Täglich eine -
weiter keine

DCCCK® Depot

stellt Ihren Zerebralpatienten
wieder auf sichere Beine

Histoire de la médecine dentaire au Luxembourg

Dr GEORGES KAYSER

Dans la préface de son «Traité des Dents» édité en 1746, Pierre Fauchard, chirurgien dentiste à Paris, écrit que les «dents sont dans leur état naturel les plus polis et les plus durs de tous les os du corps humain; mais elles sont en même temps les plus sujettes à des maladies qui causent de vives douleurs et deviennent quelquefois très dangereuses: nous en faisons tous la triste expérience presque aussitôt que nous voyons le jour».

Et il poursuit: «Ceux qui conservent toutes leurs dents saines jusqu'à un âge avancé, sont en très petit nombre: les uns doivent cet avantage à un heureux tempérament, les autres à une attention et à des soins particuliers».

Fauchard continue en disant: «Quoique la chirurgie en général se soit beaucoup perfectionnée dans ces derniers temps, qu'on ait fait d'importantes découvertes, qu'on ait mis au jour quantité d'observations savantes et curieuses, les dentistes n'y trouvent pourtant pas encore à beaucoup près des secours suffisants, pour les guider dans toutes leurs opérations. On ne connaît au reste ni cours public, ni cours particulier de chirurgie, où la théorie des maladies des dents soit amplement enseignée et où l'on puisse s'instruire à fond de la pratique de cet art si nécessaire à la guérison de ces maladies, et de celles qui surviennent aux parties dont les dents sont environnées.

Les plus célèbres chirurgiens ayant abandonné cette partie de l'art, ou du moins l'ayant peu cultivée, leur négligence a été cause que des gens sans théorie et sans expérience, s'en sont emparés et la pratiquent au hasard, n'ayant ni principes, ni méthode. Ce n'est que depuis environ 1700 que dans la Ville de Paris on a ouvert les yeux sur cet abus»;

Si telle était la situation à Paris, elle n'était certainement guère meilleure au Luxembourg à cette époque.

Grâce aux fouilles archéologiques nous savons également que l'homme, depuis la très Haute Antiquité, avait déjà le souci des soins dentaires et des travaux prothétiques ingénieux pour corriger les défauts esthétiques du système dentaire.

Durant le Moyen Age l'art dentaire était exercé par les artisans de village, les bateleurs de foire, les barbiers ou arracheurs de dents.

L'activité de ces praticiens est souvent admirablement représentée par les grands maîtres peintres, où on voit et sent à travers leurs tableaux la souffrance endurée par les patients, emmenés, maintenus en place et consolés par leurs proches sous l'oeil vigilant, lointain d'un observateur sadique.

Quels étaient à cette époque les soins dentaires au Luxembourg qui, notons-le, était 4x plus grand qu'aujourd'hui? Nous l'ignorons.

Sans doute l'un ou l'autre homme de l'art exerçait quelque part ou passait dans nos régions avec les armées étrangères. Nous n'avons pas de documents à ce sujet.

Durant la Révolution Française et sous le régime de la Première République le corps médical luxembourgeois comportait d'une part les docteurs en médecine pourvus d'un diplôme délivré par une université et d'autre part les chirurgiens, officiers de santé, accoucheurs, oculistes, dentistes, pharmaciens etc qui n'avaient pas besoin d'un diplôme de docteur pour exercer leur profession.

L'exercice de la médecine, y compris l'art dentaire, était donc libre, sans contrôle, ni statuts aucuns dans notre pays. La loi du 19 Ventôse an XI (10.III.1802) commençait à régler l'art de guérir et prévoyait dans chaque département la création d'un jury composé de 2 docteurs domiciliés dans le département et de pharmaciens nommés par le Premier Consul ainsi que d'un commissaire choisi parmi les professeurs des six facultés de médecine pour la réception des officiers de santé.

«L'officier de santé» est un titre spécial au régime français, il n'a pas besoin d'étudier dans une faculté de médecine à l'encontre du docteur en médecine. Ils pourront être reçus officiers de santé après avoir été attachés pendant 5 à 6 ans comme élèves à des docteurs ou aux hôpitaux civils ou militaires. Le jury luxembourgeois était présidé par un professeur de l'Université de Strasbourg, de laquelle dépendait le Département des Forêts.

La loi de 1802 réglementait donc en quelque sorte la médecine et la pharmacie mais ne mentionnait pas spécialement l'art dentaire.

La loi du 12 mars 1818, alors que le Grand-Duché de Luxembourg était sous régime hollandais, instituait des commissions médicales provinciales contrôlant:

- a) « les capacités et titres des personnes désireuses de s'établir dans leur province pour y exercer une branche quelconque de l'art médical.
- b) à délivrer des attestation de capacité en bonne forme à tous ceux qui désirent être admis dans l'étendue de leur province à l'état de chirurgien de ville, de campagne ou de vaisseau, à celui d'accoucheur ou de sage-femme, de pharmacien, oculiste, dentiste, droguiste ou herboriste.
- c) à veiller dans leur province à ce que la pratique les arts médicaux soit exercée d'une manière convenable et régulière par les personnes déjà établies et à tenir l'oeil sur tout ce qui intéresse la santé des habitants.
- d) à exercer leur surveillance dans le cas où quelque maladie contagieuse ou épidémique se déclarerait dans leur province» (extrait du texte de la loi qui compte 23 articles) Et encore selon l'article 10 de cette même loi: «Le Roi se

réserve le droit d'accorder à des médecins ou chirurgiens renommés et titulaires d'un diplôme étranger, la faculté d'exercer dans le royaume sans subir de nouvel examen».

C'est à notre connaissance la première fois qu'on parlait de médecine dentaire au Luxembourg.

Pour l'exercice de la profession de dentiste un apprentissage de 2 ans chez un confrère était exigé.

Il semble qu'un seul Luxembourgeois, à savoir le dénommé Raphaël Brach, soit devenu dentiste le 3 avril 1832 en suivant cette voie de formation.

Durant cette période des praticiens français de Metz et allemands de Trèves et sans doute des praticiens militaires appartenant à la garnison prussienne occupant la forteresse de Luxembourg, exerçaient de temps à autre avec une permission spéciale s'étendant de un à trois ans. Cette façon d'agir était prévue dans la loi de 1818 et suivantes jusqu'en 1891 pour étrangers de mérite.

En 1841 le Luxembourg étant devenu indépendant sous le règne du roi Guillaume II des Pays-Bas, devenu également Grand-Duc, une ordonnance royale et grand-ducale du 12 octobre réorganisait de fond en comble l'état sanitaire du Grand-Duché. C'est par cette loi que fut créé le Collège Médical.

Les attributions administratives, consultatives et disciplinaires du Collège Médical furent à peu près les mêmes que celles de la Commission Médicale créée en 1818.

A ce moment disparaissaient le dentiste aussi bien que l'oculiste en tant que spécialistes distincts. Leurs activités tombaient sous la compétence exclusive du chirurgien. Rappelons-nous qu'alors l'activité du chirurgien (Feldscher) était séparée de celle du médecin.

La loi du 8 mars 1875 apportait la fusion des 2 grades de docteur en médecine d'une part et en chirurgie et accouchements d'autre part. La médecine dentaire faisait partie intégrante de la médecine.

Quelques daviers pour extraire des dents faisaient sans doute partie de la trousse de tout médecin.

Il me semble difficile d'admettre que les soins dentaires d'alors dans notre pays aient été autre chose que les extractions.

D'ailleurs si on voit les très vieilles photos de nos ancêtres il est curieux de constater combien de personnes relativement jeunes étaient édentées. Il paraît pourtant que la pratique de la pose de dents artificielles «est exercée» par deux dentistes étrangers vers 1851.

Plus tard, des dentistes étrangers sont refusés, puisqu'en 1859 le Collège Médical est d'avis «que la ville de Luxembourg n'est pas dans une position de devoir engager le Gouvernement à autoriser de nouveaux étrangers pour les soins que réclament les dents de leurs habitants».

On a l'exemple de Simon Rosenthal, dentiste de Strasbourg, qui en 1861 introduit sa demande auprès du Collège Médical en vue de s'installer dans le pays.

Cette demande est rejetée «pour pratique de l'art illégale à Bruxelles». Ainsi le Collège Médical sait qu'on ne peut pas lui faire confiance. A ce qu'il paraît, il demande des honoraires excessifs et veut encaisser de l'argent pour des opérations qu'il n'a même pas faites.

«Au lieu de platine qu'il prétend avoir mis dans une dent, elle ne comprend qu'un amalgame d'étain et de mercure.»

D'après le Collège Médical, ceci peut être nuisible à la santé et c'est une épreuve de déloyauté. La plupart des dentistes se voient refuser leur demande d'installation, puisque le Collège Médical veut écarter autant que possible le charlatanisme dentaire. On voit donc que le problème avec les dentistes étrangers est important.

A cette époque, il importe de relever un fait saillant se rapportant à l'histoire dentaire luxembourgeoise et se plaçant vers 1862. Cette histoire racontée d'une façon magistrale par Ernest Schneider dans un article paru dans le bulletin de la Société des Sciences Médicales en 1937 est la suivante:

«En 1862 revint d'Amérique du Nord un de nos compatriotes, Nicolas Namur, qui y avait passé sept années pour voir du monde et se parfaire dans son métier. Il était pâtissier.

Comme la plupart de ses collègues il avait de mauvaises dents. A ce moment, on parlait beaucoup aux USA d'un dentiste, un certain Wells, qui était capable d'extraire des dents à ses malades, sans faire souffrir ceux-ci. Il leur faisait respirer un gaz, le protoxyde d'azote et avait ainsi inventé l'anesthésie générale. Rien d'étonnant donc, que ce procédé retenait l'attention du public.

En plus, Wells n'enlevait pas seulement des dents douloureuses, mais il les remplaçait par des dents artificielles. Ces dents étaient confectionnées en ivoire d'éléphant, ou mieux d'hippopotame. Elles coûtaient une petite fortune. Défaut plus grave, elles s'altéraient en bouche rapidement. L'ivoire en tant que substance organique est putrescible. Il noircit, se décompose et s'effrite. Par malheur, le travail de l'ivoire réclamait des ouvriers exceptionnellement adroits.

De retour au Grand-Duché de Luxembourg, Namur ne trouvait pas d'artisans capables de travailler cette matière rare. Il portait déjà lui-même depuis plusieurs années un dentier en ivoire. C'était une prothèse complète supérieure dont l'état l'obligeait bientôt à la faire remplacer. Mais par qui et où? Il n'avait pas le temps d'aller trouver un dentiste dans les grandes villes européennes. Elle devait lui permettre de se tirer d'affaire sans avoir recours à un dentiste. Peut-être avait-il entendu parler des essais qu'on avait entrepris, en France surtout, depuis une cinquantaine d'années, pour faire des dents artificielles en une matière inaltérable, la porcelaine. On les montait soit sur base d'ivoire, soit sur base de métal, ou bien on les fixait par des fils d'or aux dents naturelles restant en bouche. Mais ces tentatives restaient encore très imparfaites. Pour des raisons d'ordre technique, des difficultés d'ajustage et de fixation sur la base avant tout, la matière n'était pas utilisable en pratique. Les résultats étaient plus décourageants quand on voulait confectionner avec elle un dentier, dent et base. Le retrait de la porcelaine empêchait la reproduction exacte de la forme de la bouche.

Voilà que Namur s'avise qu'il lui était possible de réussir un dentier entièrement en faïence. La faïencerie de Septfontaines était aux portes de la ville. Entraîné à faire en métal des moules pour y couler des sucres, il établit un porte-empainte et à l'aide de cire prit un moule dans sa bouche. Il y coula du plâtre et sur le modèle obtenu confectionnait un dentier en pâte de faïence qu'il fit cuire à Septfontaines. Après biscuitage, le dentier fut dûment vernissé, les dents en blanc, les fausses gencives et le palais en une teinte qui allait du rose au rouge bordeaux suivant l'épaisseur de la couche colorante.

L'effet de cette teinte n'a pas dû être très heureux. Comment Namur a-t-il pu compenser ou corriger le retrait de la faïence? On l'ignore, les modèles, longtemps conservés, ne sont plus là pour permettre un jugement. Toujours est-il que le dentier allait en bouche et fut porté. Jusqu'à ce jour, où il tomba par terre et se brisa. Namur alors décida d'en faire sans retard toute une série, cinq à la fois. En cas d'accidents futurs, il disposerait de pièces de rechange. Deux de ces pièces ont disparu, trois ont été conservées par les soins de sa famille.

Schneider avait pu voir ces dentiers et même les photographier.

Il se rendait compte que ces formes avaient été sculptées par quelqu'un qui était étranger à la profession dentaire.

Deux dentiers sont pourvus chacun de 12 dents, 6 incisives et 6 molaires. Leur modèle est approchant et ne répond pas à la morphologie anatomique exacte.

Le troisième dentier porte en dehors de 6 molaires 7 incisives d'un type plus petit puisqu'elles devaient être logées sur une arcade de même étendue que celle des dentiers à 6 incisives.

Schneider rapporte en outre que sur deux dentiers on remarque une série de traits dus à des coups de lime et qu'un des dentiers porte un dépôt de tartre de chaque côté, preuve certaine qu'il a séjourné longtemps en bouche. A relever également qu'un autre des dentiers qui apparemment n'avait pas été porté, est percé de trous dans le sens transversal au niveau des molaires à droite et à gauche. Ceci sans doute afin de permettre, le cas échéant, l'emploi de ressorts, moyen de rétention en usage depuis longtemps déjà pour les dentiers en ivoire.

Les dentiers en faïence furent beaucoup commentés en ville. Pour le public luxembourgeois, la notion de prothèse dentaire, de fausses dents, était pour la première fois entrée dans le domaine de la réalisation pratique.

Vingt ans plus tard fut introduite la prothèse en caoutchouc, de découverte récente, auprès de la clientèle luxembourgeoise éclairée et convaincue par l'exemple de Namur.»

Ce n'est qu'en 1879 que le premier Luxembourgeois, Monsieur Weber, qui avait étudié pendant trois ans aux Universités à Paris, à Oxford et à Glasgow la médecine dentaire, mais qui n'était pas docteur en médecine, a fait sa demande d'exercice au Grand-Duché de Luxembourg. Et il a obtenu l'autorisation d'exercice en invoquant la loi de 1818 plaidant que cette loi, qui fut pourtant modifiée à plusieurs reprises en 1841, 1843, 1848 et 1875, n'avait pas été abolie expressis verbis. Il passait son examen devant le Collège Médical. En 1881 M.

Weber présentait sa demande d'admission à la Société des Sciences Médicales et après un refus initial il fut admis un an après.

Dix ans plus tard un second Luxembourgeois fut admis de la même façon. Ces deux admissions étant considérées officiellement comme illégales, la loi du 16 mai 1891 a dû être votée pour créer l'art dentaire» comme branche autonome de l'art de guérir, en élaborant un programme de 3 années d'études universitaires après l'examen de maturité ou examen de passage.

C'est en se basant sur cette loi de 1891, ayant subi à plusieurs reprises des modifications assez profondes, rapprochant et rendant les études dentaires de plus en plus similaires aux études médicales, qu'avait abouti le 5 août 1939 la loi sur la collation des grades. Au cours des années, l'art dentaire avait été changé en «médecine dentaire», le «Dentiste» est devenu «Médecin-Dentiste» pour adopter finalement avec la loi de 1939 l'appellation de «Docteur en Médecine Dentaire».

Les deux branches de l'art de guérir s'étaient donc rapprochées de plus en plus au cours des années, pour devenir tout à fait semblables avec la loi sur la collation des grades de 1939, qui était jusqu'en 1969 la seule voie d'accès à la profession médico-dentaire dans notre pays et reste encore à l'heure actuelle une voie d'accès facultative, il est vrai, mais encore utilisée et appréciée.

La loi sur la collation des grades fut abrogée et remplacée par la loi du 18 juin 1969 sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur.

Les critères d'homologation sont fixés par le règl. gr. ducal du 18 décembre 1970. Pour la Médecine Dentaire ils sont devenus absolument semblables à ceux des autres spécialités médicales, c.-à-d. études médicales jusqu'au doctorat en médecine suivi d'une formation spécialisée d'au moins 2 ans.

Ce n'est que la loi du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, médecin-dentiste et médecin-vétérinaire, votée à la suite de la promulgation de la directive 78/686/C.E.E., concernant les praticiens de l'Art Dentaire, qui apporte une grande facilité d'accès à la profession de médecin-dentiste, en reconnaissant équivalents tous les diplômes dentaires émis par les 12 pays de la C.E.E.

Cette loi stipule dans son chapitre 2 art. 8 que «les Luxembourgeois ou ressortissants d'un Etat membre de la C.E.E. et titulaires d'un des diplômes, certificats ou autre titre de praticien de l'art dentaire visés à la directive 78/686 C.E.E. . . . «ont accès aux activités de médecin-dentiste et à l'exercice de celles-ci au Luxembourg.»

Ces activités sont: «La prévention, le diagnostique et le traitement concernant les anomalies et les maladies des dents, de la bouche, des mâchoires et des tissus attenants».

Numériquement la profession dentaire a évolué énormément. De quelques rares unités durant le siècle dernier, nous comptons déjà en 1930 55 médecins-dentistes, c.-à-d., proportionnellement à la population 1 médecin-dentiste pour 5 345 habitants au Grand-Duché. Jusqu'en 1960 le nombre des praticiens a doublé

et se situe entre 100 à 110, donc rapport approximatif 1 médecin-dentiste pour 3 300 habitants.

Depuis le début des années quatre-vingts le nombre des praticiens a encore une fois doublé et va certainement dépasser les 200 au courant de cette année 1989, ce qui va faire pour 1990 un praticien pour 1 700 habitants au Grand-Duché.

En ce qui concerne la ville de Luxembourg, la proportion a passé de

1:2 000	en 1930
1:1 500	en 1960
1: 950	en 1990

Le rapport médecins-dentistes / médecins était de 1 - 3,2 en 1930, il est de 1 - 3,5 en 1990.

Le nombre des médecins généralistes et médecins spécialistes a également augmenté considérablement, particulièrement le nombre des généralistes. Le rapport médecins-dentistes / médecins n'a pas changé sensiblement.

L'histoire de la médecine dentaire au Luxembourg depuis ses débuts jusqu'aujourd'hui a toujours été marquée par son attachement à la médecine comme le prouvent à la fois l'évolution des études dentaires ainsi que l'organisation en associations scientifiques, syndicales et gouvernementales, notamment le Collège Médical. Retenons en plus que la profession fut toujours exercée par des universitaires.

Dans cet aperçu sur l'évolution de la médecine dentaire au Luxembourg j'aurais pu apporter encore plus de détails sans doute intéressants. Un large chapitre aurait pu être consacré à l'évolution de la Sécurité Sociale et ses rapports avec la profession des médecins-dentistes, l'évolution des laboratoires de la prothèse dentaire etc. Tous ces sujets pourront et devront être traités ultérieurement par nos successeurs.

BIBLIOGRAPHIE

- SCHNEIDER (Ernest). – *Die Entwicklung und aktuellen Entwicklungstendenzen der Zahnheilkunde in Luxemburg.*
Dissertation, Bonn, 12 Dezember 1930.
- SCHNEIDER (Ernest). – *Deux étapes dans l'histoire de l'art dentaire au Grand-Duché.*
In: BSSM (Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg), 1938.
- Le Collège Médical. – Brochure éditée en 1968.
- KAYSER (Manette). – *Recherches sur la vie professionnelle du médecin au Grand-Duché de Luxembourg de 1842 à 1880*
1985 – 108 f. dactyl. – (Mémoire: His.: Strasbourg II: 1985).
- FOUCHARD (Pierre). – *Le chirurgien dentiste ou le traité des dents.*
2^e édition – Paris. 1746.

Le Collège médical de 1818 à 1988

PAUL HOFFMANN

LA COMMISSION MEDICALE

Le Collège médical est une institution vénérable, puisque sa création ou du moins ses origines remontent à 1818.

Rappelons que le congrès de Vienne de 1815 éleva le Duché de Luxembourg en Grand-Duché et le plaça sous la souveraineté du Roi des Pays-Bas, nommé Grand-Duc de Luxembourg. Cette union personnelle avec les Pays-Bas n'aurait pas dû entraver l'autonomie du Grand-Duché, mais le Roi Grand-Duc Guillaume I^{er} ne l'entendit pas de cette oreille et traita le Luxembourg comme une des provinces du Royaume.

Aussi, lorsque furent instituées par la loi du 18 mars 1818 dans les provinces hollandaises et belges des commissions médicales «chargées de la surveillance de tout ce qui a rapport à l'art de guérir», cette loi fut-elle également d'application au Grand-Duché. Or, chez nous cette institution a survécu jusqu'à nos jours, alors que tel ne fut pas le cas pour les Pays-Bas et la Belgique. Ce maintien des valeurs établies est-il révélateur de l'esprit conservateur des Luxembourgeois? Quoiqu'il en soit, la commission médicale disposa déjà des attributions dévolues au Collège médical actuel, à savoir la surveillance en matière médicale et sanitaire, un rôle consultatif et un certain pouvoir disciplinaire. L'arrêté royal du 31 mai 1818, comprenant une cinquantaine d'articles, précisa les fonctions de la commission médicale. Elles furent en fait, dans le détail, beaucoup plus étendues que celles du Collège médical, puisqu'exercées par le seul organisme ad hoc existant alors. Ainsi la commission médicale figura en tant que jury d'examen de tous ceux qui désiraient être admis à exercer une des différentes branches de l'art de guérir, à savoir les chirurgiens, accoucheurs, pharmaciens, oculistes, dentistes, droguistes, herboristes et sages-femmes. Notons que les docteurs en médecine durent obtenir leur titre dans une faculté de médecine étrangère. Quant aux chirurgiens, ils n'étaient pas docteurs en médecine et n'avaient que les connaissances nécessaires à l'exercice de la chirurgie de l'époque (étude de l'anatomie et de la chirurgie pendant 5 ans chez un ou plusieurs maîtres au pays et à l'étranger). Les accoucheurs, de leur côté, durent justifier d'une instruction théorique dans les

accouchements et d'une pratique de 8 accouchements naturels et de 2 «contre-nature».

La fonction de jury d'examen fut exercée par la commission médicale et plus tard par le Collège de 1841 jusqu'en 1875 où la loi du 8 mars créa des jurys indépendants du Collège médical. Quant à la «nouvelle» loi de 1939 sur la collation des grades, elle fut abolie et remplacée par la loi de 1969 sur l'homologation des grades et titres étrangers d'enseignement supérieur, sauf disposition spéciale pour les médecins-dentistes.

La commission médicale eut donc des activités variées: fonctions consultatives; fonctions disciplinaires; fonctions d'examineur: surveillance de l'exercice des sciences médicales; visite régulière des officines des pharmaciens et chirurgiens («Buden der Apotheker und Wundärzte»); mesures à prendre et instructions à donner en cas de maladies épidémiques et contagieuses.

Nul ne doute que ces maladies furent fréquentes à cette époque, et les vieux documents de la commission médicale sont là pour en témoigner. Un de ses registres énumère p. ex. les 481 cas de choléra survenus en 1832 dans la seule ville de Luxembourg. Et que dire de ce rapport édifiant de la commission médicale du 22 février 1827 qui signale aux «nobles et honorables seigneurs» du collège des bourgmestre et échevins de la ville de Luxembourg que «suivant les renseignements obtenus, partout la petite vérole a particulièrement régné dans les lieux voisins des casernes ou fréquentés par des militaires; qu'elle a régné en même temps que la varicelle avec laquelle il est facile de la confondre; qu'elle a été généralement bénigne et n'a fait que peu de victimes».

Evidemment, la commission médicale avait pris des précautions qui consistaient «à mettre un écriteau sur la maison avec l'inscription portant en gros caractères: ici règne la petite vérole». Elle regrettait de devoir informer le collège des bourgmestre et échevins qu'aucune loi ne l'autorisât à «mettre une garde près de chaque maison où il existe une maladie.» Finalement la commission médicale en appelle au collège, afin qu'il intervienne auprès de l'autorité militaire pour engager les soldats à agir «avec prévoyance». Sages précautions en effet, dictées par un souci de médecine préventive, quoiqu'encore très éloignées de la méthode du Dr Knock qui préventivement aurait voulu tenir tout le village au lit, chacun avec un thermomètre dans la bouche.

Terminons ce chapitre pour dire que la 1^{re} commission médicale fut nommée, conjointement avec celles des autres provinces, par arrêté royal du 11 septembre 1818. Elle se composa de 6 docteurs en médecine et d'un apothicaire et fut présidée par le Dr J.B. Wurth.

L'ORDONNANCE DE 1841

L'ordonnance royale du 12 octobre 1841 portant organisation du service médical constitua une nouvelle étape dans l'organisation sanitaire du pays. Elle intervint après des événements politiques qui aboutirent à la constitution du Royaume de Belgique. La partie occidentale du Grand-Duché ayant été amputée,

les relations «hiérarchiques» et la correspondance de la commission médicale avec les districts d'Arlon, de Bastogne, de Houffalize, de Marche prirent fin.

Si l'ordonnance royale de 1841 mentionna pour la 1^{re} fois le terme de Collège médical, elle n'apporta guère de changement notable en ce qui concerne les attributions du collège par rapport à la commission médicale. Il y est dit que «la surveillance et la direction spéciale du service sanitaire est confiée au collège médical.» Sa composition et sa répartition géographique furent précisées. Il est composé du conseiller médical supérieur auquel appartient par ailleurs la direction immédiate de toute l'administration médicale, de 4 médecins et de 2 pharmaciens. Un des médecins doit être domicilié dans le district de Diekirch, un autre dans celui de Grevenmacher, les deux derniers ainsi que les deux pharmaciens dans la ville de Luxembourg. Les membres sont nommés par le Roi et choisis sur une liste de candidats proposés par le Collège médical et par la régence du pays.

Parmi les personnes autorisées à exercer l'art de guérir, la profession de dentiste disparut en 1841, alors qu'elle figurait dans la loi de 1818. A partir de 1841 l'activité du dentiste tomba sous la compétence du chirurgien et ce ne fut qu'en 1891 qu'une loi introduisit l'autonomie de l'art dentaire au Grand-Duché et son programme de formation.

Mais l'ordonnance royale de 1841 institua également les médecins de cantons, chargés de la surveillance et de la direction du service sanitaire dans chaque canton. Ces médecins de cantons – précurseurs des médecins-inspecteurs cantonaux privés de 1902 et des médecins-inspecteurs fonctionnarisés par la loi de 1952 – soumettaient au Collège médical tous leurs avis et les propositions qu'ils jugeaient utiles. De même la surveillance particulière du service sanitaire du bétail fut confiée à 4 vétérinaires de district soldés par l'Etat.

LES TEMPS MODERNES

La loi du 6 juillet 1901 concernant l'organisation et les attributions du Collège médical ne fit en somme que reprendre les attributions conférées en 1818 à la commission médicale et en 1841 au Collège médical, tout en définissant de plus près ses fonctions administratives et ses relations avec le Gouvernement. Comme déjà indiqué ci-dessus, la fonction de jury d'examen disparut. Par contre la composition du collège fut fixée à 5 médecins, 2 pharmaciens et 1 vétérinaire. Pour la 1^{re} fois le mode actuel de présentation des candidats, en fait l'élection par leurs pairs, fut déterminé dans la loi.

La loi du 9 septembre 1968 porta essentiellement sur la composition du Collège médical et la répartition géographique de ses membres médecins. Signalons que les vétérinaires n'étaient plus représentés au Collège médical depuis la création d'un collège vétérinaire par arrêté-loi du 6 octobre 1945. Par ailleurs les médecins-dentistes détenaient depuis 1947 un membre permanent adjoint. Mais la répartition géographique adéquate des médecins n'était plus assurée en raison des changements profonds dans la démographie médicale.

Si nous revenons au temps de la commission médicale, une liste dressée en 1828 nous apprend que le nombre des docteurs en médecine exerçant dans la ville de

Luxembourg s'élevait en cette année à 6. Le district de Luxembourg, comprenant en gros les cantons actuels de Luxembourg, Esch-sur-Alzette et Mersch et donc e.a. les communes d'Esch, de Dudelange, de Differdange et de Mersch, ne comptait aucun docteur en médecine, seulement 2 chirurgiens, par contre 24 sages-femmes.

Ci-après un tableau mettant en comparaison les années 1902 et 1962:

Médecins	1902	1962
Luxembourg-Ville		
Luxembourg-Campagne	31	148
Mersch		
Cantons d'Esch et de Capellen	18	97
District de Diekirch	14	44
District de Grevenmacher	15	20
total:	78	309
Médecins-dentistes	7	128
Pharmaciens	57	158

Notons au passage qu'en 1988 le nombre des médecins établis est de 720, celui des médecins-dentistes de 185, tandis que celui des pharmaciens peut être évalué à 265.

La loi de 1968 tint compte des variations d'alors dans la démographie médicale et fixa la composition du Collège médical que nous connaissons actuellement:

7 membres effectifs médecins dont 3 domiciliés dans la circonscription du Centre, 2 dans la circonscription du Sud, 1 dans celle du Nord et 1 dans celle de l'Est. Deux médecins-dentistes de même que 2 pharmaciens font également partie des membres effectifs. Huit membres suppléants et 5 membres adjoints complètent le collège.

Il est évident qu'au cours de presque deux siècles le rôle du Collège médical a changé. L'arrêté de 1945 créant le poste de médecin-directeur de la Santé, la loi de 1952 sur le service des médecins-inspecteurs, celle de 1958 sur l'inspection des pharmacies – intégrées entretemps dans la loi de 1980 sur la direction de la Santé – l'institution du conseil supérieur d'hygiène et du conseil des hôpitaux ont déchargé le Collège médical de certaines tâches et missions techniques pour lesquelles, vu leur nombre grandissant et leur complexité, il n'était plus outillé et à même de faire face, bien qu'il n'ait pas légalement perdu ses attributions dans ces domaines et reste souvent la dernière instance appelée à la rescousse.

Le Collège médical a collaboré, entre autres, à l'élaboration des lois et des règlements ayant été à la base de la médecine sociale, de la médecine préventive et de la médecine hospitalière. Dans certains cas il a usé de son droit d'initiative pour proposer au Gouvernement de nouvelles mesures législatives. Au temps où les

réformes dans le secteur de la Santé priment l'administration pure et simple, son champ d'activité comme organe consultatif ne cesse de s'agrandir. Par ailleurs il continue de veiller sur l'éthique médicale, sur l'honorabilité et la dignité des professions médicales. A l'heure actuelle où, suite à de nouveaux changements déjà perceptibles et encore à percevoir dans le domaine de la santé publique et dans l'organisation et l'exercice de la médecine, surgissent de graves problèmes éthiques et déontologiques, le Collège médical a et aura une lourde responsabilité pour énoncer les grands principes permettant l'exercice d'une médecine humaine, bien qu'adaptée au progrès scientifique, tout en garantissant le respect du malade.

Le Laboratoire National de Santé

DR A BETZ

UN COURT RAPPEL HISTORIQUE.

Le Laboratoire National de santé est né à la fin du siècle dernier. Pendant sa longue évolution il a changé plusieurs fois de nom. Lorsqu'on relit les longues discussions qui se sont déroulées devant le parlement et sur la place publique lors de sa création, on s'aperçoit qu'il a beaucoup évolué depuis cette époque, qui nous paraît maintenant bien lointaine, mais qu'il est resté, durant toute son histoire, fidèle à sa vocation initiale.

Lorsque, après les découvertes de Pasteur et de Koch, pour ne citer que ces deux personnages proéminents, les réussites de la jeune microbiologie naissante se confirmaient, il devenait impossible de se passer à Luxembourg de ces nouvelles découvertes. – L'initiative de les appliquer dans notre pays en revient incontestablement au docteur Praum, jeune médecin attiré par les nouvelles techniques des travaux de laboratoire appliqués à la médecine, à son enthousiasme et sa persévérance sans faille. Son histoire et les débuts du Laboratoire bactériologique de l'Etat (son nom de création) ont été longuement décrits par le Dr Schaus dans un article très documenté paru dans les colonnes de ce périodique (Bulletin de la Société des Sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg, 1963, numéro 100, pages 69 à 101) et je renvoie le lecteur intéressé à cette publication, pleine de détails savoureux, qui relate textuellement les discussions, les exposés des motifs et les lois de l'époque. Je ne me permettrai ici que de citer quelques dates et faits importants.

1897: Un Laboratoire pratique de bactériologie est installé rue Clairefontaine (Badenburger Straße).

1899: Un avant-projet sur l'organisation d'un laboratoire pratique de bactériologie est déposé sur le bureau de la chambre.

1900: le projet est adopté à l'unanimité dans sa séance du 27 mars.

1901: les premiers travaux pour établir les plans d'un nouveau bâtiment débutent et de longues discussions s'entament pour trouver un emplacement convenant aux «travaux dangereux» qui y seront exécutés.

1903: adjudication des travaux pour la construction du bâtiment au Verlorenkost.

1907: fin des travaux. La destination du bâtiment comme laboratoire de bactériologie est mise en doute mais est confirmée en fin de compte par la chambre.

Le Docteur August Praum (né le 20 janvier 1870 à Luxembourg et décédé en mai 1928) a été le premier directeur dès sa création. Après ses études de médecine il a suivi des cours à l'Institut Pasteur de Paris sous la direction du Dr. Roux, élève de Pasteur. Une photo dans les jardins de ce célèbre Institut à Paris, prise en 1896 témoigne de ses temps de pionnier (voir photo, page ...). Le Dr. Praum a dirigé le Laboratoire bactériologique de l'Etat jusqu'à sa mort.

Le second directeur a été le Dr. Schmoll, qui a pris sa retraite en 1954.

Après la retraite du Dr. Schmoll le Dr. Fernand Schwachtgen a dirigé la destinée de l'institution jusqu'à sa retraite en 1975. C'est sous sa direction qu'a été mis en service en 1960 un nouveau bâtiment, attenant à l'ancien et dont la construction avait débuté en 1954.

Le Dr. Eugène Ost a succédé au Dr. Schwachtgen et a pris sa retraite en décembre 1976.

De 1977 à 1988 le Dr. Arsène Betz a assumé la direction.

Depuis la retraite du Dr. Betz le Dr. François Schneider est directeur du Laboratoire national de santé.

Les appellations de cette Institution ont changé avec les lois qui ont dû adapter son organisation interne et aussi sa dotation en personnel aux besoins changeants. Si, lors de sa création en 1900, la loi prévoyait seulement un directeur, - docteur en médecine, - un appariteur et en cas de besoin et seulement à titre temporaire un médecin, un vétérinaire et un chimiste, donc au total 5 personnes, le nombre des personnes occupées actuellement dépasse la centaine.

Les différentes lois qui sont intervenues sont:

- *loi du 17.04.1900*: Laboratoire pratique de bactériologie de l'Etat. Ses fonctions sont décrites dans cette loi d'une façon brève: procéder aux recherches médicales requises.

- *loi du 25.06.1965*: Institut d'hygiène et de santé publique. Les fonctions décrites dans cette loi sont:

1. exécution, sur demande des autorités publiques et des particuliers, des travaux de laboratoire se rapportant à la médecine et à l'hygiène;
2. l'étude des problèmes de laboratoire intéressant le même domaine.

- *loi du 21.11.1980*: Laboratoire national de santé. Lors de l'élaboration de cette loi la spécialisation des différents domaines des techniques de laboratoire avait atteint un tel degré qu'il était indispensable d'en tenir compte dans sa structure et la définition de ses missions. Aussi cette loi institue 8 divisions avec des spécialisations et des missions différentes:

1. Anatomie pathologique. – Mission: examen microscopique des biopsies, biopsies extemporanées et pièces opératoires dans le but d'un diagnostic histopathologique et notamment d'un diagnostic cancérologique.

2. Bactériologie et Parasitologie. –Mission: mettre en oeuvre les techniques microbiologiques appropriées à l'étude et au diagnostic des maladies humaines bactériennes et parasitaires et assurer par ces méthodes la surveillance épidémiologique de ces maladies et l'étude des moyens de leur prévention.

3. Cytologie clinique. – Mission: effectuer l'examen microscopique des prélèvements cytologiques de divers organes, en vue du diagnostic et du dépistage précoce du cancer.

4. Hématologie. – Mission: mettre en oeuvre les techniques appropriées à l'étude, au diagnostic et à la surveillance des états pathologiques affectant le système sanguin et hématopoétique.

5. Virologie, Immunologie et Cytogénétique. – Mission: mettre en oeuvre les techniques appropriées à l'étude et au diagnostic des maladies virales y compris la culture des virus et assurer la surveillance épidémiologique de ces maladies et l'étude des moyens de leur prévention, - mettre en oeuvre les techniques immunologiques diverses en vue de l'étude, du diagnostic, de la surveillance et de la prévention de maladies infectieuses, et d'états pathologiques concernant le domaine de l'immunologie, - mettre en oeuvre les techniques d'étude des chromosomes en vue d'assurer le diagnostic de leurs anomalies et d'aider à la prévention des états pathologiques qui en résulteraient.

6. Chimie biologique. – Mission: mettre en oeuvre les diverses techniques biochimiques en vue de l'étude, du diagnostic et de la surveillance des états pathologiques, y compris toutes les analyses se rapportant à l'hormonologie et à la toxicologie clinique.

7. Chimie toxicologique et pharmaceutique. – Mission: mettre en oeuvre les différentes techniques d'analyses physicochimiques concernant les domaines de la chimie toxicologique générale, vétérinaire, industrielle, agricole et domestique en collaboration avec d'autres administrations, - l'analyse chimique des médicaments ainsi que la recherche de résidus ou polluants ayant un impact sur l'homme et son milieu et la recherche concernant la méthodologie analytique.

8. Contrôle des denrées alimentaires. - Mission: surveiller et contrôler l'application des prescriptions légales et réglementaires concernant les denrées alimentaires et boissons, les additifs, les objets de consommation, les produits cosmétiques et les produits usuels, et effectuer les analyses qui s'y rapportent, collaborer avec les services d'autres administrations de l'Etat, les institutions internationales et les organisations professionnelles et des consommateurs en vue de promouvoir la qualité des produits alimentaires.

Il va sans dire que les possibilités techniques ont évolué de façon explosive depuis la création du Laboratoire de l'Etat, comme il est toujours désigné habituellement par le public, et qu'il a dû s'y adapter continuellement. Ceci a impliqué l'application de nouvelles technologies et une spécialisation toujours plus

poussée du personnel. Il a toujours été le soucis majeur de la direction, comme aussi de l'ensemble du personnel, de mettre à la disposition de notre pays les techniques les plus modernes, malgré les moyens limités mis à sa disposition. Dans toutes ces années des efforts incessants ont été accomplis pour s'insérer au vaste tissu international de recherche dans tous les domaines de sa compétence. De nombreuses publications scientifiques, souvent en collaboration avec des Institutions étrangères de renommée mondiale, en témoignent.

Au cours d'un passé récent, c'est grâce au Laboratoire de l'Etat que plusieurs actions systématiques de prévention, – couvrant l'ensemble de la population –, ont été menées. En 1973 a été institué un examen prénuptial, qui comporte des mesures concrètes de recherche d'anticorps contre la rubéole et la toxoplasmose chez toutes les femmes en instance de mariage et qui ont sans doute beaucoup contribué à la sensibilisation et à la prévention de ces infections chez les nouveaux-nés.– Depuis 1968 tous les nouveaux-nés sont examinés par une analyse sanguine pour la phénylcétonurie et depuis 1978 pour l'hypothyroïdie congénitale. Ceci permet d'instituer, pour ces deux anomalies héréditaires, un traitement précoce efficace, qui permet d'éviter aux bébés atteints des états pathologiques extrêmement graves. L'examen des frottis vaginaux est, dans un autre domaine, un instrument très important pour le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus chez la femme.

Toute cette évolution a fait que lentement, mais sûrement, les tâches du Laboratoire national de santé se sont diversifiées et multipliées. L'appareillage nécessaire aux analyses de plus en plus évoluées et aussi de plus en plus précises a dû être adapté à la multiplication et à la diversification spectaculaire des demandes. Ceci a eu comme conséquences que les locaux actuellement disponibles ne peuvent, de toute évidence, plus suffire aux tâches prévues par la loi et il est urgent qu'un nouveau bâtiment soit mis à la disposition du personnel, dont les conditions de travail ne correspondent plus aux exigences des conditions d'hygiène exigées pour des travaux souvent dangereux.

Quelques problèmes de santé mentale dans l'optique de l'Hôpital neuropsychiatrique

DR JEAN-JACQUES MEISCH

Hôpital neuropsychiatrique de l'Etat, Ettelbruck

Un bref aperçu historique servira, nous l'espérons, à comprendre le rôle actuel de l'Hôpital neuropsychiatrique de l'Etat dans la politique générale de la santé mentale.

En 1855, par arrêté royal du Grand-Duc Guillaume III, à 30 kilomètres au nord de la capitale et dans le voisinage de la Ville d'Ettelbruck, quelques bâtiments d'une caserne d'artillerie ont été transformés en Hospice Central. Sa principale mission consistait à soigner des indigents malades, des reclus, des épileptiques, des idiots et quelques aliénés paisibles. Pendant longtemps ce dépôt de mendicité était orienté dans le sens disciplinaire et on y mettait délibérément l'accent sur le travail. En 1880 la législation sur le régime des aliénés marquait une nouvelle étape dans le traitement des malades mentaux qui étaient dorénavant tous rassemblés dans l'Hospice Central appelé maintenant Maison de Santé.

Au cours des années, la petite institution de départ avec environ 100 lits se transformait en un grand asile atteignant jusqu'à 1200 lits. Les malades mentaux, souvent de classe sociale défavorisée, y étaient enfermés contre leur gré et souvent à vie. Entassés pêle-mêle dans des services surpeuplés, mal équipés et dotés par surcroît d'un personnel insuffisant, ils étaient surveillés plutôt que soignés. En l'absence de traitement efficace le rôle principal de l'asile, un vrai fourre-tout, consistait à protéger la société contre des malades réputés inguérissables et dangereux. L'atmosphère carcérale, la monotonie et le caractère impersonnel de cette institution fortement hiérarchisée donnaient lieu à la mauvaise réputation dont l'hôpital actuel a du mal à se défaire. On ne pouvait guère parler d'une spécialisation des unités de soins bien que dès le départ les malades furent plutôt regroupés selon l'état d'agitation et d'agressivité, les patients dangereux étant isolés dans des cellules spéciales.

Les internements étaient de règle et atteignaient environ 95 % de la population de l'hôpital. Les quelques malades volontaires étaient hébergés dans un unique pavillon ouvert, appelé «hôpital neurologique» pour bien marquer la différence avec les autres services.

Vers les années 50 l'avènement de thérapeutiques efficaces surtout dans le domaine de la psychopharmacologie a progressivement modifié cette situation désespérée et changé le climat à l'hôpital. Grâce à un système plus démocratique et

flexible favorisant l'autonomie et la responsabilité de chacun y compris les malades, on a cherché à créer un milieu thérapeutique propice à la réadaptation et à la resocialisation.

En dehors des murs de l'hôpital neuropsychiatrique, d'autres services psychiatriques ont vu le jour notamment au Centre Hospitalier de Luxembourg et dans différents hôpitaux généraux. La psychiatrie communautaire mettant l'accent sur le traitement au sein de la famille et près des lieux d'habitation et de travail a pris son essor (Centre de Santé Mentale à Luxembourg, Psychesch Hellef Dobaussen dans le sud du pays). Des centres spécialisés pour la réhabilitation des alcooliques (Centre Thérapeutique d'Useldange) et drogués (Syrdall Schlass à Manternach) et des psychotiques (Foyer Reckendall) ont ouvert leurs portes souvent grâce aux efforts infatigables de nos collaborateurs de l'hôpital neuropsychiatrique de l'Etat. De véritables chaînes thérapeutiques se sont installées où les malades sont suivis par des thérapeutes qualifiés au cours des différentes étapes de leur maladie. Bien que ces structures intermédiaires soient encore incomplètes et trop peu nombreuses dans notre pays, une saine politique de décentralisation a réussi à désencombrer notre hôpital qui a perdu le monopole de la psychiatrie au Grand-Duché. Pendant les dernières décades notre population a pu être abaissée de 1200 à 750.

A notre avis les internements étaient trop arbitraires et expéditifs dans le passé et servaient à placer des malades ne pouvant administrer leurs biens, des cas sociaux, des personnes âgées ne trouvant pas de place dans une maison de retraite. Heureusement ils ont fortement diminué et atteignent actuellement un taux de 16 % de la population de notre hôpital. La loi du 11 août 1982 portant réforme du droit des incapables majeurs et instituant trois régimes principaux de protection, à savoir la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle, – et la loi du 26 mai 1988 relative au placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans des établissements et services psychiatriques fermés y ont certainement contribué. Nous sommes néanmoins convaincus que le placement tout en étant une mesure grave qui demande réflexion garde toute sa valeur chez certains malades. On ne doit certainement pas tomber dans l'excès inverse.

Actuellement la majorité des malades viennent se soigner chez nous de leur propre gré dans des services ouverts ou semi-ouverts ce qui améliore la relation thérapeutique avec les équipes soignantes.

Il serait injuste de prétendre que la différenciation des soins psychiatriques ait eu lieu seulement à l'extérieur de notre hôpital. En effet déjà beaucoup d'efforts ont été accomplis pour spécialiser nos unités de soins et on va persévérer dans cette voie afin de créer des départements pour psychotiques, alcooliques, drogués, oligophrènes, malades gérontopsychiatriques, caractériels pour n'en citer que quelques-uns.

L'ouverture récente d'une polyclinique à l'Hôpital neuropsychiatrique de l'Etat va aussi dans ce sens. Dans une certaine mesure elle constitue l'équivalent des consultations de la Ligue d'Hygiène Mentale à Luxembourg ainsi que de Psychesch Hellef Dobaussen à Esch/Alzette. Elle s'inscrit dans la stratégie de désencombrement de notre hôpital permettant d'éviter ou d'écourter les hospitalisations. Les

consultants, avant tout de milieux sociaux défavorisés, ne sont souvent pas pris en charge par les filières médicales classiques (médecine libérale notamment) et une approche multidisciplinaire (présence de psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers psychiatriques) nous semble adaptée.

A côté de malades souffrant d'affections mentales aiguës et qui nous quittent après un traitement intensif par les médicaments psychotropes, par toute la gamme des diverses psychothérapies, par l'ergothérapie, l'Hôpital neuropsychiatrique de l'Etat héberge une forte population de malades chroniques qui à cause de leur handicap psychique sont obligés de rester de longues années sinon toute une vie chez nous. Par tous les moyens, hélas encore beaucoup trop limités, nous essayons d'humaniser leurs lieux de séjour et de créer une atmosphère qui se rapproche de celle de la communauté.

Une de nos grandes préoccupations c'est que notre population de malades vieillit rapidement. Beaucoup de nos schizophrènes chroniques sont déjà grabataires et nécessitent des soins. Cette tendance va s'accroître encore davantage dans les années à venir. Avant d'admettre des malades gérontopsychiatriques de l'extérieur, nous sommes obligés de les soigner en premier lieu afin que nos quelques services gérontopsychiatriques nouvellement installés ne soient pas vite débordés.

- Il est inadmissible que des malades du troisième et quatrième âge délaissés par leurs proches et ne trouvant pas de place dans les maisons de soins soient placés d'office chez nous sans qu'il s'agisse de cas psychiatriques avérés. Heureusement la nouvelle législation, spécifiant que la diminution des facultés mentales due au vieillissement n'est pas à elle seule un motif suffisant pour le placement, va à l'encontre de cette procédure scandaleuse. Ouvrir un service ordinaire de gériatrie dans l'enceinte de l'hôpital neuropsychiatrique de l'Etat donnera lieu à des discriminations désobligeantes envers les personnes âgées taxées obligatoirement de malades mentales. Si à longue échéance notre population de malades diminue encore davantage par suite du décès de nos malades chroniques, il faudra à notre avis plutôt envisager de reconvertir nos pavillons devenus libres en ateliers protégés, hôpital de jour et de nuit, club pour anciens malades etc.

Convaincus que notre hôpital joue toujours un rôle important dans la société, ceci en tant que maillon indispensable des différentes chaînes thérapeutiques, nous allons à l'avenir encore améliorer davantage les contacts avec les différentes instances et structures extra-hospitalières et réaliser une meilleure coordination. Très sensibles à toute discrimination envers nos malades mais aussi envers notre personnel soignant, nous sommes d'avis que pour éviter toute atmosphère malsaine et insupportable de milieu clos, nos infirmiers psychiatriques devraient aussi prendre une part active dans les activités extra-hospitalières prônées par la psychiatrie moderne. Guère favorisés par la manne budgétaire et souffrant de problèmes accrus de pénurie de personnel après le départ de nos malades valides et l'augmentation alarmante de nos grabataires, nous allons de plus en plus attirer l'attention du grand public et de tous les intéressés sur nos problèmes par des portes ouvertes, des visites et par l'intermédiaire de la presse. Le bien-être de nos malades en dépendra dans une large mesure.

Beitrag der Schwestern der hl. Elisabeth zur klinischen Betreuung der Kranken und zur sozialen Fürsorge in den letzten 150 Jahren

SOEUR MARIE-CONSOLATRIX DUPONT

Aus bescheidenen Anfängen der vorhergegangenen Jahrhunderte hat sich die medizinische Betreuung der Kranken in den letzten 150 Jahren in auffallender Weise entwickelt.

An dieser regen Tätigkeit waren begeisterte Ärzte und Ordensschwestern im besten Alter aus verschiedenen Gemeinschaften maßgeblich beteiligt:

DIE SCHWESTERN DER HL. ELISABETH

(Nach der Chronik der Kongregation ließ die Gräfin Margareta von Luxemburg *im Stadtgrund* „ein Hospital für Arme, Dürftige, Kranke und Krüppel erbauen.“

Das zu Ehren ihres Sohnes Johanns des Blinden benannte „*St. Johanneshospital*“ wurde am Dreikönigstag 1308 eröffnet. Nach seinem Verfall im Laufe der Jahrhunderte wurde es neu aufgebaut und im *Jahre 1672* vollendet.

Maria Zorn, die eben die drei ersten Schwestern der hl. Elisabeth in ihr Haus am Fischmarkt aufgenommen hatte, damit sie von hier aus die Kranken der Stadt betreuen sollten, machte der Verwaltung den Vorschlag, *diesen Schwestern auch die Bedienung der Hilfsbedürftigen des Johanneshospitals anzuvertrauen*. Das Anerbieten wurde angenommen.

Die Schwestern zogen am 25. Juli 1672 in das Hospiz im Stadtgrund ein.

Hier wirkten sie, bis sie am 30. Juli 1843 das Johanneshospital, das zum neuen Frauengefängnis bestimmt wurde, verlassen und mit ihren Pfleglingen in das ihnen zugewiesene *Heilig-Geist-Kloster im Pfaffenthal* übersiedeln mußten, wo auch jetzt noch Schwestern der hl. Elisabeth tätig sind.

Der Einstieg in eine systematische Krankenpflege war gegeben mit der Möglichkeit, eine eigene Klinik zu erbauen. 1899 erwarb die Kongregation die Privatklinik Dr. Schumacher auf dem Theaterplatz. Durch Ankauf des Besitztums Brimeyer wurde es möglich,

DIE KLINIK STE-ELISABETH AM BOULEVARD JOSEPH II

im Jahre 1901 zu eröffnen.

Bedeutende junge Ärzte stellten hier den Kranken ihr Können zur Verfügung wie die Herren Jules und Emile BOHLER, Ady FABER, Pierre FELTEN, Aloyse WILMES, Jos. PRIM, August THYES, Maurice WILWERS, Dr DELAHAYE.

Nach mehrmaliger Erweiterung und Modernisierung umfaßt die heutige *Klinik Ste Elisabeth 153 Betten*.

Die Auffächerung der ärztlichen Dienstleistungen in verschiedene Disziplinen erforderte eine kostspielige *Erweiterung des Plateau technique*.

Bereits im Jahre 1974 erstand die Kongregation aus eigenen Mitteln den ersten Bodyscanner, der auf schmerzlose Art eine genaue Diagnostik schneller ermöglicht.

Laser, Arteriographie sowie eine neue Generation verschiedener Apparaturen verschafften den Ärzten die Möglichkeit, den Kranken weitgehendst zu helfen.

Der Staff der Ärzte der alten Garde wurde nach und nach abgelöst. Heute sind in den verschiedenen Disziplinen *bis zu 30 Ärzte tätig*.

Mehrere Schwesterngenerationen standen den Ärzten hilfreich zur Seite.

Zur Ausbildung und Fortbildung der Schwestern und des gesamten Pflegepersonals wurde 1958 eine *ordenseigene Krankenpflegeschule* gegründet, die den Schwestern und Schülerinnen das nötige Wissen vermittelt, eine Bildung, die mit dem staatlichen Krankenpflegeexamen abschließt.

Aus dieser Schule erwachsen heute noch die kostbaren Kräfte des Pflegepersonals, das in allen Dienstpflegebereichen an der Seite der Schwestern Mitverantwortung trägt und so die Kontinuität der Hilfeleistungen für eine gewisse Zukunft absichert.

DIE KLINIK STE-MARIE IN ESCH/ALZETTE

1927 wurde in Esch die ordenseigene Klinik Ste-Marie für die Kranken der Minnettemetropole zur Verfügung gestellt, die besonders als Augenklinik bekannt war.

Während des 2. Weltkrieges wurde sie zur Isolierstation für ansteckende Krankheiten, wo Tausende von betroffenen Menschen eine aufopfernde Pflege erhielten.

Nach dem Krieg wurden die alten Gebäude abgerissen und in den beiden Rundbauten eine moderne Klinik mit neuesten Apparaturen eingerichtet.

Junge Ärzte, in Zusammenarbeit mit den Schwestern der hl. Elisabeth und ausgebildetem Pflegepersonal, betreuen die Kranken in den verschiedensten Disziplinen.

DAS STÄDTISCHE SPITAL IN ESCH/ALZETTE

wurde 1930 für 250 Kranke fertiggestellt.

Da die Schwestern der hl. Elisabeth seit 1882 in Esch in verschiedenen Bereichen tätig waren, wurden sie von der Stadtverwaltung gebeten, sich an der Besetzung des Spitals der Stadt Esch zu beteiligen.

40 Schwestern stellte die Generaloberin für die Eröffnung am 15. März 1930 bereit, um wichtige Posten zu besetzen: Operationssaal, Labor, Diätküche, Röntgen, Krankenpflege auf allen Stationen sowie die Mitarbeit in der Verwaltung.

Bedeutende Ärzte, besonders die Angehörigen der Knaff-Familie, standen für das Aufblühen des Spitals.

Heute arbeitet dort ein ausgeweitetes Ärzteteam in den aufgefächerten Bereichen der modernen Medizin.

Über 50 Jahre konnte der Dienst der Schwestern im Spital durchgehalten werden.

Wegen Nachwuchsmangels wurden 1988 die letzten Schwestern aus dem Dienst des Escher Spitals zurückgerufen.

DAS HERZ-JESU-SPITAL IN DIEKIRCH

1882 gegründet, zur Unterbringung alter und kranker Schwestern der Kongregation gedacht, wurde 1912 auf Krankenpflege umgestellt und mit Operationssaal und Röntgen versehen.

In den Nachkriegsjahren erhielt das Herz-Jesu-Spital eine dreifache Ausrichtung:

- eine klinische Abteilung, in der Dr. Flies für die chirurgischen Fälle verantwortlich zeichnete,
- eine psychiatrische Abteilung, in der seelisch Kranke von Dr. Kerger und Dr. Jacoby behandelt werden,
- eine Abteilung für kranke Schwestern im Ruhestand, die von den Ärzten der Stadt betreut werden.

DIE KLINIK IN EICH (STIFTUNG NORBERT METZ)

1873 von der Gesellschaft Metz gegründet, wurde bis 1941 von den Borromäerinnen betreut. Durch die Umstände der Kriegswirren wurden die Schwestern in ihr Mutterhaus nach Trier zurückgerufen. Der Dienst in der Klinik duldet keine Unterbrechung und so übernahmen die Schwestern der hl. Elisabeth die Pflege der Kranken.

1960 wurde die Klinik durch einen Neubau mit etwa 100 Betten bedeutend vergrößert, den neuesten Anforderungen einer modernen Klinik entsprechend eingerichtet. Bedeutende Ärzte wurden für die verschiedenen Disziplinen verpflichtet.

Bis 1988 konnten ausreichend Schwestern für den Dienst in der Klinik zur Verfügung gestellt werden, was aber seit diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich war.

Die Kongregation der hl. Elisabeth war mit dem Fortschreiten der staatlichen Fürsorge sehr verknüpft.

Die erste von der Kongregation übernommene staatliche Anstalt war

DAS ZENTRALHOSPIZ VON ETTTELBRÜCK,

das von Arzt-Direktor A. Buffet geleitet wurde und Hilfsbedürftige und Kranke aller Art aufnahm.

1855 übernahmen die Schwestern der hl. Elisabeth den Haushalt und die Pflege dieser Kranken.

1893, nach der Verlegung der untergebrachten Armen und Kranken in die Rhamkaserne von Luxemburg, wurde die Anstalt in Ettelbrück ausschließlich für Geisteskranke reserviert.

Im Gesetz vom 8. Juli 1901 bekam die Anstalt den Namen

MAISON DE SANTE, ETTTELBRUCK.

Im selben Gesetz über die Organisation der Heilanstalt wurde in Artikel 3 bestimmt, daß der innere Dienst und die Überwachung der Frauenabteilungen ganz oder teilweise den Schwestern der hl. Elisabeth anvertraut würden.

Mit der Entwicklung der Anstalt durch die rasche Zunahme der Insassen wurden neue Ansprüche an Ärzte, Schwestern und Pflegepersonal gestellt.

Im Laufe der Jahrzehnte wurden weitere Pavillons erbaut und eingerichtet.

Die wichtigsten Bauperioden reichen von 1902-1910 und von 1952-1954. Endlich wurde 1971 im Bering der Heilanstalt ein achtstöckiges Haus errichtet, das 4 Abteilungen für Männer und 4 Abteilungen für Frauen öffnete.

Den Schwestern der hl. Elisabeth war die Überwachung sämtlicher Frauenabteilungen anvertraut sowie insbesondere die Betreuung der aggressiven Frauen des 8. Stockes.

Auch Röntgen und EKG funktionierten unter ihrer Leitung.

Sie waren auch verantwortlich für die Beköstigung der Kranken, für das Besorgen und Instandhalten der Kleider und Wäsche der Kranken.

1972 arbeiteten dort 26 Schwestern: in Psychiatrie 11 diplomierte Krankenschwestern, davon 3 Oberpflegerinnen, 1 Röntgenschwester, 14 direkt im Haushalt beschäftigte Schwestern.

Im Vorwort zur Festschrift „Maison de Santé“ zum geschichtlichen Überblick von Dr. Stümper schreibt der Minister für öffentliche Gesundheit, Dr. Emile Colling:

«Nos remerciements et nos félicitations vont à la Congrégation des Soeurs de Ste Elisabeth qui fête en ces jours le centenaire de sa présence dans l'Etablissement, fait unique dans l'histoire de nos ordres religieux.»

Schwere Tage erlebten die Insassen der Heilanstalt in der Offensive des letzten Krieges.

1945 nach dem Angriff auf Ettelbrück wurden die Schwestern aufgefordert, mit den Kranken zu flüchten.

Da die Aufforderung zur Evakuierung der aufgeregten Kranken nach vielen Versuchen unmöglich wurde, führten die Schwestern mit den Kranken in den Kellerräumen ein Untergrunddasein, während über ihnen der Granatregen niederzischte.

In einem Flammenmeer stand die Stadt, ein schweres Bombardement erging über Ettelbrück.

Der damals diensttuende Direktor Dr. Mischo bemühte sich, zu seinen Kranken in den Keller zu gelangen. Er gab seine beste Kraft her, um die Krankenpflege zu organisieren und für die Verpflegung zu sorgen.

Am 23. Januar endete der Großangriff auf das zertrümmerte Ardennerstädtchen und die trostlos zerfetzte Anstalt.

Die Nachkriegsjahre waren nicht nur durch den Wiederaufbau der Gebäulichkeiten gekennzeichnet, sondern auch durch den erweiterten Einsatz von Psychiatern, Neurologen und anderen Ärzten, die unter Leitung von Dr. Hein und Dr. Jean-Jacques Meisch die Kranken nach neuen Erkenntnissen und Methoden behandelten.

Bis zum 31.1.1989 konnten die letzten Schwestern den Kranken in Ettelbrück dienen; dann verließen sie aus Altersgründen und Mangel an Nachwuchs ihre jahrhundertlange Arbeitsstätte.

Eine reiche Epoche ging zu Ende, doch das glückliche Weiterbestehen dieses sozialen Werkes, an dem sie so lang mitarbeiten durften, wird den Schwestern ein Herzensanliegen bleiben.

An zwei weitere Werke sozialer Fürsorge durften die Schwestern der hl. Elisabeth mit Hand anlegen. Es waren dies:

Die Blindenanstalt in Berburg und

Das Institut St. Joseph für Geistig Behinderte in Betzdorf.

DIE BLINDENANSTALT IN BERBURG

Im Jahre 1900 wurde die Regierung zur Gründung einer Blindenanstalt ermächtigt.

Sie schloß einen Vertrag mit den Schwestern der hl. Elisabeth zwecks Gründung, Einrichtung und Führung dieses Institutes *im Schloß von Berburg*, das die Kongregation von Baron de Cressac de Soleuvre zu diesem Zwecke angesteigert hatte.

Die damals junge, für ihre Aufgabe bei den Blinden frisch ausgebildete Sr. Clemens Majeres war sehr bemüht, die Fähigkeiten und Fertigkeiten der kleinen Blinden herauszulocken und auszubilden. Hier wurde den Kindern durch fachmännischen Individualunterricht das Pensum des allgemeinen Luxemburger Schulplans beigebracht. Gewiß bedurfte es einer intuitiven Erfassung der Bedürfnisse und Fähigkeiten der Blinden und das Ersinnen und Erfinden geeigneter Mittel, um ihnen das Kulturgut zugänglich zu machen.

Die junge Lehrerin war bemüht, edle Kräfte ausfindig zu machen, die ihre Zeit hergaben zur

ÜBERSETZUNG DER LUXEMBURGER SCHULBÜCHER IN BRAILLE-SCHRIFT.

Zu den Schulbüchern kam dann nach und nach in Braille eine ganze Bibliothek der bekanntesten Literaturwerke, die das allgemeine Wissen der Blinden erweiterte und sie ermächtigte, sich an höheren Schulen zu beteiligen, sogar einzelne an Universitäten zu promovieren.

Besonderen Wert wurde auf Gesang und Musikunterricht gelegt. Fräulein B. Klingenberg war es ein Anliegen, den Blinden seit den ersten Jahren diesen Unterricht zu erteilen, ein Gut, das das Leben der Sehgeschädigten harmonisch bereicherte.

Angeregt durch das Werken in den Schuljahren, wurden den Erwachsenen in eigenen Werkstätten die Korbbinderei, das Stuhlflechten, das Bürstenbinden, das Stricken und Häkeln beigebracht.

Lange Jahre hindurch betreuten die Ärzte Dr. Adolf Faber und Dr. Jean Clees ihre Berburger Blinden und erfreuten sich an ihren Erfolgen.

Nachdem im Jahre 1975 die Blindenschule ins Logopediezentrum verlegt wurde, nachdem das Blindenheim Berschbach Blinde aufnahm, blieben noch in Berburg die Altinsassen zurück.

Sie arbeiten weiter in ihrer Werkstatt und wollen ihre alten Tage in dem neurestaurierten Schloß Berburg verbringen.

DAS INSTITUT FÜR GEISTIG BEHINDERTE IN BETZDORF

Zwei Jahre nach der Gründung der Blindenanstalt beschloß die Regierung, die Lösung der Frage der geistig Behinderten der Privatinitiative zu überlassen.

Die zum Studium dieser Frage neugegründete Kommission schlug für dieses Werk die Elisabetherinnen vor, „diese Schwestern, die die Anstalt der Blinden in Berburg mit so großer Kenntnis und Hingebung leiten“, so Friedrich Lech.

1905 kaufte die Kongregation durch Mgr Lech zu diesem Zweck das Schloß der Familie von Reinach in Betzdorf nebst Bering. Während die Gebäulichkeiten in Ordnung gebracht wurden, holten sich einige Schwestern im Ausland eine spezielle Ausbildung für ihren Dienst.

Die Anstalt wurde etabliert als Privatanstalt unter staatlicher Aufsicht und unter staatlichem Schutz. Die Regierung ernannte eine Überwachungskommission, in welcher der Distriktskommissar den Vorsitz führte.

Das Institut entwickelte sich sehr rasch, die Zahl der Kinder wuchs ständig (von 4 – heute 125), was eine mehrmalige bauliche Veränderung und Erweiterung erforderte (1934, 1956, 1988). So wurde die Möglichkeit geschaffen, geistig behinderten Menschen ein Heim zu bieten, wo sie ihren Anlagen entsprechend gefördert und gepflegt werden.

Mit der baulichen Entwicklung hielt Schritt die Auffächerung der verschiedenen Pflegedienste, die allseitige Betreuung durch geeignetes Pflegepersonal verschiedenster Sparten. Das Heim umfaßt heute

- 11 Lebensgruppen mit durchschnittlich 12 Kindern oder Erwachsenen und jeweils 5 Erzieherinnen und einer Hausgehilfin als Personal,
- eine vielseitige ärztliche Betreuung
- eine Kinesitherapie
- ein Gartenbetrieb, der einzelnen Pensionären Therapie und Arbeitsmöglichkeiten verschafft.

An das Institut angeschlossen sind 5 Sonderschulklassen mit angegliederter therapeutischer Werkstatt.

Die vielseitige ärztliche Betreuung geschieht durch ein Team von Ärzten verschiedener Disziplinen, die sich um Chefarzt Dr. Henri Metz gruppieren. Als Nachfolger des sehr geschätzten Dr. Eloi Welter, der in Betzdorf die Anfänge zu einer psychiatrischen Behandlung legte, wurde dem jungen Neurologen, der gerade sein Studium in England abgeschlossen hatte, die Einführung der Neurologie für Kinder hierzulande anvertraut. Ein Arbeitsfeld von 300 Patienten in Betzdorf war für ihn eine weite Realität. Die von Dr. Eloi Welter begonnenen Testprüfungen wurden weitergeführt, chemische Etüden vorgenommen, die Förderung der Patienten in jeder Weise ins Auge gefaßt. Ärzte, Zahnärzte, Orthopäden, Kinesitherapeuten, Psychologen, Sozialassistentinnen, Erzieher und Erzieherinnen sind zu Diensten der 125 Insassen. Alle sind bemüht, die einzelnen Behinderten so weit zu fördern und in die Gesellschaft einzugliedern, wie es ihre Behinderung zuläßt. Die Integration in die Gesellschaft ist weitgehend gelungen, die geistig Behinderten haben Kontakte außerhalb des Institutes und nehmen teil an sportlichen Veranstaltungen und Belustigungen verschiedenster Art.

An Stelle der staatlichen Überwachungskommission regelt seit 1987 eine von der ASBL Elisabeth abgeschlossene Konvention mit dem Familienministerium die Zusammenarbeit im Behindertenheim St. Joseph in Betzdorf.

GEDANKEN ZUSAMMENGETRAGEN AUS FOLGENDEN WERKEN:

1. Geschichte und Arbeitsfeld der Hospitalschwestern von der hl. Elisabeth zu Luxemburg von Domkapitular Friedr. Lech, 1921
2. 300 Jahre Dienst am Nächsten durch die Schwestern der hl. Elisabeth in Luxemburg von Professor Jos. Maertz, 1972
3. L'Hospice Central d'Ettelbrück par le Dr. A. Buffet, médecin-directeur, 1889

La Clinique du Sacré-Coeur

DR E. RAUCHS

En 1867, la Congrégation des Soeurs Franciscaines de la Miséricorde avait créé au cloître de la place du Marché aux Poissons la première clinique de Luxembourg. A l'origine, la Clinique St-François était d'abord une clinique ophtalmologique. Dans la suite, elle devenait une clinique chirurgicale et médicale, et plus tard, sous l'éminent chirurgien, le Dr Norbert Pauly, une clinique chirurgicale des plus réputées du pays.

Après la Seconde Guerre mondiale, avec l'entrée en fonction d'une nouvelle équipe médicale et chirurgicale, la Clinique St-François devint rapidement trop petite et la vétusté des locaux – un ancien couvent au départ –, malgré plusieurs transformations, ne répondait plus aux exigences techniques et structurelles d'un hôpital moderne. Après de nombreuses discussions, où intervenait souvent la crainte de construire trop grand, et sous l'initiative énergique du Dr. Henri Loutsch, il fut finalement décidé de construire une toute nouvelle clinique sur les terrains du couvent des Franciscaines du Bel-Air où la place ne manquait pas. C'est ainsi que fut inaugurée le 28 août 1956 la nouvelle Clinique du Sacré-Coeur à Bel-Air, avec le staff médical suivant: Dr. Henri Loutsch, Dr. René Pauly, chirurgiens, Dr Félix Worré, Dr Simon Hertz, Dr Emile Quiring, internistes; Dr Joseph Limpach, Dr Paul Pundel, gynécologues, auxquels venaient s'ajouter dans la suite le Dr Roger Welter, Dr Léon Hoffmann, Dr Luc Weydert, Dr Ernest Worré, chirurgiens, Dr Roger Thill, urologue, Dr Daniel Weinacht, Dr Camille Streff, Dr Ernest Rauchs, internistes, Dr Francis Cerf, cardiologue, Dr Guy Welter, Dr Tran Than Long, médecins-anesthésistes, Dr Rudy Raum, radiologue. Malheureusement, la nouvelle Clinique du Sacré-Coeur avait été conçue initialement comme une clinique privée selon les traditions des années 1955 et bientôt, les exigences de la technicité de la médecine moderne et du service de médecine d'urgence commençaient à poser des problèmes de plus en plus importants, de sorte que vers 1970, plusieurs modifications et agrandissements ont dû être réalisés: création d'un service d'urgence, service de réanimation et de soins intensifs, agrandissement du service de radiologie, création de salles d'endoscopie, électrocardio- et encéphalographie, agrandissement du laboratoire de chimie biologique, construction d'une école d'infirmières, terrain d'atterrissage pour hélicoptères, cafétéria etc.

Actuellement, l'équipe médicale de la Clinique Sacré-Coeur se compose de 26 médecins-spécialistes et de 3 médecins généralistes auxquels il faut encore ajouter 5 médecins-spécialistes consultants. Certains services comme l'otorhinologie et la neuropsychiatrie, faute de place, n'ont pas encore pu être transférés de la Clinique Saint-François au Sacré-Coeur qui commence par ailleurs à devenir trop petit pour les services déjà existants et qui doivent bientôt être améliorés, modernisés et complétés par d'autres spécialités, avec les consultations et laboratoires ou salles d'opération correspondantes. Dans le but de développer la Clinique Sacré-Coeur en un centre médical polyvalent, adapté aux exigences de la technique médicale moderne, le propriétaire et le conseil médical ont envisagé un nouvel agrandissement de la clinique qui permettrait de grouper rationnellement tous ces services déjà existants ou à créer et de créer en même temps des possibilités de parking suffisantes aussi bien pour le personnel que pour les malades et les visiteurs. Cet agrandissement prévu semblait être facilement réalisable car la clinique est propriétaire de vastes terrains autour des bâtiments actuels et qui en 1960 ont été déclarés zone hospitalière. Un projet a été élaboré et soumis au Ministère de la Santé Publique qui a donné immédiatement son accord. Mais une pétition signée par quelques riverains vient de s'opposer à ce projet en invoquant comme motif le récent plan d'urbanisation de la ville de Luxembourg dans lequel le quartier du Bel-Air serait classé uniquement comme zone résidentielle. Un nouveau projet est actuellement à l'étude, dans l'espoir de pouvoir concilier l'agrandissement de la clinique avec ce nouveau plan de la ville. Il serait regrettable qu'une solution satisfaisante ne puisse être trouvée dans l'intérêt général de la Santé Publique et des malades, car la Clinique Sacré-Coeur est encore la seule institution hospitalière de la ville qui dispose d'un espace de terrain suffisamment vaste pour lui conserver, même après l'agrandissement prévu, le grand privilège d'une zone hospitalière calme et tranquille, loin des bruits des grands axes de la circulation. De plus, le parking prévu contribuerait à dégager sensiblement le stationnement catastrophique et surchargé dans les environs de la clinique.

La clinique St Louis d'Ettelbruck

DR G. SCHEIFER

I

HISTORIQUE

La ville d'Ettelbruck a une longue tradition de l'hospitalisation. En effet dès 1855 est créé l'*Hospice Central* dans les locaux désaffectés de l'ancienne caserne d'artillerie au-delà de l'Alzette. Cet hospice créé à l'initiative de l'État regroupe pêle-mêle avec des malades nécessiteux, des vieillards délaissés, des infirmes, des orphelins, des filles mères, des éléments asociaux, vagabonds et mendiants et enfin des malades mentaux. La discipline et l'économie sont les principes directeurs de l'hospice. Les soins médicaux sont rares et rudimentaires et les maladies contagieuses règnent de façon endémique dans l'établissement surencombré. L'hospice central va devenir au cours de sa carrière plus que centenaire l'actuel hôpital neuropsychiatrique à vocation essentiellement psychiatrique.

Une deuxième étape est franchie en 1936 (précédée de peu par l'ouverture de la clinique privée d'accouchement du Dr Albert Oberlinkels). Le nord du pays, au-delà de Luxembourg, se trouve démunie de clinique chirurgicale. L'occasion de combler cette lacune se présente à la suite de la construction de la nouvelle école agricole en 1931. Les locaux de l'ancien établissement restent à la disposition de la ville d'Ettelbruck. Sur initiative de son bourgmestre, M. Lucien Salentiny, le bâtiment est aménagé grâce à l'appui financier de Madame Mayrisch de St-Hubert, présidente de la Croix Rouge Luxembourgeoise. Il est installé au rez-de-chaussée une maternité, le dispensaire anti-tuberculeux et le dispensaire de puériculture.

C'est alors qu'intervient le Dr Charles Marx, ancien interne des hôpitaux et chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris. Il signe avec la Ville d'Ettelbruck un contrat, aux termes duquel il engage sa fortune personnelle pour créer un centre chirurgical qu'il nomme *Clinique St- Louis*.

Il en assume personnellement la direction avec une communauté de soeurs de la „Congrégation du Très Saint Sauveur“ qu'il fait venir de Niederbronn en Alsace. Ces soeurs rendent les plus grands services aux malades et restent jusqu'en 1971 à Ettelbruck.

Puis vient la guerre de 1940-45.

Le Dr Marx et le Dr Huberty sauvent de l'emprise allemande deux aviateurs militaires français dans des conditions rocambolesques. Devant l'emprise nazie ils doivent se réfugier eux-mêmes en France. Le Dr Marx entre dans la résistance française. Avec l'appui de son épouse il organise le service sanitaire des FFI, zone sud. Il participe à la libération de Lyon. Il est décoré par le Général de Gaulle avec la Médaille de la Résistance et il est nommé „Commandeur de la Légion d'Honneur“.

A sa rentrée au Luxembourg, après la libération du pays, le Dr Marx est nommé Ministre de la Santé mais trouve, en 1946, une mort prématurée dans un accident d'auto.

La clinique St Louis, qui avait été gérée pendant l'absence du fondateur par le Dr René Schuman, chirurgien, prend alors le nom de „*Clinique Charles Marx*“.

Les héritiers du Dr Charles Marx vendent en 1948 le mobilier et les installations à la commune d'Ettelbruck qui décide de gérer dorénavant elle-même la clinique sous la législation des hospices.

Une première commission administrative sous la présidence du Dr Angelsberg assume à titre honorifique la charge du budget et de la gérance.

Deux chirurgiens le Dr J. Nickels puis le Dr Roger Joris assurent successivement la direction médicale de la clinique.

De nouveaux services sont rattachés à la clinique: un service ORL (1945) avec le Dr Prussen, puis le Dr E. Feyereisen, un service d'ophtalmologie (1948) avec le Dr A. Daman, un service de radiologie (1955) avec le Dr A. Thibeau et un service de médecine interne (1957) avec le Dr Bruck. La maternité connaît un nombre toujours croissant d'accouchements.

Le Dr A. Colbach, président de la commission administrative, signale en 1952 dans un rapport la nécessité absolue de construire une nouvelle clinique de 100 lits.

II

LA NOUVELLE CLINIQUE ST LOUIS

Le taux d'occupation élevé de l'ancienne clinique St Louis, l'arrivée de nouveaux médecins-spécialistes ainsi que l'exiguïté des locaux faisaient mûrir l'idée d'une nouvelle construction dès 1952.

Le conseil communal d'Ettelbruck décide dans sa séance du 8 octobre 1954 la construction d'une nouvelle clinique. Une commission de construction mixte État-Commune sous l'impulsion du Dr René Koltz, directeur de la Santé, s'occupe des questions financières et constructives. L'architecte Ed. Steffes d'Ettelbruck, lauréat du concours officiel, est chargé des travaux. Il s'assure la collaboration de M. Michel Heintz ainsi que du Pr. Lewicki de Berlin pour les installations spécialisées.

Les travaux de construction débutent en 1957. La nouvelle clinique reçoit le statut légal d'hospice civil, à l'instar de la vieille clinique. Elle est gérée par une commission administrative de 5 membres.

Le poste d'administrateur est créé et M. Jos Ludwig, secrétaire communal, est nommé en 1962 premier administrateur de la clinique St-Louis.

Le 23 novembre 1963 a lieu l'inauguration de la nouvelle clinique St-Louis en présence du Grand-Duc héritier Jean et de la Grande-Duchesse héritière Joséphine-Charlotte. Me René Franck, président de la commission administrative, accueille Mgr Jean Hengen, vicaire général, M. Emile Colling, ministre de la Santé ainsi que le conseil communal avec le Dr Léon Mischo, bourgmestre.

Il relève dans son discours les hautes prestations de la nouvelle clinique qui comporte entre autres les services suivants:

- chirurgie
- médecine interne
- gynécologie-obstétrique
- ophtalmologie
- ORL
- pédiatrie
- radiologie
- radiothérapie
- neuropsychiatrie
- anesthésie
- station d'isolement
- physiothérapie
- laboratoire

Le service de cobalthérapie, unique au Grand-Duché, avait déjà commencé son activité avant l'inauguration officielle sous la direction du Dr André Thibeau.

L'organigramme administratif et médical, fixé dans les statuts de 1963, prévoit un conseil d'administration composé de 5 citoyens de la ville d'Ettelbruck et nommés par le conseil communal. Ce conseil d'administration est compétent pour le budget, la gestion et les nominations.

Les médecins agréés élisent un conseil médical composé de 3 membres et de 3 membres suppléants. Le conseil médical est l'organe consultatif du conseil d'administration et représente l'autorité médicale dans la clinique. Participent aux travaux de la commission administrative le bourgmestre, un représentant du ministre de la Santé, et l'administrateur en tant que secrétaire.

Le conseil médical a voix délibérative, conjointement avec la commission administrative, lors de l'agrégation de nouveaux médecins.

La mère supérieure de la „Congrégation du Très Saint Sauveur“ est nommée chef du personnel.

La nouvelle clinique St-Louis se développe au cours des années. Fin 1968, la terrasse couverte du bloc „maternité“ est transformée pour recevoir des chambres de personnel. La capacité initiale de 142 lits en 1964 est vite débordée, de nouveaux médecins arrivent, on songe à une augmentation du nombre de lits d'hospitalisation.

C'est chose faite en 1970 où Madame Madeleine Frieden, ministre de la Santé inaugure la „Clinique Régionale du Nord“ agrandie et réinstallée. En effet le troisième étage de la clinique, réservé jusqu'ici au logement du personnel et à la clôture des soeurs, est transformé en chambres d'hospitalisation (42 lits). Par ailleurs il est installé une station de réanimation et de soins intensifs au 2^{me} étage.

Le 8 mars 1971 M. Jos Ludwig, administrateur, meurt d'une façon inopinée. La clinique St Louis a été son oeuvre et toutes les autorités regrettent sa disparition prématurée. Il est remplacé par M. Jeannot Koenig de Luxembourg qui occupe le poste d'administrateur jusqu'à ce jour.

L'année 1971 voit le départ regretté des 8 dernières soeurs de l'Ordre du Très Saint Sauveur après 35 années d'activité inlassable et altruiste au service des malades. La congrégation les rappelle en France pour combler partiellement la pénurie de son recrutement.

Dès 1971 commencent également des travaux préparatoires pour la construction d'une annexe dite gériatrique destinée initialement à agrandir la capacité de lits chroniques, mais dont l'effet final aura été d'augmenter le nombre de lits tout court.

Après la mise en service progressive de la nouvelle annexe le nombre total de lits s'élève à 288. Des difficultés financières commencent à s'accumuler au bilan de la clinique, difficultés résultant d'un prix de journée inadapté, inférieur au prix de revient multiplié par le nombre accru de journées d'hospitalisation. Ces difficultés financières trouvent leur solution, après plusieurs expertises internationales, par l'augmentation progressive du prix de journée.

Jusqu'en 1983, la clinique connaît un développement „intra muros“ important.

En 1982 il y a ouverture d'un nouveau service de soins intensifs cardiologiques et de médecine interne. La même année a lieu la mise en service d'une station dialyse avec 4 postes.

Les services d'ECG, d'EEG et d'endoscopie gastro-entérologique sont modernisés et rééquipés.

En 1982 a lieu l'inauguration de l'école paramédicale nouvellement installée dans les locaux de la maison Wetzels, avenue Salentiny, et achetée à cet effet par la commune d'Ettelbruck.

Lors de la fête du 20^e anniversaire de la clinique en 1983, le président du conseil d'administration, M. Henri Lutgen, accueille M. E. Krieps, ministre de la Santé et M. Jean Spautz, ministre de l'Intérieur ainsi que le conseil communal avec M. Ed. Juncker, député-maire. Dans son discours M. Lutgen détaille le chemin parcouru par la clinique en 20 ans: il relève le doublement du nombre de médecins (48), il cite le nombre de 347 employés au service de la clinique et il insiste sur les contraintes du service de garde que la clinique St Louis effectue 24 heures sur 24, tout au long de l'année, conformément aux dispositions du plan hospitalier en tant qu'hôpital régional du Nord. Sont également abordés la nécessaire modernisation des salles d'opération et l'acquisition souhaitée d'un scanner.

Les années passent et la clinique augmente encore le nombre et la qualité de ses prestations spécialisées: en 1984 le service de réanimation chirurgicale et traumatique est rénové. En 1986 le service de dialyse est porté à 6 postes. En 1987 ouverture d'une salle de réveil avec 5 lits. Ouverture d'un service de chimiothérapie et également ouverture, à l'intérieur de la polyclinique, d'une 3^e salle d'opération. Le nombre de médecins du staff médical est de 55 en 1987.

En 1988 le Dr Lucien Deitz, président de la commission administrative continue la modernisation de la clinique St-Louis, toujours plus à l'étroit dans ses premiers murs. Le service de dialyse est porté à 8 postes. Le service ophtalmologique est modernisé. La polyclinique est réaménagée.

Pour l'année 1989 le programme médicotechnique prévoit l'installation d'un service urologique, l'installation d'une angiographie digitalisée et la mise en route d'un scanner.

Enfin dès juin 1989 fonctionne à la satisfaction de tout le monde, le nouveau SAMU (service d'aide médicale urgente) avec son antenne rattachée à la clinique St-Louis.

III

PERSPECTIVES D'AVENIR

Dès avant 1983, année du vingtième anniversaire de la clinique St-Louis d'Ettelbruck, les responsables de la clinique, commission administrative et conseil médical, sont persuadés de la nécessité d'un agrandissement du plateau médicotechnique. En effet la loi de 1976 sur le planification et l'organisation hospitalière et le règlement grand-ducal de 1982 sur le plan hospitalier imposent à la clinique St-Louis, comme hôpital régional, un certain nombre de contraintes de locaux, de personnel, et de permanences. Tous les autres hôpitaux luxembourgeois participant à la garde, se sont agrandis en conséquence au cours des 10 dernières années, sauf la clinique St-Louis d'Ettelbruck.

Des projets d'extension sont élaborés et présentés en 1984 au collègue échevinal d'Ettelbruck. Aucune augmentation de lits n'est prévue malgré la pénurie de lits et les longues listes d'attente, due en partie, il est vrai, au blocage des lits aigus par des malades chroniques et la pénurie de lits de soins. Le ministre de la Santé M. Benny Berg prend connaissance de ces projets en 1985 et donne son accord de principe pour établir un programme des travaux.

En 1987 est désigné l'architecte de la future extension en la personne de M. Paul Müller de Luxembourg.

Le programme définitif des travaux, élaboré sous l'impulsion du Dr. Heisbourg du ministère de la Santé, est adressé à l'architecte pour l'établissement des premiers plans en mars 1988.

Le 12 septembre 1988 ces plans sont soumis à M. Johny Lahure, secrétaire d'État à la Santé, qui les approuve en ce qui concerne l'aspect technique et architectural. La participation financière de l'État devra être fixée en Conseil de gouvernement.

Début 1989 le projet d'extension de la clinique St-Louis connaît de nouveau un retard dans sa réalisation. En effet un projet d'harmonisation des statuts des hôpitaux d'Esch-sur-Alzette et d'Ettelbruck, calqué en partie sur celui du Centre Hospitalier de Luxembourg, lie la réalisation du projet de la clinique St-Louis d'Ettelbruck et surtout la participation financière de l'État à l'acceptation de ce projet de nouveaux statuts par la commune, la commission administrative et le conseil médical.

Il reste à espérer que le bon sens prévaudra dans les négociations ad hoc et que les travaux pour l'extension pourront enfin démarrer dans l'intérêt majeur de tous les malades et futurs patients de la clinique St-Louis, hôpital régional du Nord.

– Source: W. DONDELINGER, A. MULLER: Ettelbruck – Der Weg zum regionalen Heilzentrum. Archives de la Commune d'Ettelbruck 1989.

Le Centre hospitalier de Luxembourg, une expérience à peu près réussie

HENRI STAUDT

CONSIDERATIONS GENERALES

Trois concepts fondamentaux nous conduisent au coeur de la réflexion qui se trouve à l'origine du C.H.L. Ce sont les termes qui définissent l'établissement comme centre de diagnostic, de traitement, d'enseignement et de recherche. On peut écrire un commentaire cohérent de la médecine hospitalière, structurée, en partant de n'importe laquelle de ces idées-forces: nécessairement on sera amené à parler des deux autres.

La mission que la loi du 10 décembre 1975 a conféré au C.H.L. consiste sans doute avant tout à soigner des concitoyens malades, en mettant en oeuvre les moyens humains et techniques adéquats, dans la mesure où ils sont disponibles.

Le but recherché est évidemment la guérison, ce qui signifie qu'il s'agit d'utiliser les moyens à bon escient, parce qu'on n'examine et on ne traite pas au hasard ou pour expérimenter. Le malade comprend sans difficulté qu'un diagnostic précis est important. Il accepte également la thérapeutique si le médecin la lui explique clairement. N'oublions pas cependant que pour lui le séjour à l'hôpital est pénible. Un aspect positif ne survient que grâce à l'effet salvateur, parce que la connaissance de la maladie et son traitement sont indispensables à la guérison. En dernière instance, ce ne sont pas les soins, même excellents, que vient guérir le malade. Les inconvénients qu'il est prêt à consentir – investigations invasives, interventions chirurgicales, médication agressive – il n'y consent que pour atteindre un résultat, en l'occurrence la santé.

Dans ces circonstances, il va de soi que l'enseignement et la recherche à l'hôpital doivent se pratiquer toujours dans le respect le plus strict de la personne humaine.

Il me paraît nécessaire de souligner avant toute chose que la raison d'être d'un hôpital c'est le malade, et que par conséquent les intérêts du malade doivent passer comme primordiaux.

Ce malade personnalisé, que nous sommes tous potentiellement, il est négligé dans les rapports de sécurité sociale ainsi que les bilans et comptes rendus des

hôpitaux. Il n'en est pas question dans les relations entre partenaires sociaux, c'est-à-dire les organismes d'assurance et les fournisseurs de soins, à en croire que la préoccupation de tout ce monde se borne à compter des journées d'hospitalisation, des actes médicaux, des analyses et surtout à analyser des comptes de profits et pertes. Le produit final, à savoir le regain de santé est en effet difficilement quantifiable. La santé est pourtant notre bien le plus précieux. Sans elle tous les biens matériels ne valent absolument rien.

Nous avons le devoir envers nous-même et envers la société de ménager et de préserver notre santé. A ce moment-là nous avons raison, en cas de maladie, d'exiger les meilleurs soins que le pays puisse offrir.

Les décisions politiques en matière sanitaire sont prises, hélas ou heureusement, par des gens qui ne sont pas malades ou pas encore. Hélas, parce qu'il y a risque que la planification aille à côté des vrais besoins; heureusement, parce que les malades, dans leur égocentrisme exaspéré par la détresse, finiraient par affecter la totalité des revenus nationaux aux dépenses sanitaires.

LES ANTECEDENTS

L'Organisation Mondiale de la Santé répartit les hôpitaux en deux grandes catégories: les hôpitaux généraux et les hôpitaux spécialisés. Le Centre hospitalier de Luxembourg est d'un type mixte comme nous allons le voir. L'immobilisé global atteint 2,3 Mrd. et le chiffre d'affaire annuel avoisine les 1,7 Mrd. de francs. L'impact économique de cet hôpital est donc considérable. La question qui s'impose est celle de savoir si ses promoteurs avaient tort ou raison de le créer, ou, en d'autres mots, s'il s'intègre dans le paysage sanitaire du pays en couvrant un besoin réel de la population luxembourgeoise?

Si l'on considère la genèse du C.H.L. en rétrospective, on a l'impression que la décision de créer cet ensemble est tombée de façon assez abrupte. Certes, en 1920 déjà il existait un projet pour construire un hôpital municipal à Luxembourg. Après la deuxième guerre mondiale l'idée a été reprise, mais en 1957 seulement la Ville de Luxembourg a procédé à un concours d'architectes en vue de réaliser un hôpital de 150 lits. En 1965 le programme a été étendu à 300 lits. Les plans architecturaux ont été élaborés pendant les années suivantes et, parallèlement, une étude a été réalisée sur les possibilités et avantages d'une coordination technique et organique de la maternité Grande-Duchesse Charlotte, de la clinique pédiatrique et de l'hôpital municipal projeté, en raison sans doute de la proximité géographique des trois sites. Les travaux de terrassement pour la construction de l'hôpital municipal ont commencé début 1969 et le gros-oeuvre était achevé fin 1971.

Début 1973 survient alors la décision du Gouvernement d'intégrer l'hôpital municipal dans un centre hospitalier ayant le statut d'un établissement public avec une large autonomie, temporée seulement par l'autorité de tutelle du Ministre de la Santé, et comprenant également la maternité et la clinique pédiatrique. Le conseil communal de la Ville de Luxembourg y a marqué son accord par délibération du 29 juin 1973.

A la suite de cette décision un tunnel de liaison souterrain est construit pour permettre l'organisation de services centraux desservant les trois établissements. Des logements et une école pour infirmières ainsi qu'un parking sur trois niveaux complètent le programme de construction. Le tout est prêt en 1976.

L'Etat et la Ville conviennent de se partager l'investissement initial d'environ 1 Mrd. F à raison de 60% pour l'Etat et 40% pour la Ville.

Ainsi donc un nouvel hôpital général, qui, nous y viendrons, s'est doté de services spécialisés pour pouvoir aborder sa triple mission, est intégré avec deux établissements spécialisés déjà existants, dans une nouvelle entité juridique avec des règles de fonctionnement inédites à Luxembourg, qui sont spécifiées par le règlement grand-ducal du 8 juillet 1976 ainsi que le règlement général adopté le 30 juillet 1980 par la commission administrative de l'institution.

L'un de ces établissements est âgé de plus de 50 ans, puisque le 4 mars 1936 le premier accouchement a eu lieu à la vénérable Maternité Grande-Duchesse Charlotte, qui de nos jours connaît une nouvelle jeunesse grâce à d'importants travaux de réfection et de modernisation.

Il existait jusque là une maternité de l'Etat à Pfaffenthal. A partir de l'ouverture de celle de la route d'Arlon, construite non pas par l'Etat, mais par la «Société de la Croix-Rouge», l'Etat a renoncé à l'exploitation, ne maintenant qu'une «Ecole d'accouchement», elle aussi transférée dans l'immeuble de la route d'Arlon. Après la guerre, en 1945, l'Etat a cependant racheté l'établissement à la Croix-Rouge. Des travaux d'agrandissement (construction d'un deuxième étage) ont débuté en 1962, puis un service de gynécologie a été ouvert (1967) ainsi qu'un nouveau bloc opératoire gynécologique (1968).

L'autre établissement spécialisé qui entra au C.H.L. est la Clinique pour enfants, Fondation Prince Jean- Princesse Joséphine Charlotte, âgée d'un peu plus de 20 ans. L'initiative de sa création a été privée ici également, étant donné qu'une association sans but lucratif rassemblait des dons, entreprenait la construction et l'aménagement, pour se dissoudre après la réalisation de son objectif, à charge pour l'Etat de reprendre le passif. La clinique commença à fonctionner en 1966. Cette année marque aussi le début de la chirurgie pédiatrique au Luxembourg. Une autre nouveauté fut la création d'un département de neurologie pédiatrique pratiquée jusqu'ici uniquement en privé.

LA TAILLE CONVENABLE

L'idée classique d'un hôpital, défini comme lieu où l'on traite des malades, a éclaté par l'entrée en vigueur de la loi du 10 décembre 1975. Nous avons déjà évoqué que la mission traditionnelle de ce genre d'établissement, qui a passé par les stades de la maladrerie et de l'hospice, a évolué singulièrement. Les coûts en ce domaine exigent aujourd'hui que la capacité soit en harmonie parfaite avec la mission.

Dans l'exemple du C.H.L. la taille a été choisie judicieusement, avec quelque 500 lits, pour légitimer la présence de spécialistes travaillant à plein temps ainsi que l'existence d'un plateau technique de haut de gamme. Une entité plus petite

rencontrerait en effet des difficultés pour organiser des services différenciés et structurés, alors qu'un cadre plus grand perdrait en humanité. Reste à savoir si les besoins de la population justifient les investissements qui constituent pour elle un fardeau financier.

Je ne fais qu'exprimer une évidence en affirmant que la valeur d'un hôpital est celle de son personnel. Avant d'ouvrir un nouvel établissement on s'assure de pouvoir réunir suffisamment de personnel qualifié de toutes catégories sans porter dommage à l'environnement sanitaire. De ce point de vue, dans une situation de pénurie du secteur, l'entreprise C.H.L. était hasardeuse.

Toujours est-il que 19 médecins plein temps ont pu être engagés dès 1976 et grâce à eux le démarrage s'est fait progressivement, à commencer par les consultations externes, la première ouverture du C.H.L. vers le public. Cette procédure a permis d'entamer l'hospitalisation, service par service, et de mettre en route sans trop d'à-coups les services médico-techniques, hôteliers et administratifs, en leur laissant le temps de s'organiser, de se développer et de trouver leur régime de croisière.

Les membres du personnel qui ont vécu les premiers pas du C.H.L. et qui ont persévéré dans leurs tâches respectives, malgré les critiques souvent trop sévères du début, peuvent se considérer comme des pionniers. Si certains ont manqué d'expérience, ils ont su compenser leurs lacunes par la bonne volonté et l'ardeur au travail.

L'afflux des malades a donné raison aux promoteurs du C.H.L. En 1978, le nombre des journées d'hospitalisation est déjà de 111.789, trois ans plus tard de 125.139, ce qui représente presque 20 % de toutes les journées d'hospitalisation du pays.

EFFICACITE ET RENTABILITE

Nous avons signalé les frais d'investissement et de fonctionnement élevés du C.H.L., qui dépendent directement du nombre et de la qualification du personnel ainsi que du coût et de l'entretien des équipements. C'est le devoir de chacun, peu importe sa fonction, d'éviter le gaspillage. Les directeurs veilleront à une répartition judicieuse des moyens humains et matériels décidés par la commission administrative. Les chefs de service auront à coeur de distribuer les tâches et de faire utiliser le matériel de façon à ce que le malade en tire le maximum de profit.

Tout comme la capacité de l'établissement ne doit pas excéder le volume qu'exige l'accomplissement de la mission, de même aucune journée passée par le malade à l'hôpital ne doit l'être inutilement. Pour mesurer l'efficacité du traitement, il faut prendre en considération la durée de celui-ci. Dans les statistiques internationales on utilise comme indice principal la durée moyenne de séjour (Sm), exprimée en nuitées passées en moyenne à l'hôpital par malade entré. Au C.H.L. cet indice a pu être réduit de façon continue, malgré une forte proportion de cas graves et le service neuropsychiatrie, de par nature à plus longue durée. Il est aujourd'hui de 8,5, le plus faible du pays. Un hommage revient ici à l'efficacité des services médico-techniques, surtout des laboratoires et des dif-

férents départements de radiologie , sans laquelle cette performance ne serait pas possible.

Un traitement plus actif et la pratique du «lever précoce» permet donc de réduire relativement la durée du séjour. Tout en augmentant la charge de travail du personnel soignant ainsi que la dépense journalière par l'effet de concentration, il diminue le coût par cas, c'est-à-dire par personne soignée. Ainsi, un hôpital apparemment plus coûteux peut être en fin de compte plus efficace et plus économique.

L'importance d'un hôpital moderne ne se mesure pas au nombre de lits et l'esprit de prestige y lié n'est plus de mise. D'ailleurs, l'hospitalisation en elle-même perd en poids relatif, puisque grâce à la technologie moderne beaucoup de malades sont traités en ambulatoire.

Malgré son envergure et le fait que le C.H.L. offre un échantillonnage très étendu de spécialités médicales et chirurgicales, il ne fonctionne pas isolément, mais s'efforce d'évoluer en coordination avec le service hospitalier organisé à l'échelon régional par les autorités politiques de Santé dans le but de combler des lacunes et d'éviter des doubles emplois. Certaines activités sont à caractère national par leur exclusivité au pays: neurochirurgie, néonatalogie, neuropédiatrie, transplantation rénale, hémodialyse à domicile, mais aussi diverses vaccinations ou encore le traitement de maladies à tendance épidémique, comme le SIDA. A ce titre, le C.H.L. est associé aux services étatiques de Santé qui assurent l'action préventive.

Les médecins du C.H.L. doivent l'intégralité de leur activité professionnelle à l'hôpital, sauf les cas particuliers de consultants-attachés et des vacataires prévus par les dispositions législatives en vigueur.

Je ne dirai pas que c'est le seul système valable, car bien avant l'existence du C.H.L. d'autres cliniques et hôpitaux ont démontré qu'il est possible de pratiquer une médecine de qualité en fonctionnant suivant des modalités différentes. Tout ce que j'affirme c'est que l'expérience n'a pas tourné à l'échec et que les médecins installés en ville et à la campagne témoignent aujourd'hui leur confiance en adressant des patients en grand nombre au C.H.L. La population elle-même a accepté cette institution, dont l'appellation «de Center» est entrée tout naturellement dans l'usage linguistique. Au sein de l'Entente des hôpitaux luxembourgeois, le C.H.L. coopère activement avec les autres établissements hospitaliers du pays, tandis que des contacts fructueux se sont établis vers l'étranger avec les facultés de médecine des centres universitaires limitrophes.

Les relations internes des médecins du C.H.L. sont marquées par le professionnalisme et la compétence, de même que celles entre le corps médical et le personnel infirmier, dont le niveau initial s'est amélioré grâce aux efforts soutenus en matière d'enseignement paramédical par les écoles du secteur.

C'est dommage que les différends entre le domaine médical, premier responsable des intérêts des malades, et le domaine administratif, responsable avant tout de la gestion rationnelle des crédits, aient été surévalués au point que les autorités

politiques projettent l'abolition de la direction bicéphale «Directeur médecin – Directeur administratif» en faveur d'une direction unique. Et pourtant, la complexité et la multiplicité des tâches justifient pleinement le système actuel. L'évolution favorable du C.H.L. démontre d'ailleurs ses avantages, en dépit d'oppositions, qui sont dans la nature des choses et font partie de la vie.

Ce qui importe c'est que les informations circulent librement et qu'une concertation quasi permanente s'installe entre les services médicaux et les services administratifs.

L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE

Les différents services du C.H.L. accueillent des élèves et stagiaires en formation de toutes les professions paramédicales, des étudiants en médecine ainsi que des médecins en voie de spécialisation. L'organisation et le fonctionnement en tiennent compte pour qu'un encadrement valable soit garanti.

La présence de ces élèves, étudiants et jeunes médecins agit sans doute en stimulant sur le personnel diplômé, paramédical et médical. Il s'agit de se placer et de se maintenir à la hauteur des techniques les plus récentes - le laser remplace le couteau - et il arrive que l'élève enseigne au professeur. Une bibliothèque médicale et un budget pour la formation continue aident à suivre le développement de la médecine.

La recherche constitue un autre moteur pour le personnel médical et médico-technique. Celle qui est dite «fondamentale» est limitée, parce qu'elle exige des moyens énormes. Les spécialistes du C.H.L. collaborent toutefois à plusieurs travaux à l'échelon international. Des projets nouveaux s'amorcent dans le cadre national du Centre de recherche public – Santé. La recherche clinique, dite «appliquée», par contre est courante au C.H.L. Son outil principal est le dossier médical complet et centralisé, qui contient l'histoire entière de chaque cas de maladie et qui évite éventuellement des examens répétés en cas de réadmission. L'accumulation des observations permet de tirer des conclusions utiles en déterminant la valeur relative de tel ou tel traitement.

CONTRADICTIONS ET TENSIONS

La création du C.H.L. est tombée dans une période où se manifeste une mutation des valeurs traditionnelles. Les collaborateurs sont laïcs et ne possèdent pas les mêmes attitudes d'abnégation personnelle et de sacrifice que les membres d'ordres religieux. Comme une grande partie sont de nationalité étrangère, des difficultés de communication peuvent se poser au lit du malade. Organisés en syndicats professionnels, ils ont les mêmes attentes et formulent les mêmes revendications que ceux d'autres entreprises. Des disparités sont ressenties entre les collaborateurs, qui sont orientés vers des tâches très diverses par leur formation professionnelle. Outre les différences sociales, qui vont de l'ouvrier non qualifié au scientifique, il existe même sur un niveau hiérarchique déterminé des inégalités de statut et de régime salarial. Cette situation est née du fait de l'intégration au C.H.L., géré selon les principes du secteur privé, des deux institutions étatiques dont nous avons parlé plus haut, avec tous les droits acquis du personnel.

Une autre contradiction réside dans le déploiement de moyens techniques ultra-spécialisés d'un côté et le désir d'une vision globale des soins de l'autre côté, où se posent les questions fondamentales sur la vie, la souffrance, la mort. N'est-ce pas paradoxal qu'on éprouve le besoin d'humaniser l'entreprise par définition la plus humanitaire qui soit, c'est-à-dire l'hôpital?

Le directeur administratif du C.H.L. a éprouvé des contraintes financières dans le passé et s'est trouvé mal à l'aise à exposer les pertes d'exploitation, même si celles-ci n'étaient imputables qu'aux structures. Actuellement ces ennuis sont refoulés, mais ce n'est qu'une réussite passagère: la pression économique continuera à l'avenir où il faudra faire face aux effets du vieillissement de la population à l'extérieur et des collaborateurs à l'intérieur, de l'augmentation du nombre de médecins et de l'évolution explosive des technologies médicales. Comment concilier la nécessité de gérer les ressources disponibles avec parcimonie avec celle de rentabiliser les investissements?

Les indices quantitatifs de l'activité du C.H.L. sont ascendants depuis sa création. Ne serait-ce donc pas suffisant?

LE DEFI DE L'AVENIR

Pour l'hôpital de l'avenir il s'agit de réintégrer les contraires, de dépasser les contradictions et tensions internes, de maîtriser l'évolution technologique, de s'adapter à l'environnement social et politique changeant. L'hôpital est plus qu'un atelier de réparation puisqu'il travaille sur l'homme. Il ne faut pas confondre «humanité» avec «confort hôtelier», même si ce dernier a une valeur certaine. Je veux dire qu'on n'humanise pas en installant des TV ou des frigos dans les chambres, en offrant une cafétéria, un coiffeur, des magasins au malade et au visiteur. Tout cela est bien, mais ce qui compte vraiment, ce sont les qualités humaines des collaborateurs, des qualités qui existent, mais qui ne sont pas entièrement défrichées.

Dès lors l'action portera sur le personnel, de toutes catégories, étant donné que toutes les fonctions, toutes les tâches sont nécessaires et partant importantes. Les dirigeants et chefs de service doivent gagner les collaborateurs à la cause de l'hôpital en les motivant et en leur insufflant l'enthousiasme.

De là naîtra un sentiment de satisfaction qui se traduira au niveau du service voire de l'établissement entier par une ambiance de confiance et de chaleur mettant d'emblée le malade à l'aise.

Le laisser-aller, toujours menaçant dans une entreprise de quelques 760 personnes sous contrat comme le C.H.L., n'aura pas de chance, le gaspillage du temps et du matériel disparaîtra, les chefs de service se rendront compte que leurs effectifs de personnel, qu'ils croyaient insuffisants, maîtrisent en fait le travail dans la bonne humeur. – Mais ce n'est pas mon propos d'imaginer une utopie.

Chronique de la Clinique d'Eich

DR A. STUMPER

L'origine lointaine de la Clinique d'Eich remonte à l'année 1854 où le Docteur Edouard Mayrisch installa dans un des bâtiments de l'usine une petite infirmerie pour traiter les accidentés de la société Metz et Co. Pendant la guerre de 1870-1871 il fut un des premiers médecins luxembourgeois à s'occuper des blessés des champs de bataille. La grande affluence des soldats blessés et l'exiguïté de ce petit hôpital peu équipé ont été sans doute les motifs incitant la société Metz et Co. à construire un nouvel hôpital. Comme terrain à bâtir on choisit la rive gauche de l'Alzette près du pont allant vers Dommeldange. Cet emplacement humide et marécageux était rendu utilisable par l'amoncellement des scories des hauts fourneaux.

L'hôpital St. Joseph auquel a été annexé un orphelinat et un hospice pour personnes âgées, a été inauguré en 1873. Cette institution était administrée par les dames des différentes familles Metz (Association des dames de Weimerskirch) sous la direction du curé de Weimerskirch. En première instance, mais seulement pendant une année, 3 soeurs de l'ordre de la Doctrine Chrétienne assuraient la gestion de l'hôpital. Ces mêmes soeurs s'occupaient de l'hospice pour vieillards et de l'orphelinat. En avril 1873 les soeurs de St. Borromée de Trèves prirent la relève des soeurs de la Doctrine Chrétienne. Il paraît qu'à leur arrivée à Eich, l'hospice hébergeait 5 orphelins et une vieille dame. Déjà sous la direction de la première supérieure, la révérende soeur Johanna Muller, 3 ailes ont été ajoutées et en 1888 la chapelle de l'hôpital fut consacrée. L'inventaire datant de 1889 fait état d'une moyenne de 30 à 40 malades, respectivement personnes âgées et de 60 orphelins. L'école de couture était fréquentée par environ 80 élèves externes. Pendant les années suivantes l'hôpital ne comptait que 50 à 60 malades pour toute l'année étant donné que les blessés avaient la possibilité de se faire soigner à domicile. Pour parer à ce manque de revenus la supérieure fonda une école ménagère et l'installa vis-à-vis de l'hôpital dans une nouvelle construction érigée à cette fin.

En 1891, c.-à-d. 6 ans après la mort de Monsieur Norbert Metz, Madame Norbert Metz acheta à la société Metz et Co. l'hôpital avec prés, jardin et dépendances au prix de 25 000 francs. L'ancienne société Metz et Co. cependant se réservait le droit d'occuper 10 lits pour des ouvriers blessés ou malades à un prix modique spécial.

C'est en 1892 que Madame Norbert Metz fait cadeau de l'hôpital à l'Etat Grand-Ducal en ajoutant en plus une grande forêt (Eicherbusch) et une certaine somme d'argent. L'Etat luxembourgeois s'engageait à respecter les droits de la Société Metz et Co. énumérés ci-dessus. Madame Norbert Metz cependant gardait le droit de l'usufruit et de la direction de la Fondation jusqu'à sa mort. Depuis le 12.8.1901 la Fondation est la propriété absolue et exclusive de l'Etat Luxembourgeois et est gérée par un conseil d'administration auquel appartenait un membre de la famille Metz domicilié dans la commune d'Eich. Monsieur Heuart, président d'honneur de la cour de justice, fut nommé premier président de ce conseil d'administration à la date du 26.12.1901 et Monsieur Emile Metz représenta la famille de la donatrice.

Au début, les médecins résidant à Eich soignaient les ouvriers et employés de l'usine Metz à l'hôpital contre honoraires. Le premier médecin engagé par la Fondation a été le Docteur Edouard Mayrisch, mais il mourut à l'âge de 47 ans. Il était suivi par le Docteur Nuel et le Docteur Alesch pendant des périodes relativement courtes. En 1883 le Docteur Auguste Weber et le Docteur Klein effectuaient les premières interventions chirurgicales dans une salle d'opération primitive et peu outillée. Il paraît que c'est à cet endroit qu'on pratiquait pour la première fois au Grand-Duché de Luxembourg de la chirurgie digestive.

A partir de l'année 1884 le Docteur Auguste Faber assurait le service médical de la Clinique. Il était engagé par contrat par la Société Norbert Metz et était payé à l'année. Les examens d'embauchage, le traitement médical et chirurgical des ouvriers et des employés de l'usine étaient gratuits. C'est à lui qu'incombe le mérite d'avoir équipé la salle d'opération par des instruments adéquats.

Après la mort du Docteur Auguste Faber en 1901 le Docteur Weber est nommé médecin à la Fondation où il travaillait jusqu'à 1918. A la suite d'une septicémie contractée lors d'une opération il perdit un doigt et dut abandonner son activité chirurgicale. En 1920 le Docteur Jean Faber prit la direction de l'hôpital et grâce à sa dextérité opératoire, l'hôpital devenait de nouveau trop petit. En 1928 on construisit une nouvelle clinique avec salle d'opération, service de pédiatrie et d'accouchement. La clinique disposait à ce moment d'environ 60 lits. Etant donné que l'Etat s'occupe de plus en plus des orphelins, l'importance de l'orphelinat regressait. Il en est de même de l'enseignement post-primaire et de l'école de couture qui devenaient superflus depuis que l'Education Nationale prend en charge la formation professionnelle.

Après l'introduction de la loi du 21.4.1928 concernant les associations sans but lucratif et les établissements d'utilité publique le gouvernement constitua le 5.5.1930 la Fondation Norbert Metz en établissement d'utilité publique auquel il assigna la tâche de prendre en charge toutes les obligations résultant de l'acte de donation du 1.10.1898 entre Madame Norbert Metz, la donatrice, et l'Etat Grand-Ducal. Ces statuts sont toujours en vigueur excepté l'article 4 concernant la composition du conseil d'administration qui a été modifiée. En effet cette modification du 2.7.1963 approuvée par arrêté ministériel dit que la Fondation est administrée et représentée tant juridiquement qu'extrajudiciairement par un conseil d'administration composé de 7 membres dont 2 délégués du ministre de la

Santé Publique, 1 membre de la famille Metz, 1 desservant de l'une des paroisses de l'ancienne commune d'Eich, 1 médecin exerçant son art dans la ville de Luxembourg et 2 représentants de la Société Anonyme ARBED.

Après l'agrandissement en 1928 la Clinique d'Eich pouvait se mesurer avec les plus grands hôpitaux de la capitale. En dehors d'un service de chirurgie générale réputé, les premiers spécialistes sont admis à la Fondation. A noter cependant que ces derniers ne restent pas longtemps mais quittent la Fondation dès qu'un autre poste devient libre en ville. Vraisemblablement la clinique est de nouveau trop petite et ne dispose pas des locaux et de l'équipement nécessaire.

Pendant l'occupation allemande les soeurs de St. Borromée sont rappelées par leur maison-mère à Trèves et les soeurs de Ste. Elisabeth prennent la relève jusqu'à l'année 1988 à la satisfaction de tout le monde.

Le nouveau concept du fonctionnement d'une clinique exige qu'en dehors de la chirurgie et de la médecine générale, toute une équipe de spécialistes soit disponible pour être à même de dominer tous les problèmes que présentent les différents malades. Ces idées nouvelles et l'augmentation de la population des localités périphériques de la ville ont poussé le conseil d'administration sous la présidence de Monsieur Joseph Kauffman et le médecin/ directeur, le Docteur J.-P. Fink à construire une nouvelle aile le long de l'Alzette. L'hôpital comportait à ce moment environ 130 lits dont 17 étaient réservés au service de pédiatrie. Un grand nombre des pédiatres de la ville hospitalisaient à ce moment les enfants à la clinique d'Eich. Aussi se développait à Eich avant l'ouverture de la clinique pédiatrique un vrai centre de chirurgie pédiatrique.

En 1969 une nouvelle construction réservée aux soeurs de Ste. Elisabeth est érigée dans le jardin près du pont du chemin de fer. En ce lieu tranquille, de belles promenades et une chapelle créent l'atmosphère de détente et de recueillement nécessaire aux soeurs-infirmières pendant leurs heures de liberté.

De l'année 1976 à 1983 d'importants travaux de modernisation et de réaménagement des locaux techniques sont devenus nécessaires à la suite de l'admission de presque toutes les spécialités à la clinique et par l'organisation d'un service de neurochirurgie sous la régie du Docteur André Roilgen, médecin-chef en ce moment. Aussi le bloc opératoire, le laboratoire, la radiologie, la réanimation et le service d'urgence ont été reconstruits et dotés d'un équipement correspondant au progrès de la médecine.

La centralisation de la neuro-chirurgie au Centre Hospitalier entraîna le départ de cette spécialité de notre clinique et nécessita une réorganisation des activités médicales pour combler ce vide. Aussi l'admission de spécialistes en chirurgie orthopédique et gynécologique compléta utilement les branches déjà représentées à savoir l'anesthésie-réanimation, la chirurgie générale et cardio-vasculaire, la médecine interne, la cardiologie, la gastro-entérologie, la neurologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhinolaryngologie, la pneumologie, la radiologie, la rhumatologie et l'urologie.

Vu le manque des vocations, la Mère-Supérieure générale des soeurs de l'ordre de Ste. Elisabeth a été forcée de rappeler toutes les soeurs à la maison-mère. Au

regret de tout le monde la dernière Mère-Supérieure, Marie-Eugénie, a quitté avec les soeurs Marie-Marc et Marie-Victoria la clinique d'Eich à la date du 15.5.1988. Depuis ce jour le bâtiment réservé aux religieuses est devenu disponible et le conseil d'administration envisage avec le ministre de la Santé Publique l'aménagement d'un service de gériatrie.

En parcourant ces quelques pages de l'histoire de la clinique d'Eich on se rend compte que l'organisation, l'équipement et le genre d'activité de la Fondation ont été adaptés continuellement aux exigences de son temps et qu'elle a été toujours une institution ouverte au changement et à l'innovation.

Néanmoins l'idée primaire de soulager l'homme souffrant n'a jamais été désavouée par les différents présidents du conseil d'administration à savoir Monsieur Heuart, Monsieur Léon Kauffman, Monsieur Joseph Kauffman, Monsieur Jules Pauly et actuellement Monsieur Ernest Frieden. Aussi sommes-nous convaincus que l'Etat qui est propriétaire exclusif de la Fondation, ne manquera jamais aux engagements pris envers la donatrice et fera tout pour assurer la continuation d'un hôpital à la hauteur de sa mission.

Historique de la Clinique Ste-Thérèse de ses débuts à aujourd'hui

DR ELOI WELTER JR

Quand faut-il situer les débuts de la Clinique Ste-Thérèse?

Une date s'impose d'emblée, celle du 15 octobre 1925 où fut officiellement inaugurée la nouvelle clinique, date heureusement rappelée en 1975 à tous ceux d'entre nous qui ont eu la chance d'assister au 50^e anniversaire, dans le cadre insolite du Garage Lux, dont devait naître plus tard le Centre Médical de la rue d'Anvers.

Mais en matière de cliniques, pas plus qu'ailleurs, la génération spontanée n'a pas cours. Pour situer un nouveau-né, ne faut-il pas connaître les parents et si possible les aïeux?

Alors faut-il retenir la période tragique de la Grande Guerre dont les victimes délogeaient progressivement les jeunes pensionnaires de la paisible Maison Ste-Zithe pour la transformer en une station sanitaire?

Ou faut-il à la rigueur remonter à la fin du 19^e siècle à la création de l'Ordre des Soeurs Carmélites Tertiaires, sans lesquelles il n'y aurait jamais eu de Clinique Ste-Thérèse?

Pour qu'en 1925 naisse une nouvelle clinique il fallait, comme pour toute création heureuse, une conjoncture de plusieurs facteurs: à l'endroit juste au bon moment les hommes qu'il faut.

LA PRÉ-HISTOIRE

Situons d'abord l'endroit. Le plateau Bourbon, posé à nu devant l'approche sud de la ville, séparé d'elle par une vallée profonde, hérissé de ses quelques forts, servait idéalement la défense sud de la forteresse. Cependant la décision du 5 juin 1838 d'y construire la Gare des Chemins de Fer annonçait déjà la fin de cette vocation martiale. L'inauguration 23 ans après, le 3 octobre 1861 de la Passerelle, suivie 42 ans plus tard, le 24 juin 1903, de l'ouverture du Pont Adolphe, le rattachait définitivement au reste de la ville.

C'est la levée de l'interdiction de construire en «dur» aux alentours de la gare, que la fin de la forteresse fédérale, stipulée par le Congrès de Londres le 11 mai

1867, avait rendue sans objet, qui donnait le départ à une urbanisation galopante de ce qui allait devenir le nouveau quartier de la gare.

Dans cette période pionnière, le 24 septembre 1887, tombe la vente d'un champ avec quelques bâtisses mal définies, appartenant aux frères Feller de Hollerich, sis le long du Chemin de la Haute Pétrusse et du chemin rural délimitant les communes des villes de Hollerich et de Luxembourg. L'acheteur? Une presque inconnue, la Congrégation des Religieuses Tertiaires du Mont Carmel. Peu de gens pouvaient en effet connaître ce nouvel ordre religieux «made in Luxembourg», qui ne comptait qu'une douzaine d'années. Il devait sa fondation à deux femmes de coeur, Anna Bové, devenue plus tard Soeur Paula, l'aînée de 7 enfants d'un jardinier de Mühlenbach, et Lucie Marguerite Niederprüm, une modiste du Grund, devenue plus tard Soeur Maria Josepha. Encouragées et conseillées par l'abbé Nicolas Wies, professeur à l'Athénée, elles avaient créé le 28 mars 1872 le «Verein der Heiligen Zitha (Ste-Zithe de Lucca, Italie) für christliche Dienstmädchen», dont la mission était l'accueil, l'hébergement, la protection et le placement des jeunes filles paysannes qui affluaient alors en masse vers la ville pour s'engager comme bonnes dans les maisons opulentes de la bourgeoisie naissante. L'idée d'une congrégation religieuse, déjà inhérente à la création du Zitha-Verein, venait sans doute de Mademoiselle Bové que son état de santé précaire avait empêché 18 ans plus tôt d'entrer dans le Carmel de Trèves. Empreintes d'un sens social aigu, ces jeunes femmes, tout en admirant la spiritualité du Mont Carmel, avaient à l'esprit une congrégation de soeurs plus séculaire, vivant davantage dans le monde et pour le monde. Trouvant une oreille bienveillante auprès des autorités religieuses leur désir de créer un ordre religieux fut accepté, et le 2 février 1875 naquit la congrégation des Religieuses de l'Ordre Tertiaire Régulier de Notre-Dame du Mont Carmel à Luxembourg par la remise des habits et l'approbation des règles de comportement par Mgr Adames. En 1877 le Professeur Wies rapporta de Rome le privilège papal, signé du Pape Pie IX, d'une chapelle propre. Mais ce n'est que le 19 mars 1886, après 11 années d'antichambre, que l'évêque Koppes put enfin leur remettre l'agrégation signée du Père Général Hieronymus-Marie les admettant dans le grand Ordre des Carmélites. (La nouvelle constitution était une adaptation de la règle des Carmélites Tertiaires de Bruges.)

Après des débuts difficiles dans une modeste demeure rue Beck, les soeurs acquirent au n° 38 de la rue Philippe une maison plus importante, qui devint la maison refuge de la congrégation. Nonobstant les agissements d'une certaine presse anticléricale contre le Zitha-Verein, les oeuvres des Soeurs de Ste-Zithe, comme on les appelait, se développaient harmonieusement, à tel point qu'elles décidèrent de construire leur propre maison. Avec un sens aigu des réalités à venir, fidèles à leur principe d'habiter parmi les gens, et pressentant justement le développement prodigieux du futur quartier de la gare, elles y jetèrent donc l'ancre en 1887. En moins de 15 mois, (puisque la pierre inaugurale fut posée le 19 mars 1888 et la bénédiction officielle eut lieu le 18 juin 1889) elles firent construire selon les plans de l'architecte A.P. Kemp un nouveau couvent. La façade simple mais élégante de cette valide centenaire se dresse aujourd'hui encore le long de la rue à laquelle elle a donné son nom, la rue Zithe, aménagée en 1905.

Voilà pour l'endroit où se joue notre histoire. Mais le bon moment était-il venu? Il ne semble pas. Au cours des 25 années qui s'écoulaient jusqu'à la guerre de 1914, la Congrégation des Soeurs de Ste-Zithe grandissait rapidement. Mais pour autant que nous le sachions, elles n'avaient pas d'activité hospitalière proprement dite. Leurs activités sociales se limitaient aux affaires du Home pour jeunes filles, leurs activités caritatives se cantonnant dans l'hébergement des filles en détresse ou des malades et dans quelques soins à domicile. Durant ces années, sous la direction de Soeur Lucie Niederprüm, la vieille maison située à côté du Couvent et le hangar ayant déjà appartenu aux frères Feller furent reliés par une nouvelle aile. La place ainsi acquise permettait l'installation supplémentaire d'un orphelinat. Le Couvent Ste-Zithe devint le centre pastoral du quartier de la gare.

S'il fallait une preuve de l'acceptation des Carmélites Tertiaires dans le sein du grand Ordre des Carmélites, elle fut donnée lorsque, dès le 15 juin 1889, quatre soeurs fondatrices du Carmel de Roermond (2^e ordre) vinrent s'établir dans le nouveau couvent (dans la maison accolée à la face nord du couvent, existant encore aujourd'hui). 7 ans plus tard, le 18 janvier 1896, le Carmel de Luxembourg s'installa officiellement dans son nouveau cloître construit derrière le Couvent Ste-Zithe, sur un terrain que leur avaient donné les Carmélites Tertiaires.

Dans ces années l'urbanisation du quartier de la gare se développait à grands pas. Pour ne citer que quelques points marquants: En 1903 ouverture du Pont Adolphe, en 1907 construction de l'avenue de la Liberté, en 1908 inauguration de l'Hôtel de Paris, en 1913 de la Caisse d'Épargne. Peu à peu le Couvent Ste-Zithe se voyait entouré d'une ville nouvelle.

C'est ainsi que naquit le besoin d'une assistance hospitalière pour ce quartier bouillant d'activité, besoin qui n'avait pas échappé aux Soeurs, dont la vocation n'était que de servir la population selon la devise de l'abbé Wies: «Hand do uleen, wo d'Arbecht sech presentiert».

Rappelons que la Ville de Luxembourg n'avait à l'époque que 4 cliniques, St-François, St-Joseph, Ste-Elisabeth et Eich, toutes situées dans la vieille ville ou le faubourg-nord.

La Grande Guerre semble avoir joué le rôle de catalyseur. Dès l'invasion de 1914 un «Feldlazarett» pour le front guerrier fut installé au Zitha-Heim. A la suite du bombardement de Bonnevoie en 1917 une station sanitaire y fut installée sous les hospices de la Croix-Rouge.

Voici qu'entrent en scène les hommes qu'il faut.

Nous avons longuement parlé des Religieuses qui formaient la base sans laquelle, à l'époque, aucune clinique ne pouvait être créée. Tournons-nous vers les médecins.

Ce sont d'abord les docteurs Wehenkel et Fettes, deux vaillants praticiens qui, dans les années de guerre, prodiguaient leurs soins aux premiers malades du poste sanitaire de Ste-Zithe, dont le nombre de lits était passé de 10 à 40 au début des années 20. On dit que c'est eux qui avaient proposé à la Supérieure Générale, Soeur Magdalena Kuhn, de construire une nouvelle clinique. D'autres rapportent

que l'idée en revenait à Mgr Koppes. Toujours est-il que, à la suite d'une demande introduite le 25 mars 1921 par la Supérieure Générale Soeur Paula Lentz, autorisation fut donnée de construire une nouvelle clinique, appelée Ste-Thérèse en souvenir de Sainte Thérèse d'Avila, patronne du Mont Carmel. Pour rassembler les fonds nécessaires, il fallait vendre les terrains situés le long de la rue Michel Welter, alors naissante, terrains dont certains devaient être rachetés plus tard à prix d'or. Les plans en étaient confiés à l'architecte Warken; la pierre inaugurale fut posée le 3 juillet 1924, et après 18 mois de construction, l'inauguration eut lieu le 15 octobre 1925 avec la bénédiction de Mgr Nommesch. Décidément on bâtissait vite et bien en ces temps.

La première construction avait épargné la petite maison attenante au couvent, omission corrigée par une seconde construction en 1926 liant, en un front harmonieux, la clinique avec le couvent.

Mais revenons un peu en arrière pour ne pas manquer l'entrée en scène d'un protagoniste important, le Dr Christophe Mouton. En 1924, ce jeune médecin, qui finissait sa formation de chirurgie à Mulhouse, fut appelé par Soeur Magdalena sur le conseil de l'oculiste Adolphe Faber, pour prendre en main le service chirurgical de la clinique alors en construction. Une visite du chantier devait rapidement convaincre la religieuse de la justesse de son choix: voyant Mouton enjamber d'un pas lesté un tas de pierres bloquant l'entrée, elle se tourna vers Faber: « 't as geroden». Sous l'impulsion du Dr Mouton les plans du rez-de-chaussé furent modifiés en mettant l'accent sur les salles opératoires, une salle des urgences (Ambulanz), une meilleure séparation des salles septiques et propres, l'installation d'une salle de radiographie ainsi qu'un institut médico-mécanique et hydrothérapeutique. Il prit en main la formation des premières soeurs assistantes et instrumentistes en leur faisant suivre des cours à Mulhouse. Tout était enfin prêt pour l'inauguration officielle en 1925, en présence du Professeur Garre de Bonn, l'ancien patron de Mouton. Le premier malade fut opéré 15 jours plus tard.

LES PREMIÈRES ANNÉES

Voilà donc le début de la Clinique Ste-Thérèse, sujet de notre histoire. En commençant ici j'aurais sans doute épargné au lecteur quelques pages de lecture, mais, en cette année souvenir, je ne pouvais résister à la tentation d'une digression dans l'autre siècle pour esquisser l'histoire, centenaire aussi, du Couvent Ste-Zithe, de ses Soeurs et de leur quartier.

Cette clinique toute neuve était la fierté de tout un quartier. La „Luxemburger Illustrierte“ du 22 octobre 1925 décrivait en détail la beauté de son architecture, le luxe de ses installations, et remarqua que, malgré le modernisme de ses équipements techniques, elle avait gardé «einen Anflug von Stil, der zart und diskret klösterlich wirkt».

Elle restait telle quelle jusqu'en 1939, alors qu'une première extension était devenue possible du fait de l'acquisition par la congrégation du cloître des Carmélites Déchaussées, parties, comme on le sait, au plateau du Cents en 1937. Les soeurs de Ste-Zithe disposaient ainsi de plus d'espace et pouvaient libérer

certaines parties du couvent qui furent incorporées à la clinique. Le nombre de lits passait à 120.

Mais n'allons pas trop vite pour mieux comprendre l'éclosion de la nouvelle clinique et sa marche progressive vers la plus grande clinique privée du pays. C'était d'abord une clinique chirurgicale à laquelle le dynamisme et le savoir-faire du Dr Mouton donnaient l'empreinte. Il importe de savoir que, si Mouton n'était pas le premier à pratiquer la chirurgie à Luxembourg, il était sans doute le premier spécialiste ayant eu une formation chirurgicale universitaire. Non seulement il était le chef, mais il portait en fait sur lui seul tout le poids du service chirurgical jusqu'à la fin de la guerre de 40. Pour cela il devait rapidement s'entourer d'une équipe polyvalente à l'exemple des hôpitaux multidisciplinaires qu'il connaissait à l'étranger.

Ainsi nous trouvons autour de lui des spécialistes de tout ordre: En médecine interne d'abord les médecins de la première heure Fettes, qui était le „second in command“, Wehenkel et Delahaye, médecin de la cour, suivis en 1928 d'Armand Hummer, en 1929 de Jos. Linster, en 1932 de Jos. Schiltz, sans oublier Jos. Capesius, Alfred Wirolle, Sisy Lentz, Franz Serrig, Gantenbein; en gynécologie Henri Cerf et Charles Jones; en ophtalmologie Charles Israel (il avait déjà opéré ses premiers yeux dans l'ancien hospice en 1924 et fuyait l'ogre nazi en 1939 pour l'Amérique) assisté dès 1937 par Franz Hippert (†1971); en ORL Paul Peters (†1959) qui dès 1926 avait sa consultation dans la clinique; en pédiatrie Jos. Molitor.

Il faut bien comprendre qu'à cette période la maison était ouverte à tout le monde. On faisait peu de distinction entre omnipraticiens et spécialistes, la délimitation des spécialités n'étant pas arrêtée. Les notions de médecin agréé, attaché, consultant ou simple fournisseur n'étaient pas définies comme de nos jours. La joie d'appartenir à l'équipe, l'attachement à l'esprit de la maison, la camaraderie, tout cela remplaçait avantageusement les contrats d'agrégation. L'esprit de solidarité garantissait la permanence mieux qu'un plan de garde, la disponibilité étant assurée naturellement, fût-ce au «Paris» tout proche.

La place manque pour énumérer toutes les Soeurs dévouées qui faisaient marcher la maison. Rappelons au moins les Révérendes Soeurs Ligorja, Hildegard, Philibertha, Pascalis et Angelica. Ont figuré comme mères supérieures à cette époque: Sr Anna Steinmetz de 1920-1926, Sr Josepha Bohner de 1926-1932, Sr Ludovika Schaul de 1932-1939.

Ainsi la Clinique Ste-Thérèse développait peu à peu sa personnalité propre et occupait une place spécifique dans l'environnement hospitalier de la Ville. Pour bien la situer il faut tenir compte de son emplacement, de son arrière-pays et des gens qui la faisaient tourner. La situation au milieu d'un quartier populeux, la proximité de la gare des Chemins de Fer, la présence d'une «Ambulanz» ouverte jour et nuit (la seule dans la Ville qui assurait une permanence de 24 heures et ceci jusqu'à la création du service d'urgence dans les années 60) sont autant de facteurs qui expliquaient l'image d'une clinique ouverte et populaire. Les Soeurs de Ste-Zithe, fidèles à leur origine modeste, se recrutaient à leurs débuts surtout parmi les

couches paysannes simples, et en matière de prestige elles avaient du mal à défendre leur place face aux ordres traditionnels et distingués. C'est vers les petites gens qu'allait leur préférence. Le chef lui-même, d'origine mosellane (Mondorf), avait su garder ses qualités de loyauté, de jovialité et de simplicité qui attiraient naturellement vers lui les gens non compliqués. Il cultivait un contact exemplaire avec un large groupe de fournisseurs privilégiés. Tout cela explique pourquoi la nouvelle clinique avait sa clientèle propre, faite surtout de gens du quartier et des couches paysannes et ouvrières de l'est et du sud du pays.

Il est évident que cette spécificité-là ne pouvait résister à l'épreuve des temps modernes; elle était condamnée à se perdre, étant trop l'expression d'une époque, d'une génération et d'une façon de pratiquer l'art de guérir pour pouvoir survivre à leur disparition.

LES ANNÉES DE GUERRE ET LES TEMPS MODERNES

Déjà les canons grondaient à nouveau et le sort de 1914 semblait devoir se renouveler. Le 13 mai 1940, trois jours après l'invasion nazie, la Clinique Ste-Thérèse fut réquisitionnée par la «Wehrmacht», les malades et les médecins durent se réfugier au Couvent du Howald. La clinique devint «Feldlazarett».

Mais la rapidité inattendue de la débâcle en France rendait cette réquisition bientôt inutile, et déjà le 9 septembre 1940 les services normaux reprenaient dans les murs de la clinique. Ni la confiscation des biens de la congrégation par l'occupant le 1^{er} août 1941, ni leur appropriation par la Commune de Luxembourg, décrétée le 1^{er} avril 1943, n'allèrent y changer grand-chose. Les chiens aboient la caravane passe . . .

L'interniste Edmond Maillet, de triste mémoire, délogeait momentanément le Dr Mouton du poste de médecin-chef; Mouton restait pourtant attaché à la clinique de même que les docteurs Paul Peters, ORL, Hubert Meyers, radiologue, et Jos. Merker, urologue. Vers la fin de la guerre, Marcel Ferron et François d'Huart furent assignés comme assistants en chirurgie, de même qu'Armand Olinger, comme assistant en médecine interne et neurologie. A la liste des médecins consultants, il faut ajouter dans ces années les noms de Mathias Reiles, gynécologue, Otto Behringer, Albert Kongs, dermatologue, et Eloi Welter sr, interniste et psychiatre.

La Mère Supérieure durant ces années tragiques était Soeur Gabrielle Wintersdorff (1939-1945).

A la Libération de jeunes recrues en chirurgie venaient enfin prêter main-forte à l'inlassable médecin-chef. Les docteurs Marcel Ferron, François D'Huart et René Junker, après avoir complété leur spécialité, venaient consolider la renommée chirurgicale de la clinique. Dès 1950, le cap des mille opérations par an était franchi (pour atteindre 1700 en 1974 et approcher les 3 000 aujourd'hui).

Les autres disciplines n'étaient pas en reste. En médecine nous trouvons dès 1946 Armand Olinger et René Kerschen et en 1947 Frédéric Roemke, et en radiologie Hubert Meyers, en 1949 Alfred Betz, gastro-entérologue.

Dès lors une extension était devenue indispensable. Les vastes jardins situés à l'ouest de la clinique s'y prêtaient facilement. En 1952, un «Neibau» (aujourd'hui appelé bâtiment B) conçu par les architectes Loschetter et Reuter fut terminé. Cette grande aile de 4 étages, dont 3 pour le service hospitalier, permettait non seulement de doubler d'un coup le nombre de lits (230), mais acceptait un bloc opératoire moderne, un laboratoire digne de ce nom et un service de physiothérapie au goût du jour.

La place ainsi libérée dans l'ancien bâtiment autorisait une extension du service de radiologie, de la policlinique et plus tard la création d'une salle de réanimation, la première à Luxembourg (1967) et un service d'hémodialyse (1972).

En plus des 38 religieuses, le nombre du personnel totalisait 175 personnes. Les mères supérieures se nommaient Sr Aloysia Kohn de 1945-1951, Sr Bernadette Kayser de 1951-1957, Sr Aloysia Kohn de 1957-1963, Sr Marie-Marthe Krier de 1963-1967 et Sr Pascalis Fisseni de 1967-1973.

Cet épanouissement de l'infrastructure attirait naturellement une nouvelle génération de médecins. Entre 1950 et 1965, c'est-à-dire durant les 25 ans qui nous séparent du 50^e anniversaire, le nombre des médecins agréés allait tripler.

Dans les disciplines chirurgicales citons dans l'ordre d'arrivée: En 1954 Ernest Faber, ORL, en 1955 Jos. Mersch, gynécologue, en 1959 Norbert Weydert, chirurgien, et Jacques Backes, ophtalmologue, en 1961 Fernand Risch, chirurgien cardio-vasculaire, et Victor Genevo, urologue, en 1965 Prosper Kayser, anesthésiste, en 1971 Guy Mandres, chirurgien, et en 1974 Guy Welter, anesthésiste. Dans les disciplines médicales en 1951 Richard Eicher, cardiologue, en 1954 Arthur Flies, pédiatre, les internistes Alex Aschman en 1956, Maurice Wagner en 1957 et Raymond Schaus en 1958, en 1964 Henri Metz, neuropsychiatre, en 1965 Eloi Welter jr., interniste, en 1967 Ernest Theisen, dermatologue, et Mathias Thoma, pneumologue († 1974), en 1968 Marc Ferres, cardiologue, et Jean Bisdorff, gastro-entérologue, en 1969 Roger Arend, interniste, en 1971 Raymond Ruppert, interniste, et Paul Rodenbourg († 1989) rhumatologue, en 1972 François Ries, neuropsychiatre, en 1974 Paul Thill, radiologue, et Camille Reisen, interniste, et en 1975 Jean-Paul Parini, pneumologue.

Arrivée à ce stade de développement et rajeunie par tant de sang nouveau la Clinique Ste-Thérèse ne risquait-elle pas de trop changer et de perdre son âme? Il semble que non. Malgré son épanouissement rapide elle savait inculquer à chacun un certain esprit de corps. Sa taille lui donnait même son dynamisme propre, se manifestant par une démarche constante vers l'autosuffisance; celle-ci allait de la constitution de ses propres corps de métier à la création de services multidisciplinaires dirigés par des spécialistes de toute branche, en passant bien sûr par sa propre école d'infirmières. Celle-ci fut construite, selon les plans de l'architecte M. Heintz, dans la partie ouest du jardin et put être inaugurée en 1965.

Après quelques années de calme les chantiers furent à nouveau réouverts en 1974, lorsqu'il fut décidé de moderniser le troisième étage encore mansardé et de le

prolonger dans une partie du Couvent. En même temps la façade rue Zithe fut refaite.

Vers cette époque eut lieu l'achat par la congrégation des bâtiments du Garage Lux (1973), et du coup la clinique acquit pignon sur la rue d'Anvers. C'est dans ce vaste hangar que, le 15 octobre 1975, fut joyeusement fêté le 50^e anniversaire de la clinique par un banquet pour le corps médical, ainsi qu'une grande fête pour plus de 200 membres du personnel, présidée par la Supérieure Sr Renata Schwartz (1973-1976).

Déjà les bulldozers attendaient pour faire place à la construction d'une aile nouvelle, le Centre Médical (architecte Heintz). Il fut terminé en 1978. Outre les nouveaux services de réanimation et d'hémodialyse, d'ophtalmologie, d'ORL, d'endoscopie, il comportait une nouveauté à l'époque: Désireux d'assurer une permanence médicale sur toute la journée les religieuses et les médecins avaient eu l'idée d'y aménager des cabinets privés pour des médecins attachés à la clinique, cabinets jusque-là répartis dans la ville. Cette idée eu le succès qu'on sait; plus de 20 médecins y ont élu domicile à ce jour.

Pour rester un moment rue d'Anvers, et bien que ceci n'ait pas de rapport direct avec la clinique, rappelons que la congrégation des Carmélites Tertiaires avait ouvert dès 1976 au n° 28 un foyer pour femmes en détresse, appelé justement Foyer Paula Bové. En acquérant plus tard les immeubles de la firme Violette Braun les Religieuses se donnaient la possibilité d'y construire un nouveau foyer, inauguré le 15 octobre 1982. L'achat en 1980 de la Maison Capus attenante au Centre Médical permit à la clinique, alors dirigée par Sr Marie Albert Wehl (1976-1982), d'affermir son assise rue d'Anvers.

Et nous voici arrivés à la dernière étape importante dans l'histoire de la clinique, la construction de la nouvelle aile C.

Dès le début des années 80 il devenait de plus en plus évident qu'un bâtiment supplémentaire s'imposait. Le développement des techniques d'investigation d'endoscopie et d'imagerie, l'augmentation de l'appareillage technique, les normes imposées quant au service d'urgence, l'expansion du laboratoire, de la pharmacie et du service de réanimation, l'adaptation du bloc opératoire aux exigences modernes, les exigences accrues des malades en matière de confort hôtelier, tout cela réclamait un nouvel espace.

Sans parler du rajeunissement du staff médical par l'arrivée progressive, mais constante, d'une nouvelle génération de médecins. En effet de 1975 – où nous nous étions arrêtés – à nos jours, c'est-à-dire dans les 14 années qui ont suivi le 50^e anniversaire, la clinique a agréé pas moins de 18 nouveaux médecins:

En 1976 Robert Ulveling, interniste, revenu d'Amérique, en 1977 Fred Bleser, chirurgien cardio-vasculaire, Alex Kohl, urologue, Robert Lemmer, gynécologue, et Carlo Bock, interniste, en 1978 Romain Kerschen, anesthésiste, et Yves Nosbusch, ophtalmologue, en 1980 Jean-Claude Schneider, pneumologue, en 1981 Pit Büchler, neurologue, en 1982 Pierre Reichling, ORL, et Renzo Del Fabbro, radiologue, en 1984 Julien Sand, interniste, en 1985 Carlo Faber,

chirurgien cardio-vasculaire, et Philippe Turk, interniste, en 1986 Jacques Reichling, interniste, en 1988 Georges Schnell, ophtalmologue, et finalement en 1989 Michel Schroeder, neurologue, et Marc Kayser, chirurgien.

Conçu selon les plans de l'architecte Laurent Schmit le nouveau bâtiment fut commencé en 1982 et les premiers services devinrent opérationnels trois ans plus tard. La nouvelle construction repose sur un sous-sol de quatre étages dont deux pour les garages à 125 places, un pour la kinésithérapie, la pharmacie et divers services, et un pour la polyclinique et le laboratoire. Le rez-de-chaussée est entièrement occupé par quatre nouvelles salles opératoires. Au-dessus s'élèvent quatre étages de services hospitaliers à 18 chambres offrant un total de 128 lits. Conformément au plan hospitalier il n'était guère permis de toucher au nombre total de lits qui restait bloqué à 240.

14 lits de l'ancien bâtiment pouvaient ainsi être sortis du circuit aigu pour être transformés en lits de gériatrie, dont le besoin est toujours si grand. L'espace libéré dans l'ancien bâtiment était progressivement utilisé pour le réaménagement et l'agrandissement des services existants, les salles de séjour, le service de comptabilité et l'exploration fonctionnelle, la radiologie, l'endoscopie voire la création de services nouveaux tels que le service d'oncologie et de réanimation médicale. Sans oublier une nouvelle chapelle très intime, directement accessible aux malades, qui trouvait sa place au premier étage. Enfin, comme carte de visite, un nouveau hall d'entrée plus accueillant et plus digne témoignait vers l'extérieur du renouvellement complet de la maison. Il n'y a pas de doute qu'un visiteur qui n'y aurait pas mis les pieds depuis quelques années, penserait s'être trompé d'adresse.

Je m'en voudrais de passer sous silence la naissance à ce moment d'un nouveau partenaire, le Conseil Médical. Sur l'initiative de quelques médecins, soutenus en cela par un des doyens, le Dr Marcel Ferron, et avec le bon vouloir de la Direction, notamment de la Sr Supérieure Ursula Becker (à partir de 1982) et de l'omniprésente et irremplaçable Sr Josepha Kayser, une assemblée générale constituante procéda le 30 novembre 1982 à l'élection du premier Conseil Médical de la Clinique Ste-Thérèse. Son président fut le Dr Norbert Weydert.

Dès ses débuts le Conseil Médical s'avérait être une institution utile, voire indispensable, d'autant plus que depuis la retraite, puis la disparition du Dr Mouton le 8 juin 1984, la représentation médicale était devenue orpheline. Bien que ses statuts ne lui accordent qu'un rôle de médiateur et de conseiller le poids réel du Conseil Médical va au-delà des textes, grâce surtout à la collaboration parfaite et au respect mutuel entre lui et la Direction. S'il n'a pas la prétention de s'attribuer tous les mérites des mutations profondes qu'a traversées récemment cette maison, il se réjouit d'avoir pu y prendre part.

Evolution plutôt que révolution permanente, où chaque changement trouve sa justification dans le maillon qui le rattache à ce qui le précède, ce processus de mutation dans la tradition nous semble venir en ligne droite de l'esprit pionnier des fondateurs. Constamment rajeuni par le juste choix de recrues, animé par la volonté de rester parmi les meilleurs et géré par la souplesse dynamique propre aux

gérances privées, il trouve paradoxalement son fondement dans les vieux principes des Carmélites Tertiaires qui sont de rester à l'écoute du monde pour mieux le servir, de se remettre en cause pour ne pas glisser dans la satisfaction.

C'est dire que, si nous mettons ici le point final à notre histoire, ce n'est pas celle de la Clinique Ste-Thérèse. A quand la prochaine étape? A voir. Pour sûr elle n'attendra pas son historien.

INSTITUT GRAND-DUCAL.

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

A. STATUTS ORGANIQUES.

ART. 1^{er}. Il est institué pour le Grand-Duché de Luxembourg une Société médicale.

Elle porte pour titre: „*Société des Sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg*“.

Le siège de l'Association est à Luxembourg.

ART. 2. L'Association a pour objet de s'occuper

a) des intérêts professionnels et matériels des membres;

b) de toutes les études et recherches qui peuvent contribuer aux progrès des différentes branches de l'art de guérir.

ART. 3. La Société est divisée en trois sections, ayant spécialement les attributions suivantes:

La 1^{re} la médecine, la chirurgie et les accouchements.

La 2^e la pharmacie.

La 3^e la médecine vétérinaire.

ART. 4. L'Association se compose:

1^o de membres effectifs;

2^o de membres correspondants.

ART. 5. Ne peuvent être membres effectifs que les Luxembourgeois de naissance ou naturalisés ou des étrangers qui résident dans le pays depuis dix ans au moins, et qui ont été autorisés à exercer une branche quelconque de l'art de guérir.

ART. 6. Les membres effectifs et correspondants prennent part aux discussions de l'Association.

Les membres effectifs ont seuls le droit de voter.

ART. 7. Tous les hommes de l'art qui voudront dorénavant faire partie de la Société comme *membres effectifs* devront présenter au Bureau une demande par écrit.

Les *membres correspondants* peuvent être élus sur la présentation d'un membre effectif, lequel est tenu de motiver sa présentation par un exposé des titres scientifiques du candidat proposé. Ils sont élus d'après le mode prévu par l'art. 9.

ART. 8. Le droit d'élection n'appartient qu'aux membres effectifs.

ART. 9. Toute élection est faite au scrutin secret, en assemblée générale, à la majorité des voix des membres effectifs présents.

ART. 10. Tout membre qui aura commis des actes contraires à la dignité professionnelle sera soumis à une peine disciplinaire pouvant aller jusqu'à l'exclusion de la Société. Cette peine sera prononcée au scrutin secret, en assemblée générale, à la majorité des voix des membres effectifs présents, après avoir entendu les intéressés dans leurs explications et reçu communication du rapport du jury d'honneur.

ART. 11. Le bureau de l'Association se compose d'un président, de trois membres et d'un secrétaire.

Le bureau désigne ceux de ses membres qui remplissent les fonctions de trésorier et de bibliothécaire.

Le président, le secrétaire et les trois membres du bureau sont élus directement par l'Association parmi ses membres effectifs d'après le mode prescrit par l'art. 9.

Les membres du bureau sont élus pour un an.

ART. 12. Le président a la police de l'Assemblée.

En cas de partage des voix, soit en assemblée, soit dans les réunions du bureau, l'opinion du président est prépondérante.

ART. 13. Le bureau est chargé de la gestion administrative et financière de l'Association.

ART. 14. Il y aura en outre des assemblées ordinaires aussi souvent que le bureau jugera nécessaire de convoquer les membres de la Société.

ART. 15. La Société fera une publication de ses travaux s'il y a lieu; elle pourra instituer un concours sur différentes questions scientifiques à établir en assemblée générale.

ART. 16. L'Association arrête son règlement d'ordre intérieur.

ART. 17. Les dispositions qui précèdent, formant des statuts organiques, ne peuvent être changées que du consentement de l'Association, donné à la majorité requise pour les élections; seulement les changements à proposer doivent être communiqués aux sociétaires un mois d'avance.

Ainsi arrêté en assemblée ordinaire du 20 juillet 1862, modifié les 11 août 1879, 4 septembre 1879, 8 septembre 1881, 21 septembre 1891 et 15 juillet 1897.

Le Secrétaire,

D^r SCHANEN.

Le Président,

D^r PRAUM.

B. RÈGLEMENT.

TITRE I.

ART. 1^{er}. Les séances de la Société auront lieu sur convocations écrites au moins huit jours d'avance.

ART. 2. Il y aura chaque année une assemblée générale au mois de septembre.

Il y aura des séances ordinaires aussi souvent que le bureau le jugera nécessaire; la date, l'heure et l'ordre du jour sont indiqués par le bureau.

Les sections se réuniront séparément; elles seront convoqués par leurs présidents respectifs ou par le bureau de la Société.

ART. 3. Toutes les observations relatives à l'administration sont adressées par écrit au président, qui en réfère au bureau. Il en est fait rapport à la Société dans la séance suivante.

ART. 4. Aucune personne étrangère à la Société, ne peut assister aux séances que sur l'autorisation écrite du bureau.

TITRE II.

ART. 5. Le bureau représente la Société hors le temps de ses séances; exécute les décisions, les dépenses et rassemble, rédige et fait publier, dans la forme convenable, les divers travaux de la Compagnie.

Il se réunit aussi souvent que les circonstances l'exigent.

ART. 6. Les nominations des membres sont signées par le bureau.

ART. 7. Le président dirige les délibérations et fait observer le règlement; en cas d'absence il est remplacé par l'aîné des membres présents du bureau.

ART. 8. Le secrétaire rédige le procès-verbal de chaque séance; il en fait lecture, inscrit pour la parole les membres suivant l'ordre de leur demande, tient note des résolutions et des votes et fait l'appel nominal.

ART. 9. Le trésorier est chargé de l'encaissement des fonds et des paiements ordonnancées par le bureau. — Il rend compte de sa gestion financière en assemblée générale et toutes les fois que le bureau le demande.

ART. 10. La correspondance et tous les autres actes de la Société sont signés par le président et le secrétaire.

TITRE III.

Travaux.

ART. 11. Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire le jour même de leur réception.

ART. 12. Les travaux ordinaires de la Société ont lieu dans l'ordre suivant:

a) Lecture et approbation du procès-verbal de la séance précédente.

b) Analyse sommaire des lettres et des autres pièces adressées à la Compagnie depuis sa dernière séance.

c) Correspondance avec le Gouvernement et les autorités constituées.

d) Correspondance avec les hommes de l'art faisant ou non partie de la Société.

e) Elections.

f) Rapport des sections et des commissions sur les travaux qui ont été envoyés à leur examen.

g) Lecture des observations, mémoires et ouvrages présentés par les membres de l'Association.

h) Discussions.

i) Exposition et démonstration des objets matériels.

Néanmoins si des motifs graves l'exigent, le bureau peut intervertir cet ordre.

ART. 13. Les lectures faites par les membres ont lieu dans l'ordre de leur inscription.

ART. 14. L'Association fera une publication de ses travaux s'il y a lieu; elle portera le titre de „*Bulletin de la Société des sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg*“.

ART. 15. Un registre inventorial est destiné à l'enregistrement de tous les objets adressés à la Compagnie.

TITRE IV.

ART. 16. Le président fait l'ouverture et annonce la clôture des séances.

ART. 17. Le membre effectif qui est empêché d'assister à une réunion, en avertit par écrit le président de la Société.

ART. 18. La parole est accordée par le président et suivant l'ordre des demandes ou inscriptions.

ART. 19. Nul ne peut être interrompu quand il parle. — Le président seul interrompt le membre qui enfreint quelque disposition du règlement, ou qui s'écarte de la question.

ART. 20. Les réclamations d'ordre du jour, de priorité et de rappel au règlement suspendent toujours la discussion sur la question principale.

ART. 21. Si cinq membres demandent la clôture d'une discussion, le président la met aux voix; il est permis de prendre la parole pour ou contre la demande de clôture.

ART. 22. Chaque membre peut exiger que son vote soit inséré au procès-verbal, mais sans en exprimer le motif.

ART. 23. Tout membre qui veut faire une proposition la remet au président, écrite et signée. Le président en fait donner lecture par le secrétaire. Si l'assemblée prend la proposition en considération, le président consulte la Société pour savoir si elle veut ouvrir immédiatement la discussion ou la renvoyer à une ou plusieurs sections.

ART. 24. Toute proposition que l'assemblée n'a pas prise en considération, ou qu'elle a rejetée après discussion, ne peut être représentée endéans les six mois.

TITRE V.

Recettes et dépenses.

ART. 25. Les revenus de la Société se composent :

- 1° Des subsides éventuels du Gouvernement;
- 2° Des donations qui peuvent être faites.

ART. 26. La Société réunie en assemblée générale règle l'emploi de ses fonds.

ART. 27. Les dépenses de peu d'importance peuvent être faites par le bureau, sauf à en rendre compte à la Société.

TITRE VI.

Collections.

ART. 28. La Société accepte tous les objets qui peuvent intéresser les sciences médicales.

ART. 29. En cas de dissolution, les collections de livres, mémoires etc. de la Société sont déposées provisoirement au Collège médical, et inventoriées, pour pouvoir être remises à une nouvelle Société médicale, qui se reformerait ultérieurement.

Le présent règlement peut subir des changements à la fin de chaque année, sur la demande de cinq membres.

Ainsi arrêté en assemblée générale du 4 septembre 1862, modifié les 4 septembre 1873 et 26 avril 1902.



Rapport de l'Assemblée Générale du 22 février 1989

H. Metz
Président

Le Président remercie d'abord les membres qui ont voulu se déplacer en dépit de nombreuses autres activités scientifiques et culturelles de cette semaine. Il a le plaisir d'annoncer qu'en 1989 la Société des Sciences Médicales va franchir le cap de 900 membres inscrits et reste ainsi de loin la Section de l'Institut Grand-Ducal qui compte le plus de membres.

Le nombre de ceux rayés pour ne pas avoir payé de cotisation en 86, 87 et 88 est de 9 médecins, 1 médecin-dentiste et d'une pharmacienne. Il signale aussi que le Conseil d'Administration a édité un bulletin jubilaire à l'occasion du 150^e anniversaire de notre indépendance qui coïncide aussi avec un quart de siècle de règne de notre Grand-Duc et avec le 125^e anniversaire de notre bulletin. Il salue et remercie notamment notre président d'honneur, de Dr Raymond Schaus, ainsi que tous les autres membres qui ont déjà envoyé leurs articles pour ce bulletin qui promet d'être fort intéressant et de nous révéler des faits frappants sur l'histoire médicale des dernières 150 années au Grand-Duché.

Il exprime aussi ses remerciements au ministre de tutelle des Affaires Culturelles et de la Santé et souligne l'intérêt que le Secrétaire d'Etat Johny Lahure porte à nos activités et espère aussi le convaincre d'ajuster le subside qui n'a pas été ajusté depuis de nombreuses années. Il signale qu'au fil des années la cotisation de membre a seulement légèrement augmenté puisqu'elle était avec 201 membres de 100 F en 1946, elle s'élève à 600 F depuis 85 comptant 747 membres. Il se félicite aussi de la bonne collaboration avec le Collège Médical et avec l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes qui met à notre disposition non seulement ses locaux du Domus Medica mais aussi son secrétariat.

Il fait ensuite le relevé des réunions scientifiques organisées par la société des Sciences Médicales au cours de l'année 88 et constate que le nombre et le niveau des conférences de recyclage sont restés bons avec 24 séances dont plusieurs journées scientifiques notamment en collaboration avec la Croix-Rouge et avec la Société de Pédiatrie ainsi que des conférences-débats avec la Ligue d'Hygiène Mentale et des réunions en collaboration avec la Société de Neurologie, Psychiatrie et Electroencéphalographie et surtout une ouverture académique remarquée le 5.10.88 sur: «Le Coeur et le Sport» ensemble avec nos dames et organisée par les firmes Madaus et Integral.

Il évoque aussi la mémoire de nos membres qui nous ont quittés et demande une minute de recueillement en leur souvenir.

Il remercie très vivement tous les membres du Conseil d'Administration de leur aide précieuse. Il annonce ensuite avec regret la démission de notre secrétaire général qui a maintenu la barre depuis 30 ans. Il était déjà en 1958 le secrétaire du Dr Felten ensuite du Dr Schaus et maintenant depuis 10 ans du président actuel.

En dépit de l'insistance de tous les membres du comité le Dr Neuen qui a si bien mérité de la société est décidé à prendre sa retraite comme secrétaire-trésorier tout en restant un membre actif. Le comité annonce déjà une fête en l'honneur du Dr Neuen avec remise de cadeaux.

Notre secrétaire-trésorier commence par une remarque pleine de gentillesse en disant qu'il a eu la chance d'avoir toujours eu de bons présidents. Il annonce d'abord l'enregistrement de notre fichier avec l'accord de Monsieur le Ministre de l'Agriculture et de la Viticulture sur support magnétique, changement qui s'est fait en mai 1988. Ensuite il donne un résumé de ses activités ainsi qu'un aperçu sur les recettes et les dépenses au cours de l'exercice 1988 qui prouve que l'état de nos finances reste satisfaisant.

Après l'assemblée ordinaire, l'assemblée extraordinaire où le président constate qu'il y a seulement autant de candidatures que de postes au conseil d'administration. Ainsi celui-ci, après avoir obtenu sa décharge à l'unanimité, est réélu par la même unanimité. Le président remercie l'assemblée de la confiance, mais il pense qu'il faut dans les années à venir renouveler et rajeunir le Conseil d'Administration et il fait un appel pressant aux jeunes membres de participer plus activement. Il annonce aussi son intention de coopter des personnes intéressées pour assurer alors une continuité dans l'activité de notre mémorable société.

Le Dr Georges Kayser annonce d'ailleurs qu'il a l'intention de ne pas finir son mandat et de se faire remplacer par les médecins-dentistes plus jeunes et il nomme plus particulièrement les docteurs Pierre Schaffner et Romain Blum, prêts à collaborer avec le Conseil d'Administration.

En attendant tous les membres du comité gardent leur fonction à l'exception du secrétaire-trésorier, le Dr Neuen, qui sera remplacé par le Dr Mathias Schroeder, qui lui sera comme par le passé assisté efficacement par notre fidèle secrétaire-adjoint Monsieur Albert Michels.

Le Dr Jean Neuen reçoit par acclamation le titre honoraire de ses fonctions.

Le président relève alors encore les problèmes en rapport avec les directives européennes entraînant un nombre croissant de médecins étrangers qui bien entendu sont aussi accueillis au sein de notre société. Il fait aussi état de la pléthore médicale et surtout des problèmes qu'ont actuellement les jeunes luxembourgeois qui font de la médecine générale et des difficultés de ceux qui veulent se spécialiser.

Il conclut en remerciant l'assemblée générale de leur attention et lève la séance extraordinaire.

Relevé des réunions scientifiques

organisées par la Société des Sciences Médicales
au cours de l'année 1988

- 8 janvier 1988 – conférence*
DAS KIND IN DER KLINIK
Prof. A. Fanconi, Zürich
- 13 janvier 1988 – Symposium*
en collaboration avec le Dép. Immuno-Allergologie CHL
L'ALLERGIE
Dr Bonniver, Verviers; Dr Rihoux, UB C; Dr Hentges, Luxembourg
- 27 janvier 1988 – Assemblée Générale*
- 26 février 1988 – conférence*
en collaboration avec l'ULB
LE SIDA
Dr Clumeck, ULB; Dr Hemmer, CHL
- 27 février 1988 – journée scientifique*
en collaboration avec la Croix Rouge
TRANSFUSION SANGUINE
Drs Scheifer, Kutter, Luxembourg; Brun-Vezinet, Paris
Sondag, Liège; Bahman Habibi, Paris
Genetet, Rennes; R. Hemmer, J.-Cl. Faber, M. Dicato, Luxembourg
J. Uhrig, Esch; Cees Th. Smit Sibinga, Groningue
- 4 mai 1988 – conférence*
APPROCHE ACTUELLE DE L'INSOMNIE
Dr M. Ansseau, Liège
- 9 mai 1988 – conférence*
en collaboration avec L'ULB
LES SCIENTIFIQUES ET LA GUERRE
J. Devooght, ULB
- 18 mai 1988 – conférence-débat*
en collaboration avec la Ligue d'Hygiène mentale
IL Y A DES SOMMEILS ET NON PAS UN SOMMEIL
Dr R. Poirrier, Liège; Drs Metz, Thilges

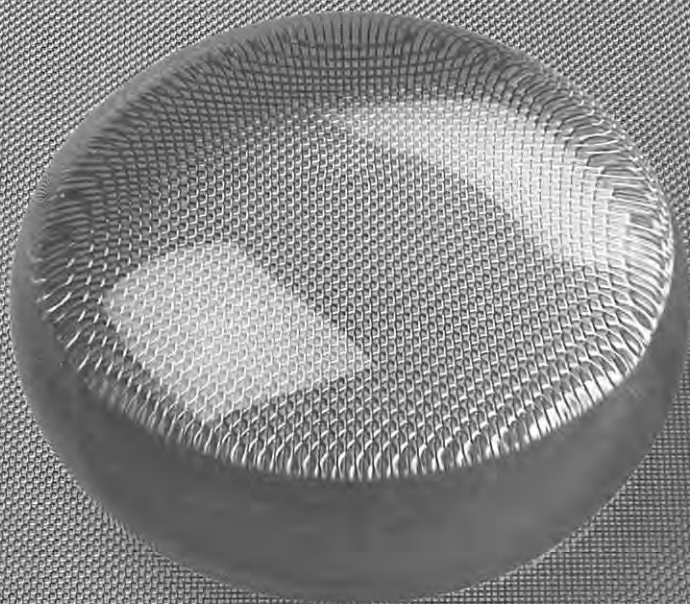
- 8 juin 1988 – conférence
ETOFIBRAT; NEUE KLINISCHE DATEN
ZU EINEM BEWÄHRTEN LIPIDSENKER
Dr Christine Richter
- 15 juin 1988 – conférence
en collaboration avec le Dép. d'hémato-cancérologie du CHL
INHERITED IMMUNE DEFECTS
Dr H. Chapel, Oxford
- 29 juin 1988 – conférence
en collaboration avec la Soc. de Neurologie et Psychiatrie
TRAUERFÄHIGKEIT DER DEUTSCHEN –
ILLUSION ODER HOFFNUNG
Dr Margarete Mitscherlich, Francfort
- 5 octobre 1988 – conférence
en collaboration avec les firmes Madaus et Integral
HERZ UND SPORT
Prof. R. Rost, Dortmund/Köln
- 19 octobre 1988 – conférence
en collaboration avec le Dép. des Maladies infectieuses du CHL
LES INFECTIONS RESPIRATOIRES DES VOIES INFERIEURES
A L'HOPITAL ET EN DEHORS DE L'HOPITAL
Prof. Yves Mouton, Lille
- 26 octobre 1988 – conférence
PROGESTERONE ET SEINS, UTILISATION DE LA
PROGESTERONE NATURELLE EN PRATIQUE
GYNECOLOGIQUE
Dr Béatrice Faguer, Paris
- 1 novembre 1988 – Séance d'enseignement post-universitaire
- 11 novembre 1988 – conférence
en collaboration avec le Service de Pédiatrie, CHL
LES PSEUDO-OBSTRUCTIONS DIGESTIVES
CHEZ LE NOURRISSON ET L'ENFANT
Prof. J. Navarro, Paris
- 18 novembre 1988 – conférence
LES RESIDUS MEDICAMENTEUX DANS LES ALIMENTS
Dr R. Marsboom, Janssen Research
- 23 novembre 1988 – conférence
PATHOPHYSIOLOGIE U. THERAPIE DES
MORBUS PARKINSON
EIN GERONTO-PSYCHOPHARMAKON:
AKATINOL MEMANTINE
Mme Dr Zimmermann, Frankfurt

- 25 novembre 1988 – conférence
*en collaboration avec l'Association lux. Transplant et
 l'Association lux. des malades rénaux*
 A NEW APPROACH TO TRANSPLANT
 HIGHLY SENSITIZED KIDNEY PATIENTS
 Dr G. Persijn, Eurotransplant Foundation
- 26 novembre 1988 – conférence-débat
*en collaboration avec la Soc. lux. de rhumatologie
 et la Ligue lux. d'Hygiène mentale*
 DIE GENERALISIERTE FIBROMYALGIE –
 PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE DES
 WEICHTEILRHEUMATISMUS
 Prof. W. Muller, Bâle; Prof. R. Battegay, Bâle;
 Prof. Metz, Drs Thilges, Hemmer
- 30 novembre 1988 – conférences
en collaboration avec la Soc. lux. de Pédiatrie
 ACTUALITE EN ALLERGOLOGIE PEDIATRIQUE
 Prof. Geubelle, Liège; Dr Leclercq-Foucart, Liège;
 Drs Schaack, Hentges
- 2 décembre 1988 – conférence
 ERSTVERSORGUNG NACH WIRBELSÄULENVERLETZUNG
 UND REHABILITATION DER QUERSCHNITTLÄHMUNG
 Dr J.J. Glaesener, Bad Wildungen
- 7 décembre 1988 – conférence
 LOUIS II OU LE DELIRE MATERIALISE
 Dr Fr. Jeanson
 (en collaboration avec la Soc. lux. de Neurologie)
- 13 décembre 1988 – table ronde
en collaboration avec la Soc. lux. de Neurologie
 INTERPRETATION EN PSYCHANALYSE
 Drs Freymann, Hoffmann, Kieffer, Melnotte, Strasbourg;
 Michels, Luxembourg

Spiroctan[®]

(Spironolacton mikronisiert)

Aldosteron-Antagonist

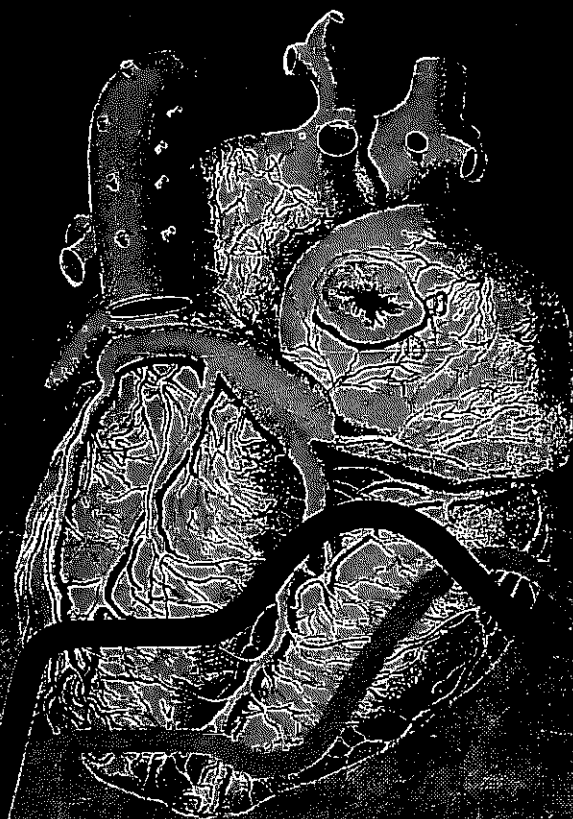


zur Behandlung schwererer Ödemformen

Boehringer Mannheim · PROPHAC, Boîte Postale 2063, 1020 Luxembourg, Tél. 48 24 82

"Rezeptpflichtig"

elantan[®]



Composition: | comprimé contient 20 mg resp. 40 mg de la substance active mononitrate-5-
D-tasorbide. **Indications:** | traitement d'entretien de la cardiopathie coronarienne. Prévention
des crises d'angine de poitrine, même lors du stade précoce de la cardiopathie coronarienne.
Traitement subséquent de l'infarctus du myocarde. **Contre-indications:** | infarctus du myocarde
avec des pressions de remplissage basses; hypotension artérielle prononcée; état de choc. En
cas de grossesse, le médicament ne doit être administré que sur prescription formelle du médi-
cin. **Effets secondaires:** | Occasionnellement, des maux de tête passagers peuvent apparaître,
comme on l'observe avec tous les dérivés nitrés. Il est conseillé de commencer avec une posolo-
gie progressive et de poursuivre le traitement avec persévérance, afin d'éviter l'apparition de ces
céphalées, resp. de les supprimer. Lors de la première prise du médicament, il peut se produire
une chute de la tension artérielle resp. un collapsus circulatoire. **Posologie:** | Pour le traitement
d'entretien, on administre | comprimé 3 fois par jour après les repas. En cas de besoin, on peut
aussi augmenter les doses. **Remarque:** | En cas d'emploi simultané d'antihypertenseurs, l'effet
de ceux-ci peut être renforcé. La consommation simultanée d'alcool peut provoquer une hypo-
tension artérielle et ainsi une diminution de la faculté de réaction.

Pour la prescription: elantan 20: 50 et 100 comprimés, elantan 40: 50 et 100 comprimés
Sur prescription médicale



Adrosanol Pharma SA 4410 Liestal Industriestrasse 7 Téléphone 061 94 79 79
PRQPAC Luxembourg - case postale 2063 - Tél. 48 24 82