

dans l'épiphyse, à distance de la synoviale qu'il a inoculée par un trajet souvent étroit et détourné. Quant à la vertu spécifique de chacun des liquides employés, leur nombre, leurs modifications continuelles, les théories parfois contradictoires édifiées pour en expliquer l'action, la rendraient au moins suspecte. Chacun, par contre, sait comment certains abcès froids guérissent par la ponction simple sans injection aucune.

Mais, en face de ces cas complaisants, un fait incontestable s'impose : *il n'y a pas de méthode conservatrice qui, dans les cas sérieux où les os sont gravement atteints, puisse s'opposer à leur fonte*. Près de ces cas qui s'aggravent en dépit du traitement conservateur se placent ceux qui récidivent après des mois, des années de guérison en apparence.

Telles sont les considérations qui décident les "interventionnistes" à reprendre le bistouri. L'épouvantail de la résection typique, dûment condamnée à l'unanimité, n'est plus d'actualité; ils s'interdisent de toucher aux extrémités fertiles. Leur traitement est logique lorsqu'ils curettent en une séance les fongosités que les injections mettraient des semaines à fondre, lorsqu'ils enlèvent un séquestre entretenant une fistule depuis une ou plusieurs années, lorsqu'ils suppriment un foyer juxta-articulaire menaçant les synoviales voisines. Pourquoi donc la méthode sanglante avait-elle si peu de partisans chez nous, où d'un côté Ménard (de Berck) et ses élèves, de l'autre les chirurgiens de Lyon étaient presque ses seuls défenseurs? C'est que les suites de cette chirurgie n'étaient rien moins que séduisantes : complications infectieuses immédiates, longueur et minutie des pansements consécutifs très douloureux, risques d'infection et de repullulation des produits tuberculeux pendant les longs mois de la convalescence, résultats esthétiques et orthopédiques souvent médiocres, parfois mauvais à la suite de ces cicatrisations interminables.

De celles-ci, les malades des milieux hospitaliers faisaient péniblement les frais, et l'absence de services spéciaux, le peu d'intérêt habituellement accordé à ces affections, n'étaient pas faits pour perfectionner la technique. Aussi la chirurgie était-elle réservée aux cas désespérés, tout au moins avancés, comme unique chance de sauver de l'amputation un membre depuis longtemps multifistuleux ou, de la mort, un malade fébrile déjà porteur d'un gros foie et de reins insuffisants. La méthode en était chargée d'autant.

En résumé, aux injections manifestement impuissantes dans beaucoup de cas, on opposait une intervention logique, sans doute, mais d'exécution lente, douloureuse, souvent décourageante, bref peu séduisante.