

PHILOSOPHIE DE L'ORTHOPÉDIE

C. R. MICHEL

Ce sujet proposé me parut d'emblée acceptable car, échappant ainsi à une conférence scientifique, j'évitais la terrible corvée des dossiers à revoir, des statistiques à faire, des diapositives de démonstrations avec courbes, cubes, reconstructions tridimensionnelles.

Mais ensuite ? Tout seul devant la page blanche, il me fallut réaliser la difficulté de l'opération car je n'avais aucun support, aucune bibliographie. Il ne me restait qu'à faire appel à ma culture. Celle-ci, suivant une définition bien connue est «ce qu'il reste quand on a tout oublié». Et je réalisais que j'avais vraiment tout oublié de mes acquisitions en philosophie lors des dernières années de lycée, ces années que l'on appelait alors de ce joli mot : les humanités.

Revoyons le titre : «Philosophie de l'orthopédie», en précisant bien le sens par l'étymologie afin de n'être pas taxé de parler hors sujet.

Toutes les racines sont grecques ce qui donne d'emblée une belle impression d'unité. Philosophe signifie ami de la sagesse, mais son développement au cours des siècles a donné lieu à quelques définitions plus méchantes :

— Descartes a dit : «la philosophie donne moyen de parler de toute chose et de se faire admirer des moins savants»

— Voltaire écrit : «en philosophie il faut se défier de ce que l'on croit comprendre trop aisément aussi bien que des choses que l'on ne comprend pas».

— William James écrit : «quand les hommes acceptent de parler avec autorité d'une matière qu'ils ignorent, il s'agit en général de philosophie ou de médecine».

Je prends tout cela pour mon compte.

Quant à orthopédie, le mot vient de orthos et paidon, c'est-à-dire enfant droit. Chacun sait main-

tenant que ce mot fut inventé par Nicolas Andry en 1741.

Ce terme fut longtemps contesté et des grands noms proposèrent des termes de remplacement : orthomorphie, pédotrophie, orthopraxie, callipédie. Rien n'y fit. Le mot resta. Il fut encore contesté au début du siècle par Nové-Josserand dans son précis d'orthopédie en 1903, puis par Ombredanne l'année suivante et Leriche enfin, qui dans la préface du livre de Massard fait part de son désir de mettre fin dans l'avenir, à cette hypocrisie de nomenclature qui consiste à parler d'orthopédie quand il s'agit de tant d'actes de chirurgie tout court.

Par la suite l'expansion formidable de la spécialité obligea à des contorsions sémantiques : orthopédie de l'enfant, qui est un pléonasme, orthopédie de l'adulte qui est un non-sens absolu. Puis nos amis italiens inventèrent la chirurgie de l'appareil locomoteur, nos amis anglophones la chirurgie réparatrice, mais toute chirurgie ne l'est-elle pas ? Finalement ne peut-on tout simplifier comme le faisait Albert Trillat qui opposait les chirurgiens du «dur» dont il faisait partie aux chirurgiens du «mou» ... avec une certaine nuance de mépris.

Ainsi la philosophie commence-t-elle avec le mot et il fallait en parler.

Revenons au cœur du sujet : comment le traiter ? Existe-t-il des références ? Je ne citerai que Leriche et son livre «Philosophie de la chirurgie» publié en 1945, Jourdan et son livre «Les misères de la philosophie chirurgicale» édité en 1952, et

Exposé présenté à la séance extraordinaire d'hommage à A. Vincent et J. Lewalle. Bruxelles, le 28 septembre 1996.

Correspondance et tirés à part : C. R. Michel, 56, Chemin des Esses, 69370 Saint Didier au Mont d'Or, France.

me suis inspiré aussi des «Cahiers Laissés» de Charles Clavel en 1963.

Notons enfin que notre ami Masquelet a traduit en 1993, le livre de trois auteurs anglais intitulé «Invitation à la philosophie de la médecine». J'ai retenu une phrase de sa préface : «la médecine récente évolue comme une science normale et de ce fait, de moins en moins de médecins se sont intéressés au problème philosophique. L'exemple typique en est la suppression en 1971, à l'Université de Copenhague, du cours de philosophie qui pendant des siècles avait été obligatoire pour les étudiants en médecine. Il fut considéré alors comme une perte de temps absolue».

En fait la philosophie peut se définir comme la science générale des principes et des causes ou la recherche des principes essentiels que suppose une science particulière. Mais elle peut se définir aussi comme une simple pratique de la sagesse : «il y a une philosophie qui nous élève au-dessus de l'ambition et de la fortune» (La Bruyère).

D'après une antique tradition Pythagore aurait refusé par modestie le nom de sage et l'aurait remplacé par le titre d'ami de la sagesse ou philosophe. Chacun sait que les premiers pas de la philosophie remontent à Platon, exposés tout entier dans le mythe de la caverne.

Les temps modernes de la philosophie commencent avec Descartes, mais c'est cependant Kant et Hegel qui opposent la rationalité scientifique et la raison métaphysique. Je n'ai pas eu le courage de relire Hegel, Marx, Kierkegaard et Nietzsche. Je ne les cite que pour rappeler et confirmer la remarque de Roger Nimier : «la philosophie est comme la Russie, pleine de marécages et souvent envahie par les Allemands».

En fait, pour parler de philosophie, il vaut mieux retourner à la vieille université qui enseigne la philosophie dans le traditionnel placard à quatre compartiments : la psychologie, la logique, la morale et la métaphysique.

COMMENÇONS DONC PAR LA PSYCHOLOGIE

— D'abord celle du chirurgien orthopédiste. Mais qu'est-ce que la chirurgie ? Jourdan, à la question classique : est-elle un art ou une science ? répond par un mot très simple : c'est un métier.

Ce mot peut paraître insuffisant, étriqué ou réducteur. Un chirurgien, dit-il, peut devenir un novateur, un chercheur, un savant pourquoi pas. Il n'empêche que le chirurgien est un homme de métier, ce qui ne va pas contre le progrès et n'exclut en rien la transcendance.

Il existe plusieurs profils de la *psychologie du chirurgien* un peu caricaturaux :

— les manuels, c'est-à-dire les habiles. Ils aiment mieux opérer que faire un diagnostic. Dans ce groupe, il existe deux sous-groupes : les matadors et les mécanos.

— les intellectuels parfois trop cultivés pour s'intéresser aux servitudes de la technique mais qui bénéficient du traditionnel avantage accordé au cerveau sur la main,

— les angoissés : si un peu d'angoisse est nécessaire, son excès peut conduire à l'absentéisme systématique et timoré : «l'expérience, suivant Leriche devient la somme des désillusions qui nous empêcherait d'agir».

— enfin les décontractés, voire les audacieux au sujet dequels Bernard Shaw a dit «je connais plusieurs alpinistes audacieux morts en montagne, je n'ai pas connaissance d'un chirurgien audacieux mort au bloc opératoire».

En fait, le chirurgien orthopédiste idéal doit associer à dose convenable toutes ces qualités ou tous ces défauts : habile, c'est-à-dire choisissant bien le geste, intelligent c'est-à-dire connaissant la maladie et son évolution et construisant mentalement le déroulement de son opération, angoissé pour faire le nécessaire et souvent un peu plus, décontracté c'est-à-dire capable de garder sa lucidité et son sang froid si survient la difficulté ou l'inattendu.

Le chirurgien doit de plus y associer ses qualités humaines, son sens du devoir et son désintéressement. «Tant de qualités peuvent-elle se retrouver chez un seul homme ?» Question posée par Paul Valéry dans son discours aux chirurgiens et retenons sa réponse célèbre mais peut-être ironique : «et cependant messieurs, vous êtes».

A quelle déviation psychologique peut aboutir l'exercice du métier ? Si l'angoisse prédomine et si la crainte de l'échec devient obsessionnelle, c'est le risque de la dépression, du pessimisme permanent et du refus parfois inconscient d'opérer.

A l'inverse si le succès est considéré comme habituel, la réussite trop vite considérée comme normale, ce peut être la paranoïa, trouble psychologique, reconnaissons-le, fréquent chez le chirurgien de 40 ans.

En fait, si l'on relit Charles Clavel, on retrouve une définition plus indulgente : «le chirurgien doit comme Hippocrate être amoureux de son art et des hommes. Il lui faut pour ne pas faiblir des idées, des principes, une technique et une morale c'est-à-dire une métaphysique. Elle est le balancier qui lui permettra d'avancer sans broncher sur la ligne de crête entre deux abîmes : le vertige de l'orgueil et le vertige de la peur».

— *La psychologie du malade.*

Tout a été dit sur ce sujet, mais reconnaissons que l'état d'esprit du malade et de son entourage a beaucoup évolué en suivant le glissement progressif de notre société vers l'hyper-protection, et l'amalgame entre le droit aux soins et le droit aux résultats.

Pourtant un élément n'a pas changé : le couple chirurgien-opéré. Le premier contact et le fameux dialogue sont de plus en plus importants : faut-il tout expliquer comme nos collègues des Etats-Unis ou être bref mais efficace comme Albert Trillat qui répondait systématiquement à la question «qu'allez-vous me faire, Monsieur le Professeur ?», «Je vais vous guérir».

Ce couple chirurgien-opéré doit exister jusqu'à son terme : Napoléon cité par Bainville écrit : «la guerre comme l'amour exige qu'on se voie de près» et Charles Clavel ajoute «la chirurgie aussi, comme la tauromachie».

La psychologie du malade n'apparaît souvent qu'après l'acte chirurgical comme certains couples se lient ou se désunissent au retour du voyage de noces. Deux périodes pour cela : les suites immédiates, puis le résultat à moyen terme, qui vont révéler la vraie personnalité.

Il existe :

— les reconnaissances systématiques même si tout n'est pas parfait. Charles Clavel cite Colette : «Il y a des regards d'animaux devant lesquels on détourne le sien et on rougit en pensant : non, je n'ai pas mérité cette dévotion, sans doute n'ai-je pas assez fait». Charles Clavel ajoute : «cela devient rare et il faudra se faire vétérinaire».

— les exigeants, ceux qui veulent tout comprendre et acceptent très mal le moindre incident de parcours. Molière fait dire à Diafoirus : «ce qu'il y a de fâcheux auprès des grands, c'est que quand ils viennent à être malades, ils veulent absolument que les médecins les guérissent». On pourrait remplacer les grands par certaines catégories sociales que nous connaissons bien.

— enfin, il existe les méfiants, souvent revendicateurs parfois procéduriers. Cette catégorie, rare jusqu'alors semble en voie de développement. Elle introduit dans le duo un troisième personnage : l'ombre du juge. Notre spécialité semble dans ce domaine une des plus exposées. Pourquoi ? Sans doute parce qu'elle ne soigne que rarement des affections mettant en jeu le pronostic vital. Son caractère de chirurgie réparatrice rend nos opérés plus exigeants sur la qualité du résultat qu'ils peuvent parfois juger eux-mêmes.

Ce risque atteint son maximum avec la chirurgie des déformations vertébrales et André Vincent ne me contredira pas.

Nous avons tous vécu le drame de la paraplégie post-opératoire, drame d'autant plus terrible qu'il frappe une adolescente et que l'affection elle-même dans son évolution spontanée ne comporte pas ce risque. Ce sujet a fait couler beaucoup d'encre et soulever le problème de l'indemnisation sans qu'il y ait faute professionnelle.

Dois-on changer la loi ? Beaucoup de tentatives ont été faites sans succès. Ne risque-t-on pas aussi de basculer dans l'indemnisation systématique de tout échec dont l'exemple nous est donné outre-Atlantique. C'est un problème de philosophie mais de philosophie d'une société.

OUVRONS LE DEUXIÈME TIROIR : LA LOGIQUE EN ORTHOPÉDIE

La logique dans sa définition est la science qui enseigne les règles et les conditions nécessaires pour raisonner juste. Elle intervient dans la construction du diagnostic, la proposition d'une indication et le déroulement de l'acte chirurgical. Le diagnostic, base de l'indication, est le processus le plus intelligent : «c'est quand il examine que

le chirurgien est le plus grand» a dit Escande. Il en est de même pour la proposition d'une indication pour laquelle le raisonnement doit tenir compte de tout : connaissance de la maladie, de son évolution et possibilités de la chirurgie réparatrice. Mais il existe aussi un nombre considérable d'éléments : croissance chez l'enfant, terrain et psychologie du malade, l'ensemble des atteintes de l'appareil locomoteur, et actuellement le facteur économique. Ainsi évitera-t-on de faire une prothèse totale du genou sous une arthrodeuse de hanche en mauvaise position, ou de réparer le ligament croisé de l'homme de 50 ans dont l'activité sportive se limite au jardinage.

Il faut bien reconnaître que l'évolution de la pathologie et l'apparition des arthroplasties ont simplifié l'acte intellectuel, ainsi que l'imagerie moderne et on peut regretter l'époque des grandes atteintes neurologiques lorsqu'on relit le rapport de Paul Lecœur sur la hanche paralytique.

La gymnastique de l'esprit va-t-elle disparaître, laissant s'encrasser nos cellules grises entraînées exclusivement au choix du matériel ancillaire ou à l'interprétation de la nomenclature ?

Restera toujours, mais pour combien de temps, la logique du déroulement de l'acte chirurgical. Le raisonnement commence avec la voie d'abord : elle doit être logique et donner la meilleure vue sur la lésion, écrit Boyd en parlant du Monteggia. Oui, mais où se trouve la lésion ? en arrière sur le cubitus ou en avant sur le déplacement de la tête radiale ?

De même pour le spondylolisthésis où se poursuivra longtemps l'éternelle querelle entre la chirurgie par devant ou par derrière, une manière de retrouver la philosophie de Socrate et Platon.

Combien de querelles de logique avons-nous connues ? Faut-il sectionner le péroné dans les fractures transversales du tibia ? Indication logique puisqu'il empêche la coaptation, illogique puisqu'il reste la seule attelle rigide du segment jambier.

Enfin sachons aussi que la nature est souvent là pour démentir toute logique. Rappelons cette phrase de Charles Nicolle : «méfions-nous de la logique car il y a des différences entre les vues de l'intelligence de l'homme et la manière de faire de la nature».

TROISIÈME TIROIR : LA MORALE

Elle est traditionnellement considérée comme la recherche des règles de conduite. Les philosophes opposent souvent la morale pratique, représentant souvent les règles du jeu d'une société ou d'un groupe pour vivre en commun et la morale établie par les règles de la conscience, qu'elle soit le fruit de l'éducation ou de la religion. Parfois les deux coïncident et il sera difficile dans notre comportement moral de savoir qui le dicte : les règles du jeu ou la conscience. Les règles du jeu ont été depuis longtemps écrites : serment d'Hippocrate, code de déontologie, législation. Reconnaissons que la tendance naturelle du citoyen est de tricher un peu avec les textes à condition, explique-t-il, qu'il soit tranquille avec sa conscience. Celle-ci est donc un deuxième juge utilisé en appel, parfois plus libéral, mais parfois plus rigoureux que la loi.

Nous sommes tous d'accord sur les exigences morales incontournables de notre métier : pour être en accord avec notre conscience, il faut être certain d'assurer au patient les meilleures chances de guérison, c'est-à-dire lui donner notre compétence, notre rigueur et notre disponibilité. C'est aussi la seule condition pour assumer et supporter l'échec : «sans échec, pas de morale» a écrit Simone de Beauvoir.

Des exemples où la conscience va plus loin que la loi ? Ils sont nombreux. Nous avons tous un jour confié un malade de notre spécialité à un collègue plus compétent parce qu'en conscience nous pensions qu'il ferait mieux.

Nous avons tous un jour refusé une indication peut être légitime parce que nous savions que le risque pris était disproportionné avec la pathologie en cause. Avons-nous eu raison ? L'inconscience est au fond plus souvent le fruit de l'ignorance que de l'immoralité.

Je n'ai voulu parler de la morale que dans l'exercice de notre métier. Mais il ne se réduit pas qu'à l'acte chirurgical. La morale doit s'appliquer dans les autres domaines de notre activité et notamment nos publications dites scientifiques. Pris par l'enthousiasme, désireux de convaincre, qui n'a une fois dans sa carrière, toujours en toute bonne foi, donné une image trop flatteuse d'une

technique ? Avons-nous toujours rendu à l'inventeur la part qui lui revenait ? Qui connaît le nom de Bauer, inventeur du harnais de Pavlik ? Citons à l'inverse l'anecdote révélatrice de la personnalité de Halsted. En 1921 Dandy, jeune chirurgien qui travaillait à ses côtés venait de publier ses 50 premières ventriculographies et il expliquait à Leriche : «l'idée d'injecter de l'air dans le ventricule n'est pas de moi mais de Monsieur Halsted. Je l'avais indiqué au début de mon récent article mais quand je lui ai soumis, il m'a dit de rayer tout cela, expliquant que cela ne lui ajouterait rien, alors que moi-même ferais mon avenir sur cette carte». C'est un exemple à méditer.

Mais terminons ce chapitre, car je risque sans aucun titre pour cela de passer pour un moralisateur.

N'épiloguons pas sur les nouveaux rapports de notre profession avec les fabricants, ne nous énermons pas sur les problèmes avec les médias et la tentation publicitaire, et ne cherchons pas la morale de l'histoire.

LA MÉTAPHYSIQUE

Qu'est-ce que la métaphysique ? A l'origine le mot désignait les livres d'Aristote qui succédaient aux livres de physique. Par la suite on détourna le mot de son vrai sens et on l'interpréta comme désignant les spéculations qui dépassent les sciences de la nature.

Peu de chirurgiens se sont essayés à cet exercice. Rendons cet hommage à Pierre Stagnara qui dans l'avant-propos de son livre en 1984 s'y est essayé. Il s'appuie pour cela sur deux auteurs :

— Hubert Reeves, astrophysicien qui a écrit : «la nature n'invente pas une mais cent façons de régler un problème»,

— Paul Claudel qui dans la «Légende de Parakriti» montre cette extraordinaire aptitude à l'invention de notre grand'mère toujours jeune. Il y a 30 milliards d'années après le Big-Bang apparaît l'amphioxus, prototype du vertébré monobloc. Puis la lamproie qui inaugure la mobilité entre les pièces chordales. Au tertiaire les modèles se montent sur 4 pattes, les vertèbres lombaires et sacrées se standardisent et voici que contre toute

logique, certains spécimens vont se dresser sur leurs pattes arrières. Les hanches en hyper-extension vont se découvrir, la colonne lombaire se cambrer. La pelisse est oubliée et apparaît le singe nu. L'homo erectus apparaît, bientôt habilis puis faber puis sapiens.

Alors vont s'abattre sur lui toutes les pathologies et notamment l'usure des hanches et la dégénérescence du rachis. Cet homo patients permettra à l'homo sapiens d'inventer la chirurgie orthopédique.

Plutôt que de me perdre dans la métaphysique et sans doute de vous ennuyer beaucoup, j'ai préféré ouvrir une deuxième et dernière partie sur ce difficile sujet en vous délivrant simplement les réflexions philosophiques d'un chirurgien orthopédique en fin de carrière. Nous devons saluer celle d'André Vincent pleine et exemplaire. Beaucoup ici franchissent comme lui la porte de sortie et ressentent le même sentiment de regret ou d'inachevé. Louise de Villemorin a dit à ce sujet : «philosopher n'est qu'une façon de raisonner la mélancolie». Alors philosophons.

DEUXIÈME PARTIE

Mais est-ce notre rôle exact ? Notre fonction comporte entre autres obligations celle de transmettre le savoir. Un aîné, un chef de service doit-il aussi transmettre sa philosophie ? A la réflexion, mes maîtres lyonnais me l'ont-ils transmise ? Probablement, mais surtout par leur comportement et leur style bien plus que par leurs paroles de sage.

Commençons par le début. Louis Tavernier, homme sévère et rigoureux chez lequel j'ai fait mes premiers pas d'hypo était toujours avide d'innovation et assez peu soucieux du risque. Je l'ai souvent entendu dire à sa consultation : «nous avons trop de culture pour oser innover. S'il nous vient une idée nous la tuons dans l'œuf par la mémoire, la bibliographie : «cela a été déjà fait et cela n'a pas marché». Les Américains n'ont pas de culture et c'est pourquoi ils innovent». C'est peut-être un peu vrai si je fais référence à Paul Harrington qui, on peut l'admettre, fut le premier à réussir une instrumentation rachidienne, tout en ignorant les premières tentatives antérieures de Hadrat, Allan, Gruca, Resina. Chargé d'un centre

de polio, il voyait les rachis s'effondrer et les traita en mécanicien. Il réussit, mais manque de culture, attendit plusieurs années avant d'y associer une arthrodeuse.

Guilleminet avait le même profil de grand bourgeois lyonnais mais était son opposé sur le plan psychologique. Très proche de Nové-Josserand par sa prudence et sa rigueur, il disait toujours : «seule l'épreuve du temps valide une technique. Ne choisissez que celles qui sont éprouvées».

Albert Trillat avait une forte personnalité et beaucoup d'idées parfois simples, parfois paradoxales. Mécanicien habile, il fut un des premiers à bien choisir l'instrument, privilégiant le montage stable mais souple par rapport au montage rigide. C'est une philosophie, disait-il : «montage Lotus plutôt que montage Berliet». Sa deuxième philosophie était l'asepsie et la suppuration réduite à une honteuse exception : «des microbes sont mes amis disait-il, il suffit de ne pas les amener dans la plaie». C'était devenu plus qu'une philosophie, une religion. Quelques principes simples et une énorme confiance en soi, voilà ce qui résumait la philosophie d'Albert Trillat.

Alors puisque l'occasion m'en est donnée et qu'est venu pour moi l'âge de la réflexion, je vous livre un peu de ma philosophie :

1°) Réflexions sur les caractères spécifiques de notre discipline.

J'en retiens surtout deux :

— la croissance car nous sommes les seuls à devoir en tenir compte. Telle une déesse à deux faces, elle peut être aussi bien une amie fidèle qu'une traîtresse implacable. Nous comptons sur elle pour réduire le cal vicieux et couvrir la hanche. Nous collaborons avec elle pour prévoir l'inégalité et réaliser l'épiphyse au bon moment. Mais à l'inverse, elle devient l'adversaire tenace, cause de raccourcissement, de défaut d'axe et de récurrence si la chirurgie est faite trop tôt et l'atteinte du cartilage de croissance trop importante ou ignorée.

— la prévention fait partie intégrante de nos soins et rappelons Nicolas Andry : l'«art de prévenir».

Soyons honnête, elle a un caractère très positif, mais dans des secteurs très précis, j'allais dire

très limités. Il lui faut pour être efficace deux éléments : le dépistage précoce et la connaissance parfaite de l'évolution spontanée de la maladie mais aussi, et cela est important, un traitement préventif efficace. Malheureusement, cette dernière condition manque souvent. Objectivement, je ne vois qu'un domaine où elle réalise pleinement son objectif : la hanche de l'enfant et de l'adolescent. Mais en dehors de ce cas précis, prévention, que de soins inutiles commet-on en ton nom. En paraphrasant le poète :

«Oh combien de semelles, chaussures et autres attelles, ont traité des pieds plats qui ne le seront plus.

Combien ont déroté quelques genoux qui louchent et n'en sont jamais revenus.

Combien de spondylo ont dû subir la greffe alors que rien ne dit qu'ils auraient dû glisser».

Rajoutons que la chirurgie préventive, si justifiée soit-elle, ne peut se permettre ni l'erreur ni la complication. C'est tout le problème de la chirurgie du membre sain, particularité de notre discipline et vouée tout particulièrement à la malice des choses. Qui n'a eu une pseudarthrose après un raccourcissement fémoral pour traiter l'inégalité ?

2°) Quelles ont été les grandes découvertes ou simplement les innovations qui ont changé notre discipline ?

On trouve dans ce chapitre quelques grands noms, mais aussi quelques oubliés et quelques incompris.

Bien évidemment tout a commencé avec Roentgen et la radiologie et l'apparition en même temps de l'anesthésie. Puis a suivi Léopold Ollier avec le périoste et la croissance, enfin Pasteur, Lister et l'asepsie.

Mais qui se souvient de Semmelweiss, qui en 1847 à Vienne, utilisa l'asepsie et ne put imposer ses vues jusqu'à ce que Lister en tire la gloire. Qui se souvient de Mathijssen, hollandais, qui en 1852 inventa le plâtre ?

Qui se souvient du fait que Pravaz avait réduit par traction progressive une luxation congénitale de hanche ? Il ne fut pour cela que l'objet de critiques et de dérision.

Qui se souvient que Gensoul a écrit : «l'anesthésie va tuer la chirurgie» ?

Combien de temps faut-il pour faire passer une vérité, effacer un oubli ou constater une erreur ? Comme l'écrit Clavel : «une idée est dans l'air pendant des mois, des années, parfois des siècles et passe de main en main comme un ballon de rugby jusqu'au jour où un homme de génie la réalise d'une manière spectaculaire, frappante et inoubliable comme le joueur de rugby qui aplatit le ballon pour l'essai. Alors seulement cette idée devient un lieu commun et cette découverte une évidence».

Si l'on quitte nos grands ancêtres pour analyser les 50 dernières années, on constate que ce sont bien plus les biologistes et les bactériologistes qui ont le plus bouleversé notre activité. Souvent, en faisant disparaître certaines pathologies telles que la poliomyélite, la tuberculose, l'ostéomyélite dans ses formes graves et rappelons à ce sujet la polémique Leveuf-Sorel et philosophons : «Grand Dieu il ne fallait pas s'énerver à ce point».

Quant aux grandes innovations, elles commencent avec Danis et l'ostéosynthèse pour s'installer dans une liste éblouissante : les arthroplasties, l'instrumentation du rachis, la chirurgie endoscopique et la technique d'Ilizarov.

Cette dernière est la plus chargée de philosophie car elle est double : celle de l'inventeur qui démontre qu'à tout âge il existe une possibilité de croissance et cela pour tous les tissus. Il suffit de recréer les conditions de la croissance, le bon rythme, et la nature suit. C'était une notion intuitive presque métaphysique.

Celle de l'indication chez les sujets de petites tailles. Une fois opéré, demande cet achondroplase, «serais je un grand nain ou un petit homme» ?

Ces innovations qu'en sera-t-il dans 50 ans ? Que doivent-elles à la recherche ?

La recherche est la nouvelle déesse de l'université. On sacrifie sur son autel l'enseignement des bases de notre métier : l'anatomie, la technique, l'utilisation de l'instrument, enseignement heureusement repris par nos collègues ... ou les ateliers de nos fabricants. Oubliant que la Faculté de Médecine est en fait une école professionnelle, on engage nos collaborateurs dans des circuits scien-

tifiques pour obtenir des diplômes aux titres compliqués : DEA, HDR. C'est peut-être bien mais n'est-ce pas trop tôt ? Rappelons qu'Ollier n'a entrepris ses recherches sur le périoste qu'après une longue pratique de la résection et que John Charnley avait 46 ans lorsqu'il inventa sa prothèse totale de hanche. Il en est de même pour Paul Harrington lorsqu'il mit au point son instrumentation. Jean Dubouset a pris une année sabbatique, après plusieurs décades de pratique de haut niveau, pour s'investir dans la recherche sur la pathogénie de la scoliose.

On peut penser que les prochaines découvertes qui bouleverseront notre discipline ne viendront pas de nous, mais de la biochimie, de la génétique et rappelons-nous la conférence de René Guillemin, prix Nobel, au Congrès de 1993. De plus gardons à l'esprit que la science ou la recherche peuvent se tromper. Dos Santos n'aurait jamais fait d'aortographie s'il avait su que cet examen était toujours mortel chez le chien. De même avons-nous failli abandonner l'antibiothérapie préventive sur l'affirmation des bactériologistes.

Enfin rappelons l'article paru dans la revue très sérieuse «Nature» montrant les risques de l'étude statistique puisqu'elle démontrait une corrélation étroite entre le nombre des nids de cigognes et la natalité en Bavière.

De plus, reconnaissons qu'il est des recherches qui s'acharnent sur un problème résolu. Ainsi : comment et surtout pourquoi se passer de ciment pour fixer les pivots des prothèses après 50 ans ? Ce dernier exemple montre d'ailleurs combien il est difficile de convaincre. La recherche clinique et les publications sont nos meilleurs atouts. Il faut être objectif, sérieux mais aussi clair et l'on peut se demander si l'ordinateur ou les règles statistiques y contribuent ? Rappelons qu'Hippocrate avait refusé les pythagoriciens car la médecine disait-il n'est pas une science mathématique. Méfions-nous des moyennes : un homme de taille normale s'est noyé dans un lac dont la profondeur moyenne affichée était de 1 m 50.

Au sujet de la recherche, je terminerai sur une anecdote personnelle : lorsque je préparais ma thèse sur l'absence congénitale du tibia, je trouvai

un dossier précieux : transfert de péroné réalisé par Tavernier sur une forme partielle avec à 18 ans un résultat qualifié de très bon. J'ai voulu le revoir 20 ans plus tard et lui écrivis plusieurs lettres. Aucune réponse. Je m'acharnai, menai une enquête et retrouvai la dernière adresse du patient, à 200 m de mon domicile. Je lui mis moi-même une lettre dans sa boîte expliquant l'intérêt d'un nouvel examen. Trois mois se passèrent, ainsi que ma thèse. Je reçus alors la réponse suivante : «Monsieur, j'ai bien reçu tous vos courriers. Ma jambe opérée était instable, douloureuse et fragile. Suite à une fracture elle n'a pas consolidé. J'ai été amputé. Depuis je suis heureux, marié et ma femme ignore qu'il s'agissait d'une malformation congénitale. Je tiens à garder ce secret et vous prie de m'oublier».

Cela m'amène à une double réflexion philosophique : faut-il être réparateur ou conservateur au-delà des possibilités réelles de la chirurgie ? A-t-on le droit au nom d'une enquête scientifique de franchir les limites de la vie privée ou du secret ?

Je me garderai bien de terminer en philosophe sur l'avenir de la chirurgie orthopédique. Ne risque-t-on pas d'écrire : «qu'elle semble avoir atteint le plus haut degré de perfection», mais cette phrase a été écrite par Boyer en 1818 au sujet de la chirurgie. Ou comme Marjolin, professeur à Paris : «la chirurgie est parvenue au point de n'avoir plus rien à acquérir». C'était en 1836. Choisissons pour l'avenir entre deux hypothèses : l'homme prothèse de Bernard Attali ou la nouvelle molécule miracle qui répare tout de Roger Guillemin. Alors disparaîtra l'orthopédie. Seule restera la philosophie, rejoignant ainsi les propos de Montalembert : «quand on est réduit à faire de la philosophie sur la religion c'est qu'il n'y a plus de religion. Quand on fait de la philosophie de l'art, c'est qu'il n'y a plus d'art». Mais rassurons-nous : Auguste Comte a écrit une philosophie de l'histoire... et l'histoire continue.