

On parvient ainsi à guérir des malades atteints d'ostéomyélite totale de la diaphyse fémorale, avec suppuration du genou et de l'articulation de la hanche. C'est, en effet, ce que nous avons observé plus d'une fois.

Il m'a semblé que sous le pansement antiseptique, la formation du cal était plus lente que dans les conditions ordinaires. C'est pourquoi j'ai renoncé pour le moment à pratiquer de très bonne heure des séquestrotomies avec la méthode antiseptique. Dans un cas où je fis avec facilité l'extraction d'un séquestre dans la neuvième semaine, il m'est arrivé, en effet, de produire une fracture du cal mince qui l'entourait; cette fracture guérit, du reste, dans un espace de temps relativement court. Il importe néanmoins de prendre en considération la possibilité d'un pareil accident, qui se produit surtout dans les opérations hâtives de nécroses intéressant toute l'épaisseur de l'os, et souvent alors que l'affection est encore en pleine suppuration.

Dans aucune autre région du corps, l'extraction des parties osseuses nécrosées ne donne autant à faire au chirurgien qu'au niveau de l'extrémité inférieure de la cuisse; aussi nulle part ailleurs ne rencontre-t-on aussi souvent d'anciens séquestres. J'en ai opéré plusieurs de 20 et 30 ans de durée, et dans un cas même le malade avait conservé un séquestre pendant 45 ans. Diverses circonstances sont capables de détourner le chirurgien d'une intervention ou de l'empêcher de terminer l'opération commencée: tantôt c'est la difficulté de trouver le foyer de nécrose à travers de longs trajets fistuleux, tantôt c'est l'étendue de l'étui osseux de nouvelle formation, lequel entoure étroitement le séquestre, tantôt enfin c'est la situation des orifices fistuleux ainsi que de l'os nécrosé, dans le voisinage dangereux des vaisseaux et de l'articulation du genou, ou dans le creux poplité.

Depuis l'introduction en chirurgie de la méthode d'hémostase d'Esmarch, ces opérations ont, du reste, beaucoup perdu de leurs difficultés. On introduit un stylet dans la fistule jusque sur le séquestre, puis on incise d'abord les parties molles jusque sur l'orifice du cloaque. Lorsque la fistule est située en dehors, entre le vaste externe et le biceps, la disposition anatomique de la région ne s'oppose nullement au débridement dans l'axe longitudinal du membre. Aussi conseillons-nous en règle générale, dès que l'on sera convaincu de l'existence d'une nécrose de la diaphyse, de choisir la face externe de cette dernière pour établir une ouverture permettant d'arriver sur le séquestre, et cela même dans les cas où la partie correspondante de la cuisse n'offre aucun orifice fistuleux. On incise les parties molles jusqu'à l'os sur une longueur de 6 à 8 centimètres, en ayant soin de respecter l'articulation du genou, et l'on prolonge cette incision suivant les circonstances. On met l'os à nu en décollant, à l'aide de rugines, le périoste avec les parties molles que l'on fait écarter, puis on se sert du ciseau pour creuser dans l'os un trou de grandeur variable suivant le volume du séquestre et l'épaisseur du fémur.

Tout d'abord on ne crée, en général, qu'une ouverture suffisante pour laisser passer le doigt et permettre de se rendre compte des dimensions et de la situation du séquestre, puis on l'agrandit plus ou moins suivant le résultat de l'exploration.

Par contre, on devra user de bien plus grandes précautions dans le débridement des fistules de la face interne de la cuisse, si l'on veut éviter de blesser soit l'articulation du genou, soit les vaisseaux de la région. Une fois arrivé sur l'os, à l'aide d'une rugine ou d'un élévatoire, on détache le périoste autour de l'orifice du cloaque dans une étendue convenable, puis au moyen du ciseau, on établit à travers les couches osseuses, une ouverture en tout cas suffisante pour permettre d'introduire le doigt jusque sur le séquestre. Mais il est bien rare que l'on réussisse à retirer d'emblée l'os nécrosé par cette ouverture au moyen d'une pince à pansements ou d'une pince à séquestres. Parfois on parvient à l'extraire après l'avoir soulevé à l'aide de ce dernier instrument ou d'un élévatoire. En cas d'insuccès par ce procédé, on divisera le séquestre longitudinalement et transversalement au moyen du ciseau, ce qui permettra d'en faire l'extraction.

Il arrive souvent que l'on ne trouve le séquestre qu'après avoir débridé convenablement les fistules. Nous devons rappeler à ce propos que les fistules situées latéralement, se dirigent volontiers vers le creux poplité en contournant le fémur; on ne parvient alors à découvrir le séquestre cortical contenu dans un abcès de cette région, qu'après avoir agrandi suffisamment les trajets fistuleux et réséqué, au niveau de ces derniers, une couche de tissu osseux des faces postérieure et externe du fémur.

Malgré toute son habileté, il arrive quelquefois à l'opérateur, même le plus exercé, de faire une opération inutile, c'est-à-dire de ne pouvoir trouver le séquestre, ou de ne réussir à l'extraire que d'une façon incomplète. L'insuccès d'une première intervention ne doit pas cependant détourner le chirurgien d'une nouvelle tentative.

Il va sans dire que ces opérations doivent être pratiquées selon toutes les règles de l'antisepsie. Après avoir convenablement désinfecté le membre et les fistules et assuré l'hémostase, on procède à l'opération antiseptique. Une fois celle-ci terminée, on peut immédiatement, après avoir introduit des quantités modérées d'iodoforme dans la plaie, suturer et drainer cette dernière, si l'on a soin, avant d'enlever le tube d'Esmarch, de pratiquer l'élévation du membre, que l'on maintiendra, en outre, pendant les premières 24 heures, dans une position presque verticale. Après avoir mis en pratique ce procédé dans des centaines d'opérations, nous n'en avons jamais vu résulter aucun inconvénient, et surtout nous n'avons jamais eu à lutter contre des hémorragies secondaires. Si l'on ne se décide pas à user de cette méthode, on aura soin également de placer le membre dans une position verticale pour lier les principaux vaisseaux après avoir enlevé le tube hémostatique. Avant l'ablation de