

II. C'est elle qu'ont modifiée les chirurgiens lyonnais en posant comme base les principes suivants :

Le drainage, considéré jusqu'à présent comme indispensable, était commandé par le défaut d'asepsie. " Or, après résection ou évidement osseux pratiqués de façon aseptique, on peut et on doit supprimer tout drainage, non pas seulement parce qu'on ne risque aucune complication infectieuse, mais aussi pour éviter les infections post-opératoires au cours des pansements.

" Lorsqu'il s'agit de cavités profondes, infectables, suintantes, il est nécessaire de les combler."

L'observation de ces principes implique dans la technique deux points essentiels :

1° Opération absolument aseptique : gants, masques, champs renouvelés aussi souvent qu'il est nécessaire au cours de l'opération ; bande d'Esmarch, toilette pré-opératoire soigneuse, évacuation du pus, quand il y en a, sans inonder le champ opératoire, par aspiration ; curettage minutieux de l'os ou de l'articulation. *Assèchement exact* de la cavité à l'air chaud, si le suintement est impossible à tarir ; tamponnement pendant quarante-huit heures à l'eau oxygénée. Nous sommes loin, comme on voit, de ces curettages pratiqués à bout de doigt ou de curette, au milieu du sang, du pus et des fongosités, un doigt explorateur toujours prêt à fouiller le trajet creusé par la curette ! Ce premier point se résume en deux mots : *asepsie, hémostase*.

2° Immédiatement, si l'hémostase est bonne, après quarante-huit heures si l'on a dû tamponner, "plombage" de la cavité au mélange iodoformé de Mosetig. Suture exacte de la plaie. Si l'on était forcé de drainer, le drain devrait passer en dehors de la ligne de sutures, par un trou spécial. Bref : *obturation, occlusion*.

Grâce à cette technique, les suites opératoires se réduisent à quelques pansements, le premier au bout d'un mois, les suivants à deux mois d'intervalle. Parfois un peu de mélange s'élimine, à ces pansements, par un point désuni de la suture, sans inconvénient du reste. La résorption du mélange, contrôlée par les rayons X, permet de surveiller le travail de réparation qui se fait au niveau de la cavité.

Les contre-indications sont : le siège trop profond des lésions ou leur extension : rachis, bassin ; le bas âge des enfants toujours enclins au-dessous de trois ans aux généralisations méningées, aux lésions multiples, et s'accommodant mal d'un séjour à l'hôpital ; enfin, la *fistulation* ou l'*infection secondaire* du foyer. Les auteurs, remarquons-le, ne donnent pas leur méthode comme celle des cas désespérés ; ils s'adressent "aux formes d'ostéite os d'oe