

II

OPÉRATIONS SUR LA TÊTE ET LE COU.

TRÉPANATION.

Par trépanation, on entend la résection dans la continuité des os du crâne, qu'il s'agisse de l'excision de petites pièces circulaires, ou bien de l'ablation temporaire de morceaux d'os en connexion avec le périoste et le tégument; qu'il s'agisse d'enlever des esquilles enfoncées dans le crâne à la suite de fractures et de relever la fontanelle déprimée, ou encore de régulariser les bords de la perte de substance. C'est toujours une trépanation que l'on fait en pareil cas.

Indications :

1° *Blessures.* — Fractures ouvertes ou sous-cutanées du crâne; quand les os présentent une dépression, quand il existe des symptômes locaux ou généraux du côté du cerveau (hémorragie dans les cas de blessure de l'artère méningée).

2° *Tumeurs des os du crâne,* de la dure-mère, du cerveau.

3° *Abcès cérébraux.*

4° *Épilepsie* (pour extirper des centres corticaux ou pour enlever des cicatrices et des corps étrangers).

5° *Carie et nécrose des os du crâne.*

Enfin, on a préconisé la trépanation dans les cas chroniques d'élévation de pression intracrânienne et dans la paralysie progressive.

En général, on opère ainsi qu'il suit: on incise les téguments, le feuillet aponévrotique et le péri-crâne; puis, à l'aide de la couronne de trépan, ou du ciseau et du maillet ou de la scie circulaire, on enlève un morceau d'os. La dure-mère étant ainsi mise à nu, on l'incise en

croix, ou bien on en fait un lambeau qu'on récline, puis, l'intervention intracrânienne terminée, on la suture à nouveau au catgut.

La solution de continuité faite dans l'os reste ou bien elle est comblée.

Dans le premier cas, on la recouvre avec la peau, mais on a vu dans la suite divers inconvénients résulter de cette façon d'agir.

Il est de règle maintenant de faire l'occlusion osseuse du trou, toutes les fois que la nature du cas le permet; on obtient ce résultat :

1° En réimplantant l'os scié;

2° Par auto ou hétéroplastie;

3° Par la résection temporaire des os du crâne faite en place de la résection typique.

Déjà Ph. de Walter avait employé avec succès la réimplantation à une époque où les opérations, n'étant pas aseptiques comme aujourd'hui, n'assuraient pas la guérison dans tous les cas.

L'*autoplastie*, procédé ingénieux dû à König, consiste en ce fait que l'on transplante dans le trou un lambeau pédiculé composé de peau, de périoste et de la corticale détachée au ciseau. On prend dans le voisinage un lambeau de peau pour combler le vide créé par la formation du lambeau cutané-osseux.

L'*hétéroplastie* consiste à recouvrir le trou avec des corps étrangers, plaques métalliques, os, plaques de celluloid, etc...

[La réimplantation de la rondelle osseuse a été surtout préconisée par Horsley et Macewen.

Ricard a obtenu dans un cas la réparation définitive d'une perte de substance du frontal en greffant un os iliaque emprunté à un chien.

L'*autoplastie* décrite plus haut, vulgarisée par König, mais employée pour la première fois par Ollier, est une *autoplastie par glissement*. Elle est particulièrement indiquée quand il s'agit d'un large orifice dû soit à une trépanation antérieure, soit à une nécrose, soit enfin lorsqu'on a dû réséquer une plus ou moins grande étendue d'os envahi par une tumeur maligne.]

Exécution de la trépanation. — On fait une incision cutanée linéaire, demi-circulaire ou en croix, qui pénètre jusqu'à l'os. Puis on détache le périoste avec la rugine. Si l'on opère avec la scie circulaire ou le ciseau et le maillet, on suit le contour de la pièce à enlever; en tâtant avec la sonde dans le sillon creusé par le ciseau ou la scie, on sent à quel moment la « lame vitrée » est déjà traversée. Quand la rondelle osseuse est libérée de tous côtés, on la soulève à l'aide de l'élevateur et on l'enlève.

Parfois on pourra combiner l'usage de la scie circulaire et du ciseau, on circonscrira la rondelle osseuse à enlever avec la scie et on creusera le sillon ainsi formé jusque sur la dure-mère avec le ciseau.

Avec le trépan, on découpe sur le crâne une pièce correspondant à la cavité de la couronne de trépan. On fixe le crâne et l'on applique fortement et également de tous côtés les dents de la couronne. Quand les dents ont mordu après les premiers tours, on continue à pénétrer plus avant, tout en diminuant la pression. On doit fréquemment nettoyer le sillon et examiner son fond. Quand le fragment osseux est devenu libre, on le saisit avec le tire-fond, instrument semblable à une vrille, et on le retire. Autrefois, on égalisait les bords avec le couteau jenticulaire.

Quand il y a fracture du crâne, le procédé opératoire est atypique.

Il faut retirer des esquilles libres qui ont pénétré le cerveau, relever des fragments enfoncés, régulariser à la cisaille les aspérités du rebord osseux. Pour soulever et retirer les fragments osseux, nous nous servons de la pince gouge de Luer; au contraire, pour agrandir des fissures de l'os, nous n'employons que le ciseau et le maillet.

La *résection temporaire du crâne* (Wagner, Wolff, Ollier) a récemment remplacé presque complètement la trépanation classique. L'incision cutanée de Wagner a la forme d'une lyre, ou d'un omega (fig. 139); elle va partout jusqu'à l'os. Avec la scie circulaire, on trace dans l'os un sillon qui correspond à la circonférence de l'incision cutanée, et on l'approfondit jusque sur la dure-

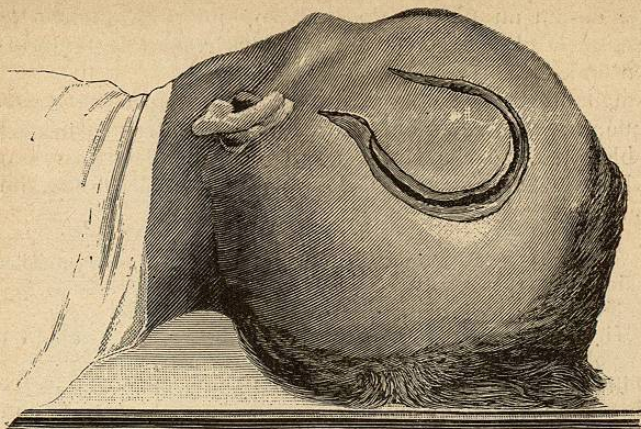


Fig. 139. — Forme du lambeau cutané. La portion d'os à enlever est circonscrite avec le ciseau.

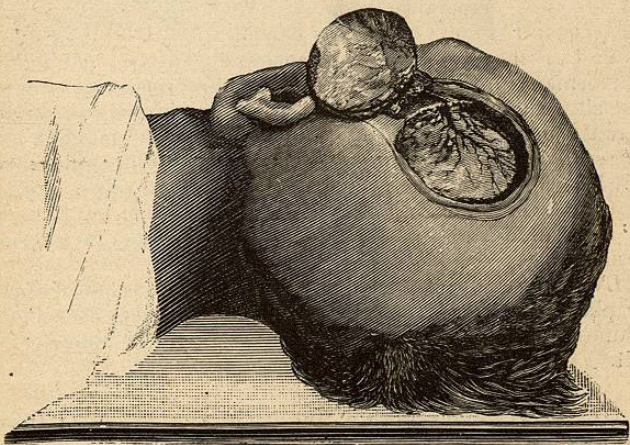


Fig. 140. — Le lambeau osseux en connexion avec la peau est relevé. La dure-mère est mise à nu.

mère, au ciseau et au maillet. On divise l'os par un coup de ciseau au niveau de la base, qui correspond à la partie la plus étroite; on peut alors relever le lambeau cutané-périosto-osseux (fig. 140).

Quand l'intervention intracrânienne aura été pratiquée (ouverture d'abcès, résection de centres corticaux, ablation de corps étrangers, ligature de l'artère méningée, etc.), on remet l'os en place et on suture la plaie cutanée.

Steiner, à la suite de recherches anatomiques, a donné les points de repère suivants pour la recherche des branches antérieure et postérieure de la méningée moyenne.

Tirez une ligne partant du milieu de la glabelle et allant à la pointe de la mastoïde; élevez une perpendiculaire sur le milieu de cette ligne; au point où cette perpendiculaire coupe une ligne horizontale qui part du milieu de la glabelle, appliquez la couronne de trépan et vous tomberez sur la branche antérieure de la méningée moyenne (fig. 141).

Au point d'intersection de l'horizontale et d'une perpendiculaire menée sur le bord antérieur de la mastoïde, vous rencontrerez la branche postérieure. Depuis que l'on pratique la résection temporaire du crâne à l'aide du ciseau, on peut ne pas tenir compte des points d'application de trépan isolés pour la recherche des deux branches de l'artère méningée. En formant un lambeau de grandeur appropriée, dont la base est située au-dessus de l'apophyse zygomatique (lambeau de Krause pour la mise à nu intracrânienne du ganglion de Gasser), on peut arriver à aborder dans une mesure suffisante les branches de l'artère méningée. La hauteur, ainsi que la largeur de ce lambeau, ont à peu près 6 centimètres, la hauteur mesurée à partir du processus zygomatique, la largeur à un doigt en dehors du bord orbitaire.

L'extrémité supérieure du sillon de Rolando est située sur le plan sagittal, à 1 centimètre et demi derrière le milieu d'une ligne unissant la racine du nez à la protubérance occipitale externe.

[Doyen préconise une méthode d'hémicraniectomie temporaire à l'aide d'une fraise spéciale maniée avec un moteur électrique, méthode qui lui permet de rabattre, sans ébranlement de l'encéphale, un vaste volet ostéo-

cutané et de faire ainsi l'exploration complète de tout un hémisphère cérébral (1)].

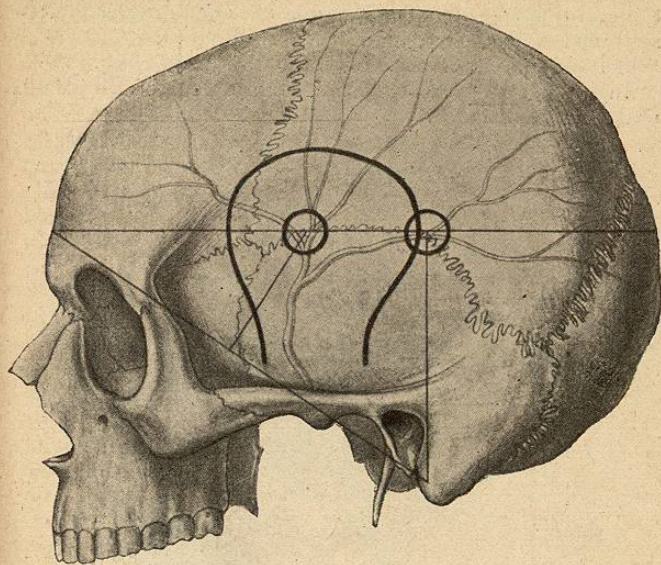


Fig. 141. — Schéma pour représenter la recherche des branches inférieure et moyenne de l'artère méningée moyenne, d'après Steiner.

TRÉPANATION DE L'APOPHYSE MASTOÏDE.

[La trépanation de l'apophyse mastoïde est une opération trop importante dans la pratique chirurgicale commune pour que nous passions sous silence son manuel opératoire.

Nous aurons successivement à décrire :

1° La trépanation simple de la mastoïde, opération indiquée dans le traitement des mastoïdites aiguës, avec ou sans abcès sous-périosté.

Et deux opérations indiquées dans les otites moyennes chroniques :

(1) Congrès français de chirurgie, 1895, p. 735. Technique chirurgicale, p. 249-254.

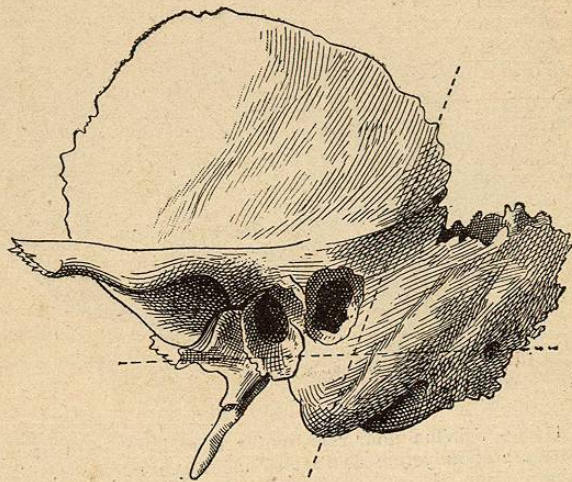
2° La trépanation de l'apophyse et de la caisse.

3° L'opération de Stacke ou l'ouverture simple de la caisse.

Trépanation mastoïdienne (figure). — Le manuel opératoire est le même chez l'enfant que chez l'adulte; les dimensions de l'orifice de trépanation seules diffèrent.

Incision dans le sillon rétro-auriculaire jusqu'à l'os.

Rugination du périoste décollé sur ses deux lèvres jusqu'à une certaine distance.



Orifice de trépanation de l'antré mastoïdien.

Hémostase soignée de la plaie avec des pinces qu'on retirera à la fin de l'opération, sans avoir besoin de faire des ligatures.

Si l'on n'a pas assez de jour, tirer de l'extrémité supérieure de l'incision rétro-auriculaire une courte incision horizontale. On rabattra ainsi une sorte de lambeau triangulaire qui découvre toute la mastoïde. Pour voir clair, du reste, pendant toute l'opération, on épongera le sang avec des petites mèches de gaze sèche stérilisée.

Récliner fortement en avant le pavillon et chercher comme point de repère l'épine de Henle, *spina supra meatum*, épine osseuse, plus ou moins marquée, que l'on voit et que l'on

sent à l'angle postéro-supérieur du conduit auditif osseux. La ligne horizontale sus-mastoïdienne tirée de cette épine marquera la limite supérieure de la trépanation; au-dessus de cette limite, l'opérateur pénétrerait dans la cavité crânienne.

D'autre part, en arrière, pour ne pas blesser le sinus latéral, il ne trépanera pas à plus de 15 à 18 millimètres environ du bord postérieur du conduit auditif osseux.

Un quadrilatère osseux d'un centimètre carré, présentant en arrière et en haut les limites que nous venons d'indiquer, permettra d'ouvrir les cellules mastoïdiennes au meilleur endroit, sans danger de blessure des organes voisins et d'aborder l'antré, c'est-à-dire la cellule principale, constante, quelle que soit la structure de l'apophyse. Le côté antérieur de ce carré est à 5 millimètres du bord postérieur du conduit auditif osseux.

Le mieux est de se servir, pour cette trépanation, du ciseau et du maillet. Chez l'adulte, on peut employer un ciseau dont la lame a 1 centimètre de large, et, de cette façon, on marque d'un seul coup chaque bord de la trépanation, en tenant le ciseau perpendiculairement à l'os. Une fois le quadrilatère osseux délimité, on avance à petits coups en tenant le ciseau obliquement, de façon à ne pas faire d'échappée dans la profondeur et risquer de blesser le nerf facial ou un sinus latéral anormalement situé.

Chez l'enfant, on ne donnera au carré osseux de trépanation que 4 à 5 millimètres de longueur par côté et on emploiera un ciseau de cette largeur, en se rappelant qu'au-dessous d'un an, l'antré est un peu au-dessus du méat auditif.

Il faut avoir soin de gratter à la curette les parois de la cavité osseuse ainsi creusée et de ne pas laisser de diverticule du côté de la pointe de la mastoïde.

Une règle fondamentale consiste à ne jamais se repérer, lorsqu'on a dénudé la mastoïde, sur les perforations spontanées de cet os, à moins que ces perforations ne siègent au niveau de l'antré, mais cela n'arrive pas toujours. A cette seule condition, on aura le droit d'utiliser les dénudations spontanées de l'apophyse.

Tamponnement de la plaie.

Pas de sutures cutanées.

Trépanation de l'apophyse et de la caisse. — Dans les cas d'otite moyenne chronique où le pus se vide mal par le conduit auditif externe ou encore dans les cas de fistules mastoïdiennes persistantes, il faut compléter la trépanation de

l'apophyse par l'ouverture de la caisse. Le danger ici est la blessure du nerf facial.

On prolonge au besoin en haut l'incision rétroauriculaire, on décolle complètement le conduit cutané du conduit osseux et on le récline fortement en avant avec le pavillon.

On introduit par l'angle antéro-supérieur de l'antre, dans l'*aditus ad antrum*, le « protecteur » coudé de Stacke, qui pénètre ainsi jusque dans la caisse.

Il ne reste plus qu'à faire sauter au ciseau sur ce protecteur le « mur de la logette » des osselets, c'est-à-dire la paroi postéro-supérieure du conduit auditif osseux; il ne faut pas descendre au-dessous de la moitié supérieure du bord postérieur du conduit, on risquerait de sectionner le nerf facial.

On crée ainsi une vaste cavité en fer à cheval à concavité inférieure, qui réunit la caisse à la mastoïde évidée.

On nettoie la caisse. Il ne reste plus qu'à fendre d'un coup de ciseau sur la sonde cannelée le conduit membraneux, pour permettre à la cavité de cicatriser plus rapidement.

Tamponnement de la plaie par l'incision rétroauriculaire et par l'incision du conduit membraneux.

Opération de Stacke. — Ici, on se borne à ouvrir l'attique ou portion sus-tympanique de la caisse sans toucher à l'apophyse. Mais souvent celle-ci est malade, et, après exploration de l'*aditus*, on est amené, de proche en proche, à pénétrer dans l'apophyse. Le résultat devient alors une trépanation totale de l'apophyse et de la caisse, comme dans le cas précédent, mais effectuée à rebours. Dans quelques cas cependant de suppurations chroniques de l'attique, l'opération type de Stacke suffit.

Incision rétroauriculaire. Décollement du conduit cutané que l'on récline en avant avec le pavillon. On introduit par l'orifice tympanique le bec du protecteur dirigé en haut et en arrière, jusque dans l'attique, pour protéger les parties profondes contre les échappées, et on fait sauter au ciseau la paroi postéro-supérieure du conduit sans dépasser l'horizontale supérieure de ce conduit, pour éviter d'entrer dans le crâne.

Dans les cas de complications encéphaliques consécutives aux suppurations de l'oreille, méningite, abcès du cerveau et du cervelet, phlébite des sinus, la voie mastoïdienne est la voie d'élection pour intervenir (Wheeler, A. Broca). Après avoir largement ouvert antre et caisse, on agrandira, suivant les

cas, la brèche mastoïdienne vers la fosse temporale (abcès du cerveau), vers la fosse cérébelleuse (abcès du cervelet), vers le sinus latéral ou dans plusieurs de ces directions à la fois.]

RÉSECTION DES MAXILLAIRES

Résection du maxillaire supérieur. — Quand le maxillaire supérieur est le siège d'une tumeur maligne, il peut être enlevé totalement ou en partie.

On peut entreprendre la *résection temporaire du maxillaire supérieur* quand il s'agit d'interventions opératoires où l'on doit mettre à nu l'espace naso-pharyngien, la fosse sphéno-maxillaire, la fosse temporale.

Le corps de cet os présente trois apophyses par lesquelles il s'unit aux os voisins du squelette. L'apophyse palatine s'unit sur la ligne médiane à l'apophyse palatine du côté opposé; l'apophyse frontale s'unit à l'os frontal, l'apophyse zygomatique au zygoma.

La face postérieure des corps du maxillaire supérieur est intimement unie à l'aile descendante du sphénoïde (apophyse ptérygoïde) et à l'apophyse pyramidale du palatin. Il faut au préalable sectionner toutes ces apophyses quand on veut extirper l'os.

Exécution de l'opération. — Le malade est couché, le tronc légèrement surélevé. Il est inutile de faire une trachéotomie préventive, et de placer une canule tampon. L'incision cutanée (Weber) qui pénètre immédiatement jusqu'à l'os part du milieu de la lèvre supérieure, qu'elle divise perpendiculairement, contourne depuis la cloison l'aile du nez du côté correspondant, puis monte verticalement à l'angle interne de l'œil et de là suit le bord orbitaire inférieur jusqu'à l'angle externe de l'œil en décrivant une courbe assez marquée.

Ceci fait, on détache de l'os le lambeau ainsi taillé dans les parties molles de la joue, et l'on met à nu la fosse canine et l'os malaire. On coupe la paupière inférieure le long du rebord orbitaire inférieur et l'on voit alors la graisse orbitaire s'écouler au dehors. On détache soigneusement du plancher de l'orbite tout le con-

tenu de cette cavité et on le soulève ; puis on fait passer la scie à chaîne ou à ruban à travers la fente sphéno-maxillaire et l'os malaire (fig. 143) que l'on sépare ainsi du reste de l'os. A l'aide du ciseau on sépare l'apophyse nasale du maxillaire supérieur de l'os frontal. Restent encore l'apophyse palatine et le bord alvéolaire. Pour les diviser on sectionne le tégument muco-périostique du palais sur le rebord alvéolaire et on le désinsère de l'os jusqu'au niveau de la ligne médiane sagittale de la voûte palatine. On introduit la scie à chaîne à travers l'ouverture pyriforme et on la dirige dans la cavité buccale à la limite de la partie molle et de la partie dure du voile du palais. Avant de scier le palatin, il est bon d'extraire l'incisive médiane du côté correspondant.

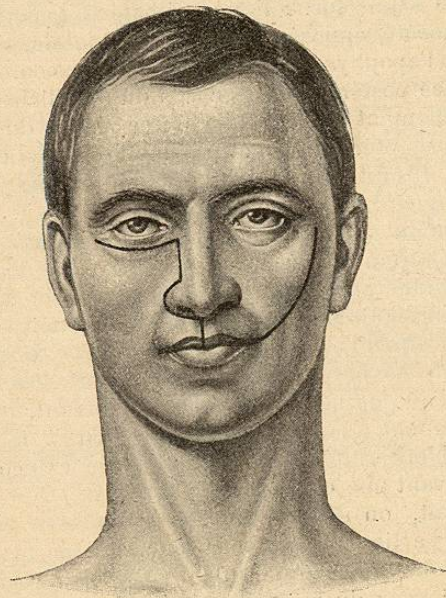


Fig. 142. — Incisions pour la résection du maxillaire supérieur.
— a, d'après Weber. — b, d'après Velpeau.

Maintenant le maxillaire n'est plus uni qu'en arrière avec l'apophyse ptérygoïde et l'apophyse pyramidale du palatin, en haut avec l'éthmoïde. On le sépare de ces connexions qui ne sont pas par trop intimes. Dans ce but l'opérateur saisit à l'aide de la pince de Langenbeck l'apophyse alvéolaire du maxillaire et détache l'os de ses connexions par de légers mouvements de latéralité. Il importe maintenant de lier dans cette vaste plaie l'artère sous-orbitaire qui a été déchirée et, ceci fait, de suturer exactement la peau.

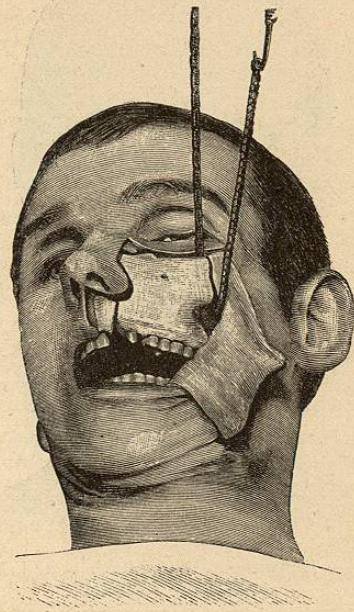


Fig. 143. — La face antérieure du maxillaire est mise à nu. Les apophyses maxillaires sont déjà sectionnées.

Si l'on a pu conserver intact le tégument muqueux de la voûte palatine, on le suture à la muqueuse de la joue quand l'extirpation est faite. En tous cas on devra

toujours tamponner la plaie avec de la gaze. Si la plaie est fermée du côté de la cavité buccale par le tégument palatin que l'on a pu conserver, on fait passer à travers le nez les extrémités de la gaze.

Les diverses méthodes de résection du maxillaire supérieur ne diffèrent que par le mode d'incision cutanée, l'opération étant toujours semblable pour le reste.

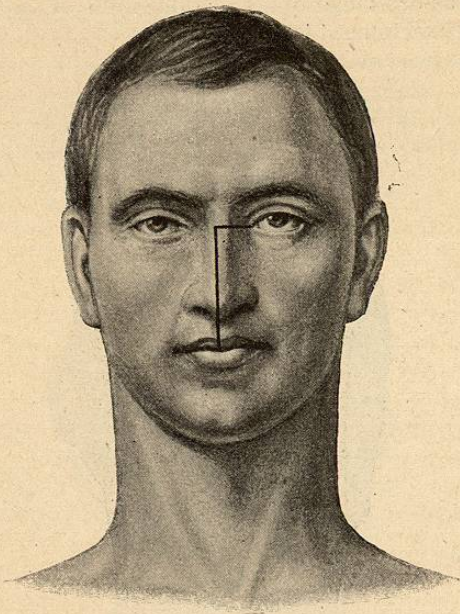


Fig. 144. — Incision de Dieffenbach pour la résection du maxillaire supérieur.

Mentionnons comme incisions : l'incision médiane de Dieffenbach, une incision verticale partant de la racine du nez, passant sur son dos, puis à travers le milieu de la lèvre supérieure et qui pénètre jusqu'à l'os, sectionnant la partie cartilagineuse du nez et la lèvre supérieure. Sur l'extrémité supérieure de cette incision vient

s'embrancher une autre qui va à l'angle interne de l'œil (fig. 144).

Velpeau fend la joue par une incision arquée partant de la commissure labiale (fig. 142, *b*). A cette incision Malgaigne ajoute la section médiane de la lèvre supérieure.

Les incisions doivent permettre un abord facile du maxillaire, épargner les nerfs, les vaisseaux, le canal de Sténon, et enfin elles doivent donner des résultats esthétiques. C'est l'incision de Weber qui répond le mieux à ces différents desiderata.

Pour la *résection temporaire du maxillaire* (Langenbeck), on fait un lambeau en forme de langue, dont la base répond à une ligne unissant la racine du nez à l'extrémité inférieure de l'aile du nez du côté correspondant. Latéralement le lambeau va jusqu'au-dessus de la bosse malaire. On divise le maxillaire horizontalement au-dessus de l'apophyse alvéolaire; puis partant de l'incision supérieure, on sectionne l'apophyse frontale du maxillaire, l'os lacrymal, le plancher de l'orbite divisé transversalement jusqu'au niveau de la fente sous-sphéno-maxillaire; de cette fente comme point de départ, on sectionne l'apophyse frontale de l'os malaire ainsi que l'arc malaire que l'on divise transversalement. On peut alors faire basculer le maxillaire supérieur recouvert de peau et le récliner du côté du nez.

Résection du maxillaire inférieur. — Au corps du maxillaire fait suite de chaque côté la branche montante dont l'extrémité supérieure s'articule avec la cavité glénoïde du temporal. Cette branche montante porte encore une autre apophyse, la coronoïde, sur laquelle vient s'insérer le tendon du muscle temporal. La face externe de la branche montante est recouverte par le masséter, l'interne par le ptérygoïdien interne, muscles qui tous deux s'insèrent sur l'angle mandibulaire. Sur la face interne, une petite saillie osseuse (épine de Spix) marque l'entrée du canal dentaire inférieur, d'où part un sillon oblique en bas, étendu jusqu'au menton et dans lequel s'insère le muscle mylo-hyoïdien.

La plupart du temps on n'a besoin de réséquer que la moitié du maxillaire. Pour cela on scie le corps de l'os verticalement sur la ligne médiane, puis on le dénude sur les deux faces et l'on sectionne le tendon du temporal; l'os est libre maintenant dans l'articulation, où il sera aisé de diviser les liens qui l'enserrent. Avant de pratiquer une résection totale, on fait toujours la section médiane et l'on extirpe ensuite isolément les deux moitiés du maxillaire. On résèque le maxillaire inférieur pour des tumeurs ou des nécroses.

Exécution de l'opération. — Le malade est couché, le tronc légèrement surélevé.

On incise la lèvre inférieure sur la ligne médiane jusque sur le menton; de là l'incision faisant un angle très aigu remonte jusqu'à l'angle mandibulaire en suivant le bord inférieur du maxillaire, allant partout jusqu'à l'os.

On enlève les parties molles de la face externe et l'on incise la muqueuse des joues au point où elle se réfléchit pour tapisser le bord alvéolaire. A travers l'incision cutanée on dénude aussi la face interne du maxillaire; lorsque l'on a sectionné le muscle mylo-hoïdien, on divise à ce niveau la muqueuse et l'on ouvre la cavité buccale. Puis l'on détache avec le couteau au ras de l'os les origines des muscles génio-glosse et génio-hyoïdien qui s'insèrent à la face interne du menton. Ceci fait, on extrait l'incisive et l'on passe la scie à chaîne autour de l'os dénudé qu'il suffit maintenant de scier verticalement par son milieu (fig. 145).

L'opérateur saisit alors le maxillaire dénudé et sectionne avec les ciseaux les insertions du masséter et du ptérygoïdien interne au niveau de l'angle mandibulaire, en mobilisant l'os en dehors. Il est dès lors facile d'enlever les parties molles des faces interne et externe de la branche montante. La moitié du maxillaire est retournée en dehors, et l'on sectionne aux ciseaux les vaisseaux et nerfs qui pénètrent dans le canal dentaire, ainsi que le muscle ptérygoïdien externe qui s'insère au condyle (fig. 146). Une fois le tendon du temporal sectionné, on fait sortir le condyle de l'articulation, et on

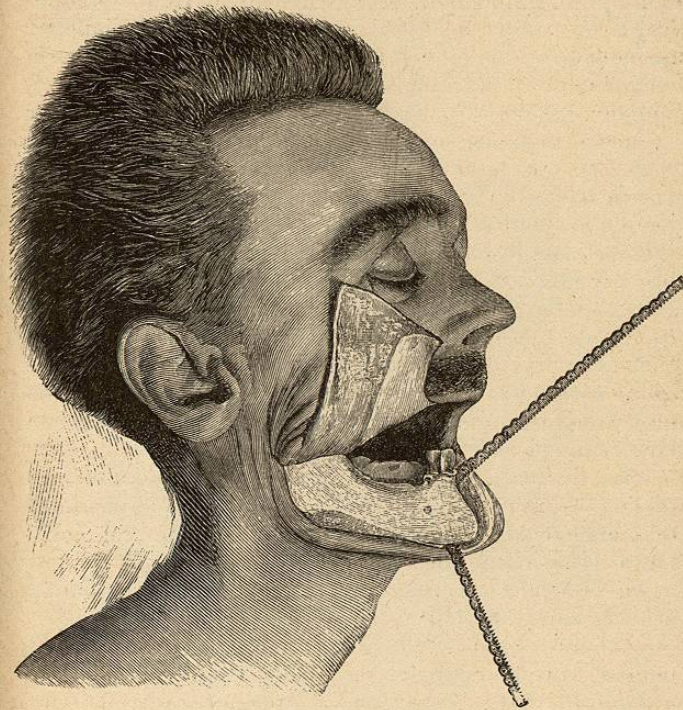


Fig. 145. — La face externe est mise à nu. On divise l'os avec la scie à chaîne au niveau du menton.

détache la capsule. Le maxillaire est libre dès lors de toutes connexions.

On suture la muqueuse de la joue à celle du plancher de la bouche et on termine par la suture de la peau.

Réséction temporaire du maxillaire inférieur. — On sectionne simplement le maxillaire inférieur lorsqu'il s'agit de rendre accessibles à l'opérateur le plancher de la bouche, les piliers du voile du palais, la langue, la base du crâne (réséction de la troisième branche du trijumeau d'après Mikulicz). Cette section se fait, soit sur la ligne médiane, au niveau du menton (*procédé de Sédillot*), soit latéralement (*Langenbeck*); la section est faite à la scie ou au ciseau, soit par un trait linéaire soit par un trait en escalier.

Exécution. — Incision de la lèvre inférieure sur la ligne médiane, allant jusqu'au menton. Partant de l'extrémité inférieure de cette incision, on conduit au niveau du frein de la langue un couteau très pointu qui rase la face postérieure de l'os, puis après extraction de l'incisive interne on place la scie à chaîne autour de l'os que l'on sectionne linéairement dans la direction de l'incision cutanée.

Avec des crochets, on écarte les surfaces de section de l'os et l'on rend de cette façon accessibles les organes du plancher de la bouche, la glande sublinguale et la langue elle-même (fig. 147).

Au contraire, la *réséction temporaire latérale de la branche montante* d'après le *procédé de Langenbeck* permet d'aborder plus facilement la partie postérieure de la langue, les piliers antérieurs du voile, la paroi pharyngienne (Pl. XII).

L'incision descend verticalement de la commissure labiale jusqu'au niveau du larynx. Pour le reste l'opération est semblable à celle décrite plus haut.

Dans les deux cas, une fois l'opération terminée, on suture les deux moitiés du maxillaire au fil d'argent, puis la peau à points séparés.

Réséction pratiquée dans la continuité du maxillaire inférieur. — Pour enlever des parties du maxillaire, on fait

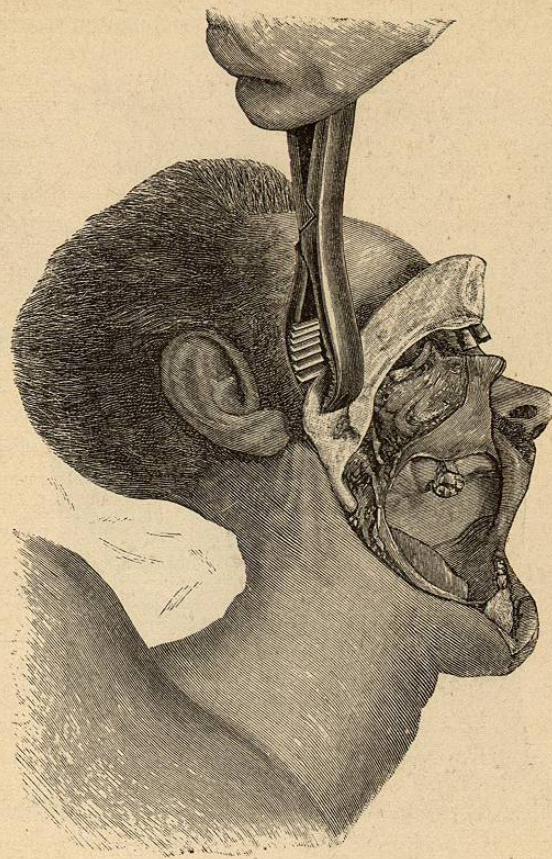


Fig. 146. — L'os est tourné en dehors au niveau de son articulation et luxé. Le condyle est visible dans la plaie.