

maxillaire. Pour les disséquer dans la loge parotidienne, il faut les sculpter à petits coups de ciseaux ou de bistouri. On arrive certainement, par une dissection lente, laborieuse et délicate, à vider complètement la loge parotidienne de son contenu, en conservant les principaux troncs nerveux, ainsi que les branches vasculaires les plus importantes : mais avoir la prétention d'en faire autant sur le vivant, alors surtout qu'il s'agit d'une glande dégénérée, dont les éléments sont encore plus intimement confondus avec les vaisseaux et les nerfs qu'à l'état physiologique, c'est prouver qu'on ne se fait pas une idée bien exacte de la disposition de la région. On a beaucoup discuté pour savoir si l'on pouvait enlever la glande parotide sur le vivant ; oui, sans doute, on le peut, mais à la condition d'enlever en même temps presque tous les organes qui la traversent, et il ne faut pas croire, en particulier, aux ablations de la parotide avec conservation du nerf facial. Lorsque, à la suite de l'extirpation d'une tumeur parotidienne, le nerf facial n'a pas été coupé, affirmez que la parotide n'a pas été enlevée. Ce qui a pu faire illusion à quelques chirurgiens, à A. Bérard, entre autres, c'est que certaines tumeurs bénignes de la glande, telles que les adénomes, les enchondromes, certains lymphomes même au lieu d'englober le tissu glandulaire, de faire corps avec lui, comme cela a lieu dans le cancer, le refoulent, l'aplatissent vers le pharynx, et repoussent en même temps le nerf facial.

En général, l'extirpation d'une tumeur cancéreuse n'est justiciable, à part de très rares exceptions, que si l'opération permet d'enlever le produit morbide dans sa totalité : or, dans le cancer de la parotide, le prolongement pharyngien, étant envahi comme le reste, doit être enlevé, sous peine de faire une opération inutile : or, le prolongement pharyngien, déjà en contact à l'état normal avec les gros vaisseaux et les nerfs de l'espace maxillo-pharyngien, y adhère alors si intimement qu'il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de les ménager. On voit donc au prix de quels dangers immédiats le chirurgien pourra s'aventurer à pratiquer l'extirpation d'une parotide cancéreuse, et encore avec toute chance de la faire incomplète.

La ligature préventive de la carotide externe ne suffit pas à mettre le malade à l'abri, puisque la carotide interne court aussi grand risque d'être intéressée ; la ligature de la carotide primitive elle-même ne préserverait pas de l'hémorragie, puisque le sang reviendrait abondamment par les anastomoses de la carotide interne. Pour avoir quelque chance d'échapper aux dangers immédiats d'une hémorragie primitive, il faudrait lier isolément les troncs de la carotide interne et de la carotide externe, et même alors, si la carotide interne était intéressée au fond de la plaie, le bout central de cette artère donnerait du sang par suite de ses anastomoses avec celle du côté opposé et avec la vertébrale ; ces opérations préventives n'auraient aucune efficacité, bien entendu, dans le cas d'une lésion possible, probable même, de la grosse veine jugulaire interne.

Lors donc qu'une tumeur de mauvaise nature a envahi la loge parotidienne, qu'elle occupe la glande et ses divers prolongements, qu'elle fait corps avec tous les organes qui la traversent ou la touchent, et c'est là le caractère propre à ces sortes de tumeurs, on ne saurait en faire l'extirpation sans couper à coup sûr le nerf facial, la carotide externe et les veines qui l'accompagnent ; l'extirpation ne sera complète [et une saine chirurgie n'accepte pas d'ablation incom-