

plète de cancer, à quelques très rares exceptions près (1)] qu'avec la presque certitude d'intéresser la carotide interne, la veine jugulaire interne et les nerfs qui l'accompagnent dans le trou déchiré postérieur : pneumogastrique, glosso-pharyngien et spinal. La crainte bien légitime qu'éprouve le chirurgien en arrivant au fond de la région fait qu'il abandonne à peu près toujours le prolongement pharyngien, ainsi que le démontrent les autopsies, qui ne tardent généralement pas à suivre l'opération.

L'extirpation de ces tumeurs étant inutile lorsqu'elle est incomplète, à peu près fatalement mortelle lorsqu'elle est totale, je considère qu'on ne doit pas la tenter.

L'ablation des tumeurs de la région parotidienne est, d'ailleurs, soumise aux préceptes généraux qui doivent servir de guide au praticien. Il y a ici, comme partout, des tumeurs opérables et d'autres qui ne le sont pas, et j'avoue ne pas trop comprendre les nombreuses discussions soulevées jadis sur ce sujet à l'occasion de la région qui nous occupe. Il est aussi absurde, à mon sens, de se dire partisan de l'ablation des tumeurs parotidiennes que de se prononcer contre toute intervention active : certaines tumeurs doivent être enlevées, d'autres respectées ; car une chose plus mauvaise encore que de laisser mourir un malade, c'est de le tuer.

La trame fibreuse de la parotide, et non le tissu propre de cette glande, me paraît être le siège de la singulière affection désignée sous le nom d'*oreillons*.

Cette maladie se présente ordinairement sous forme épidémique ; elle est accompagnée, précédée ou suivie de l'engorgement de diverses autres glandes, le testicule, l'ovaire, etc. C'est une sorte de fluxion d'origine rhumatismale de peu de gravité, qui ne suppure à peu près jamais ; elle porte sur le tissu fibreux de la glande, et me semble comparable aux fluxions articulaires résultant de la même cause.

Il ne faut pas confondre les oreillons avec la parotidite, ou inflammation de la glande elle-même, en même temps que de sa gangue fibreuse. La parotidite est une affection microbienne qui se voit rarement dans les services de chirurgie, car elle survient presque toujours dans le cours ou à la suite des fièvres graves, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, etc. Elle se termine, en général, par suppuration. La structure dense, serrée, de la parotide, les cloisons fibreuses résistantes qui emprisonnent la glande et ses lobules, donnent à cette affection une physionomie particulière. Le pus ne se collecte pas en un foyer unique faisant saillie sur un point déterminé ; on observe une sorte d'infiltration purulente, disséminée. Ce cloisonnement fibreux produit, de plus, un véritable étranglement d'où résulte plutôt une fonte gangreneuse de l'organe qu'un abcès. Aussi ne trouve-t-on pendant longtemps, au toucher, qu'un empatement mollasse de toute la région, sans véritable fluctuation ; cela ne doit pas empêcher d'ouvrir de bonne heure, et largement, sous peine de voir se développer des fusées purulentes vers le pharynx ou vers le cou.

(1) Je comprends [que dans un but palliatif on pratique certaines extirpations partielles, très peu graves en elles-mêmes, de cancers inopérables ; qu'on enlève, par exemple, dans un cancer de l'amygdale, un prolongement pharyngien gênant la respiration et la déglutition, au même titre que l'on pratique la trachéotomie ; mais ce n'est pas le cas pour le cancer de la parotide, où rien, à mon avis, ne justifie les opérations partielles.