

temporale superficielle s'en dégage à la partie supérieure de la région et devient sous-aponévrotique. Si nous considérons cette dernière artère comme étant la continuation de la carotide externe, nous voyons que celle-ci traverse les deux tiers supérieurs de la glande obliquement de la face profonde vers la face superficielle.

En conséquence, suivant qu'une coupe horizontale (seul moyen de bien voir ces rapports) portera en bas, à la partie moyenne, ou en haut de la région, la carotide externe sera située hors de la glande, ou dans son épaisseur, tout près de sa face profonde, ou beaucoup plus près de sa face superficielle.

Ce qu'il est, en définitive, important de retenir, c'est que l'artère carotide externe et ses branches sont situées dans l'épaisseur de la glande parotide, qu'elles y adhèrent intimement, en sorte que leur dissection, très difficile déjà sur le cadavre, me paraît à peu près impossible sur le vivant.

La carotide externe est séparée des vaisseaux et nerfs profonds par le feuillet interne de la loge aponévrotique, par l'apophyse styloïde et les muscles styliens. Il suit de ce rapport avec l'apophyse styloïde que celle-ci constituera un point de repère précieux pour le chirurgien dans l'ablation des tumeurs parotidiennes. Il explorera incessamment avec un doigt le fond de la région, ne fera que de petites incisions à la fois, recherchera les battements des artères, procédera, en un mot, avec beaucoup de lenteur et, autant que possible, par énucléation, surtout s'il s'agit d'extirper un enchondrome ou une tumeur adénoïde.

Les *veines* sont également très nombreuses et suivent, en général, le trajet des artères. La principale est la veine jugulaire externe, située comme l'artère au sein du tissu glandulaire ; elle est placée en dehors de l'artère, c'est-à-dire dans un plan plus superficiel. Il n'est pas rare d'observer la disposition représentée figure 97, c'est-à-dire la bifurcation de la veine dans l'épaisseur de la glande : l'une des branches descend à la partie inférieure de la loge, en sort pour devenir superficielle, et se place à la face externe du muscle sterno-mastoïdien : c'est la jugulaire externe ; l'autre accompagne la carotide externe, va se jeter dans la veine jugulaire interne vers l'angle de la mâchoire, et constitue une branche anastomotique importante.

La richesse du système vasculaire de la région parotidienne explique la production de certaines tumeurs vasculaires, de tumeurs érectiles, d'angiomes analogues à celui que M. Notta a présenté, en août 1880, à la Société de chirurgie, et que l'examen histologique démontra être un angiome caverneux. C'est, sans doute, à l'adhérence intime qui existe entre les lobules de la glande et les vaisseaux qu'est due la combinaison du tissu érectile avec le tissu glandulaire : combinaison sur laquelle j'ai entendu jadis Nélaton insister beaucoup, à propos d'un enfant atteint d'un énorme angiome mixte de la parotide, qui fut traité, sans succès du reste, par la vaccination à l'aide de sétons filiformes.

Le nombre des vaisseaux, leur volume, leur situation profonde dans une cavité étroite dont l'accès est fort difficile, rendent suffisamment compte de l'extrême gravité des plaies de la région parotidienne quand l'un de ces vaisseaux est atteint. En cas d'hémorragie primitive, on doit tenter de mettre en œuvre ce précepte général, à savoir que, dans toute hémorragie artérielle, il faut lier, autant que possible, les deux bouts dans la plaie. Ce précepte trouve ici son indication plus que partout ailleurs, à cause des anastomoses des carotides entre elles : mais, si la plaie siège dans une région étroite et profonde