

comme la région parotidienne, on doit convenir que le précepte n'est pas facile à suivre. La difficulté est plus grande encore dans une hémorragie secondaire, lorsque toutes les parties sont épaissies, indurées, tuméfiées. On ne peut alors songer le plus souvent qu'à la ligature de l'artère entre la plaie et le cœur. Mais quelle est l'artère blessée? Est-ce la carotide externe ou l'interne? On ne le sait jamais. Le chirurgien est toujours fort perplexe en présence de ces cas difficiles, pour lesquels il ne saurait y avoir de ligne de conduite nettement tracée. Il semble *à priori* que la ligature du tronc commun, c'est-à-dire de la carotide primitive, doive résoudre le problème; il n'en est rien: si la blessure, en effet, porte sur la carotide externe ou l'une de ses branches, la ligature de la carotide primitive n'empêchera pas le sang de revenir par la carotide interne, en sorte que, dans ce cas, la ligature seule de la carotide externe pourrait réussir; d'un autre côté, si la blessure porte sur la carotide interne, la ligature de l'externe n'aura servi à rien. Toutes ces réflexions, j'eus l'occasion de me les faire, en 1873, en face d'un jeune étudiant qui s'était tiré un coup de pistolet dans l'oreille droite: je pratiquai la ligature de la carotide primitive, et, l'hémorragie s'étant arrêtée complètement, j'eus un instant d'espoir; mais elle reparut le huitième jour, et le jeune homme mourut: terminaison ordinaire des blessures de ce genre.

Je pense qu'en présence d'une hémorragie sérieuse, primitive ou secondaire, de la région parotidienne, lorsque le chirurgien ne peut absolument pas lier les deux bouts dans la plaie, ni appliquer une pince à forcipressure; lorsqu'il est dans l'ignorance complète de l'artère divisée, la meilleure conduite à tenir est de découvrir la carotide primitive à sa partie supérieure et d'en lier isolément les deux branches de bifurcation; encore doit-on n'attendre qu'un résultat très douteux de cette double ligature, si la plaie porte sur la carotide interne; en sorte que, bien que par prudence on doive lier les deux vaisseaux, l'artère qu'il importe, avant tout, de lier dans les plaies de la région parotidienne, c'est la carotide externe.

*Ganglions lymphatiques.* — La loge parotidienne renferme un certain nombre de *ganglions lymphatiques* qui jouent un rôle important dans la pathologie de la région. On peut les distinguer en superficiels, interstitiels, ou profonds, tous situés dans l'intérieur de la loge (L, L, L, fig. 98). Il est aisé de concevoir que l'engorgement, la dégénérescence de ces ganglions puissent donner lieu à des tumeurs dont le diagnostic sera souvent fort obscur. De cette dégénérescence résulte la formation de lymphadénomes, de lympho-sarcomes; ces derniers sont pris souvent pour des cancers, dont ils diffèrent peu, d'ailleurs, au point de vue clinique.

*Nerfs.* — Deux *nerfs* sont contenus dans la loge parotidienne: l'un, sensitif, la branche auriculo-temporale du maxillaire inférieur; l'autre, moteur, le facial. Le premier de ces nerfs, remarquable au point de vue physiologique par son anastomose avec le facial dans l'épaisseur de la glande, au niveau du col du condyle de la mâchoire inférieure, n'a qu'une minime importance, puisque sa blessure n'entraîne pas d'inconvénient sérieux.

Il n'en est pas de même du *nerf facial*, dont la section détermine la paralysie de tous les muscles de la face, et qui joue dans l'histoire des tumeurs parotidiennes un rôle prépondérant.

La figure 97 montre la direction générale du nerf facial. Situé à la partie