

d'une fève, situé du côté droit de la face, un peu au-dessous de l'arcade zygomatique. Tout d'abord, il n'y porta aucune attention. La petite excroissance, au lieu de disparaître, continua à se développer lentement mais progressivement.

Quand mon père fut consulté, il y a quelques mois, la tumeur avait atteint le joli volume d'un œuf d'oie; elle s'étendait de l'arcade zygomatique jusqu'à environ un pouce en bas de l'angle du maxillaire inférieur et couvrait complètement le rameau de cet os, soulevant en haut et en arrière le lobule de l'oreille.

De quoi s'agissait-il? D'un adénome, d'un adéno-fibrome, d'un chondrome, etc., etc., de la fosse parotidienne?

Le diagnostic différentiel est tellement difficile et si peu positif, qu'il n'était pas d'une absolue nécessité de s'y attacher. L'affection fut donc considérée au point de vue du pronostic et du traitement. La tumeur était-elle bénigne ou maligne? Tel était le problème à résoudre.

Le néoplasme, ovoïde, de consistance dure, élastique, adhérent profondément, bien délimité dans sa portion exubérante, présentant un point ramolli à sa partie supérieure, constituait une affection toute locale, sans adénopathie cervicale, ni altération de la peau qui était mobile et de coloration normale. La durée de cette affection (6 ans) plaidait évidemment en faveur de la bénignité. L'examen de la bouche et du pharynx ne révéla rien de particulier; aucune paralysie de la face n'était survenue. Peu douloureuse jusqu'aux derniers quinze jours qui ont précédé l'opération, la tumeur était devenue la cause de douleurs névralgiques continues et intolérables qui nécessitèrent l'intervention chirurgicale.

L'opération fut pratiquée le onze juin dernier.

Le chirurgien fit une incision depuis l'arcade zygomatique jusqu'au delà de la partie inférieure de la tumeur, comprenant tous les tissus jusqu'à la capsule qui fut divisée par une seconde incision. Puis il décortiqua la tumeur dans sa portion antérieure et postérieure jusqu'au voisinage des branches sous-jacentes de la carotide externe, évitant soigneusement de les diviser pour se prémunir contre toute hémorrhagie quelque peu abondante, et aussi pour se sauver le trouble de lier deux fois les mêmes vaisseaux. Enfin, il procéda à la dissection de la partie inférieure de la tumeur pour arriver directement sur la carotide externe qu'il ligatura après avoir lié la jugulaire externe. Ainsi assuré contre tout trouble et tout danger d'hémorrhagie, il détacha le néoplasme de la fosse parotidienne. Les branches de la carotide externe, divisées pendant l'énucléation et qui donnaient un peu de sang par régurgitation, furent tordues.

La plaie, très profonde, réunie à sa partie supérieure par quelques points de suture, fut traitée comme une plaie qui doit suppurer et guérit en quatre semaines, sans complication. Cer-