

*Aponévrose buccinatrice.* — Cette aponévrose recouvre la face externe du muscle buccinateur ; mince en avant, où elle se perd au niveau de la commissure, elle est plus résistante en arrière. Sa disposition est très différente, suivant qu'on la considère au niveau du canal de Sténon ou bien au-dessus ou au-dessous de ce canal. Voici ce qu'on observe au-dessus et au-dessous du canal : les deux feuilletts aponévrotiques qui passent, l'un à la face externe, l'autre à la face interne du prolongement antérieur de la glande parotide, se réunissent l'un à l'autre en avant de ce prolongement pour recouvrir la face externe du muscle masséter et former l'aponévrose massétérine : arrivée au bord antérieur de ce muscle, celle-ci s'infléchit d'abord en dedans, puis se porte directement en avant sur la face externe du buccinateur, qu'elle recouvre ; elle est traversée au niveau de cette inflexion par ceux des filets du nerf facial qui se rendent dans la couche sous-cutanée ; d'autres branches de ce nerf restent sous-aponévrotiques pour aller former, par leurs anastomoses avec le nerf buccal, le plexus buccal.

Quant au canal de Sténon (la figure 102 a surtout pour but de montrer cette disposition), il reste compris entre les deux feuilletts aponévrotiques. Ces deux feuilletts lui forment une gaine qu'il abandonne au moment de traverser le muscle buccinateur. Le canal est, en outre, recouvert par une gaine fibreuse propre, qui l'abandonne au même point que la précédente en se confondant avec l'aponévrose buccinatrice. Le canal de Sténon présente donc, depuis son origine jusqu'à son entrée dans le muscle buccinateur, deux gaines fibreuses superposées, disposition qu'il est très facile de vérifier sur le cadavre.

*Muscle buccinateur.* — C'est un muscle quadrilatère, aplati, étendu d'un rebord alvéolaire à l'autre, et des parois latérales du pharynx à la commissure buccale. Ce muscle constitue, en quelque sorte, la doublure de la muqueuse buccale, à laquelle il adhère intimement. C'est à sa face externe, vers sa partie moyenne et près du bord antérieur du masséter, que se trouve le nerf buccal, dont les anastomoses avec le facial constituent le plexus buccal (fig. 100).

Les névralgies du nerf buccal, branche du maxillaire inférieur, ne sont pas rares ; elles sont très douloureuses et persistent souvent longtemps. Il est facile de les diagnostiquer par la direction et le siège des irradiations douloureuses étendues suivant une ligne allant de l'oreille vers la partie moyenne de la joue. Elles offrent trois points douloureux : 1° en avant du lobule de l'oreille ; 2° près du rebord antérieur du masséter ; 3° à la partie moyenne de la joue. Les procédés de Michel (de Strasbourg), de Letiévant et Valette (de Lyon), consistent à atteindre le nerf par une incision à la peau, pratiquée parallèlement au bord antérieur du masséter : mais la présence du canal de Sténon, de l'artère faciale et de quelques rameaux moteurs du facial, rend cette opération très difficile et souvent nuisible, d'autant plus que ces divers organes ont une direction perpendiculaire à celle de l'incision. Pour ma part, je préférerais une incision horizontale passant au-dessous de la ligne fictive qui indique la direction du canal de Sténon (ligne étendue du lobule de l'oreille à la commissure labiale), afin d'éviter l'inconvénient le plus sérieux, la fistule salivaire. Panas a pratiqué la section du nerf buccal suivant une méthode qui me paraît encore préférable ; déjà Nélaton l'avait employée, mais sans en tracer les règles. Elle consiste à opérer par la bouche. Après avoir disposé convenablement son malade, le chirurgien place l'ongle de son indicateur sur la lèvre