

externe du bord antérieur de la branche montante, à sa partie moyenne, et coupe successivement en avant de ce bord la muqueuse et les fibres du buccinateur ; il recherche ensuite le nerf avec la sonde cannelée et en pratique la section.

Entre le muscle buccinateur et son aponévrose, on rencontre le groupe des glandes molaires reposant directement sur le muscle ; ces glandes sont situées en arrière du canal de Sténon et correspondent aux deux dernières grosses molaires. Il n'est pas très rare de trouver dans l'épaisseur des joues des kystes et des adénomes qui ont leur origine dans ces glandes.

En arrière de ce groupe glandulaire, et sur le même plan, se trouve une boule graisseuse constante, même chez les sujets les plus émaciés, appelée boule de Bichat. Elle répond au bord antérieur de la branche montante, au bord antérieur et un peu à la face interne du masséter, qu'elle sépare du buccinateur.

La joue présente donc deux couches de graisse distinctes : l'une superficielle, sous-cutanée, sus-aponévrotique ; l'autre profonde, sous-aponévrotique. La première couche communique avec le tissu cellulo-adipeux sous-cutané des régions temporale et parotidienne ; la seconde se continue avec les graisses de la fosse zygomatique, par son intermédiaire avec la couche sous-aponévrotique de la région temporale, et aussi avec le tissu cellulo-adipeux lâche occupant le fond de la loge parotidienne.

Je puis dès lors compléter ce que j'ai dit plus haut, en étudiant la région temporale. Les collections purulentes de cette région doivent être divisées en sus et sous-aponévrotiques. Lorsque l'abcès est sus-aponévrotique, il peut descendre, arriver dans la couche graisseuse sous-cutanée de la joue et faire saillie sous la peau. Si l'abcès est sous-aponévrotique, il descend de la fosse temporale dans la fosse zygomatique et vient se placer à la joue entre le muscle buccinateur et son aponévrose, qui le bride à l'extérieur ; il fait saillie non plus à la peau, mais dans la cavité buccale, au niveau des grosses molaires, et peut être ouvert à travers la muqueuse. C'est la même voie que suivent vers la bouche les abcès développés dans l'intérieur de la parotide. Ils passent derrière la branche montante du maxillaire inférieur et s'ouvrent dans la cavité buccale.

Les détails anatomiques dans lesquels je viens d'entrer jettent également une certaine clarté sur la disposition des *lipomes de la joue*. Ces tumeurs se développent aux dépens des deux couches de tissu adipeux qui existent dans la région : ils sont donc, les uns sous-cutanés ou sus-aponévrotiques, les autres sous-aponévrotiques. C'est à tort qu'on désigne ces derniers sous le nom de *sous-muqueux*, car ils ne siègent jamais directement sous la muqueuse, mais à la face externe du muscle buccinateur ; la cause de l'erreur vient de ce que, bridés en dehors par l'aponévrose, ces lipomes font saillie dans la bouche plutôt que sous la peau. On conçoit qu'un lipome sous-aponévrotique de la joue puisse gagner la fosse zygomatique, la fosse temporale, et former une tumeur profonde dont le diagnostic sera fort difficile. On conçoit aussi que des lipomes développés dans le même point se propagent à la loge parotidienne en passant derrière la branche montante, ou que réciproquement ils viennent de la région parotidienne faire saillie dans la joue.

Cette étiologie des lipomes géniens offre plus qu'un intérêt théorique. En