

effet, si le lipome est sous-aponévrotique, on devra l'attaquer par la muqueuse buccale. Dolbeau a fait remarquer que ces tumeurs ne présentent aucune adhérence avec les parties voisines; que la graisse dont elles sont formées est molle, s'étire sous l'effort d'une traction soutenue, en sorte qu'on en peut faire l'extirpation par une incision étroite. Était-ce le cas du lipome dont a parlé Demarquay à la Société de chirurgie, et qu'il a désigné du nom de lipome sous-parotidien? Il en fit l'extraction de dehors en dedans à travers la parotide. Il sera bon de rechercher si des lipomes parotidiens profonds font saillie du côté de la bouche, car, en les attaquant par la voie buccale, on substituerait une opération légère à une intervention sérieuse.

*Muqueuse.* — La membrane muqueuse est très mince, dépourvue de tissu cellulaire sous-muqueux, très adhérente au plan musculaire sous-jacent : elle est obliquement traversée d'arrière en avant par le canal de Sténon, qui vient s'ouvrir à sa surface. Il n'existe aucune glande interposée entre la muqueuse et le muscle buccinateur. J'ai déjà fait remarquer que les glandes sont groupées en dehors du muscle, entre le canal de Sténon, qui est en avant, et la boule de Bichat, située en arrière d'elles.

Maintenant que nous connaissons les divers plans dont se compose la joue, ainsi que les organes qui cheminent dans leur intervalle, il est utile de présenter une étude d'ensemble du plus important d'entre eux, le canal de Sténon.

#### Du canal de Sténon.

Le canal de Sténon offre deux portions distinctes : l'une massétérine, l'autre buccale. La première doit être étudiée sur la figure 100, la deuxième sur la figure 102.

La portion massétérine apparaît sous la forme d'un cordon blanchâtre, légèrement aplati, large de 3 millimètres environ, qui coupe perpendiculairement la direction du masséter, sur lequel il repose; il est accompagné d'une branche du nerf facial et, souvent, de l'artère transverse de la face. Compris d'abord dans l'épaisseur de la parotide, il s'en dégage vers le sommet du prolongement antérieur de cette glande et se dirige d'arrière en avant, et aussi légèrement de bas en haut, de façon à présenter une très petite courbure à concavité inférieure, ce qui, d'ailleurs, ne change rien à la direction générale du canal, qui est horizontale.

Il correspond à la partie moyenne du muscle masséter, et son extrémité antérieure prolongée irait aboutir à la commissure buccale. Il est d'une importance capitale d'éviter la blessure du canal de Sténon dans les opérations qu'on pratique sur la face : aussi, faut-il en connaître exactement la direction. Les auteurs donnent comme point de repère une *ligne étendue du tragus à la commissure buccale*. J'accepte cette ligne comme excellente, à cause de la facilité qu'a le chirurgien de la déterminer; elle est, d'ailleurs, suffisamment rigoureuse.

Arrivé au bord antérieur du masséter, le canal de Sténon s'infléchit en arrière sur ce bord et forme un angle presque droit avec la portion précédente. Il résulte de ce coude une sérieuse difficulté pour le cathétérisme du canal, et, afin de diminuer cette courbure, il est utile d'exercer une légère traction sur la joue.