

Le canal plonge ensuite dans la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, rencontre la face externe du muscle buccinateur à quelques millimètres en avant, et pénètre dans ce muscle après s'être débarrassé de sa double gaine fibreuse. Reprenant alors dans l'épaisseur du buccinateur sa direction première d'arrière en avant, de façon à former un second coude, il chemine obliquement entre les fibres musculaires et vient s'ouvrir, après un trajet de 8 millimètres, à la surface de la muqueuse. Le canal de Sténon est donc loin d'être rectiligne. On peut le comparer à deux barres parallèles reliées entre elles par une troisième légèrement oblique.

J'ai reproduit, le plus exactement possible, sur la coupe horizontale de la joue (fig. 102), les rapports et les dimensions de l'orifice du canal de Sténon. Il correspond à la partie moyenne du collet de la première grosse molaire supérieure, est situé à 4 millimètres au-dessous du cul-de-sac de la muqueuse gingivo-buccale, et à 33 millimètres en arrière de la commissure.

Bien que l'orifice buccal du canal de Sténon soit étroit, il permet cependant l'introduction d'un stylet fin, en sorte que le cathétérisme, rendu difficile par les courbures, est néanmoins possible.

Aucune valvule n'existe à son embouchure, mais il suffit de jeter un coup d'œil sur la figure 102 pour comprendre comment la salive passe de la glande dans la bouche sans pouvoir suivre un trajet inverse. Je rappelle, toutefois, le cas du souffleur de verre dont j'ai parlé plus haut, chez lequel le canal avait subi des modifications telles que l'air s'y introduisait et formait tumeur au niveau de la glande.

De son point d'émergence de la glande jusqu'à son embouchure, le canal de Sténon mesure 32 millimètres. Cette longueur augmente de quelques millimètres, si on redresse les courbures. La portion massétéridienne et la portion buccale ont une longueur à peu près égale ; les deux parties, l'une sous-cutanée, l'autre intra-musculaire, qui constituent la portion buccale, ont aussi la même longueur.

Je n'ai pas à revenir sur la disposition que présente l'aponévrose buccinatrice par rapport au canal de Sténon, ni sur la double gaine fibreuse de ce canal. Indépendamment de ces gaines, les parois propres du canal sont épaisses et diffèrent essentiellement, sous ce rapport, de celles du canal excréteur de la glande sous-maxillaire. Les parois de ce dernier rappellent la structure des veines ; les parois du canal parotidien rappellent, bien qu'à un degré moindre, celle du canal déférent. On peut s'assurer que sur ce sujet (fig. 102), l'épaisseur totale du canal étant de 3 millimètres, sa lumière en mesure 1 à peine.

La distinction du canal de Sténon en portion massétéridienne et portion buccale offre plus qu'un intérêt anatomique. En effet, supposons une fistule salivaire de ce conduit : comme il est à peu près impossible de restaurer le canal, l'indication est de créer un nouvel orifice buccal dans le point correspondant à l'orifice cutané, afin de détourner le cours de la salive. La science possède, pour arriver à ce but, divers procédés décrits partout, et dont je n'ai pas à m'occuper ici. Or, si la fistule correspond à la portion massétéridienne, ce moyen de traitement devient impossible, et la maladie est à peu près incurable ; la guérison est possible, au contraire, si la fistule siège sur la portion buccale.

Lorsqu'une fistule salivaire correspond à la portion massétéridienne, il est fort difficile, sinon impossible, au moins au début, d'établir le diagnostic exact,