

biconcave. Ce ménisque n'est pas horizontal, ainsi que l'a fait remarquer Gosselin, mais obliquement incliné en bas et en avant, de façon à présenter une face à la fois supérieure et antérieure, l'autre postérieure et inférieure.

Ce ménisque accompagne-t-il le condyle dans ses divers mouvements ou reste-t-il fixé à la cavité glénoïde ?

Dans les mouvements ordinaires d'abaissement et d'élévation de la mâchoire, le ménisque et le condyle restent en contact ; mais, si le condyle quitte la cavité pour se porter dans la fosse zygomatique, s'il se luxe, en un mot, il glisse au-dessous du ménisque et l'abandonne, ainsi que l'a démontré Gosselin.

Il n'existe, à vrai dire, qu'un seul ligament, qui est latéral externe. Il se porte obliquement, d'avant en arrière et de haut en bas, du tubercule de l'arcade zygomatique à la surface externe du col du condyle. Dans la luxation temporo-maxillaire, l'obliquité de ce ligament devient inverse, et il peut échapper à la déchirure, grâce à cette disposition.

On a décrit des ligaments internes sous les noms de sphéno-maxillaire et stylo-maxillaire, mais ils sont insignifiants, et le véritable ligament latéral interne est le ligament externe du côté opposé.

Chaque face du ménisque est en rapport avec une synoviale distincte, en sorte qu'il y a, en réalité, deux articulations contiguës, celle du ménisque avec le condyle et celle du ménisque avec la racine transverse. Ces deux synoviales communiquent entre elles.

Ajoutons qu'il existe une capsule fibreuse mince et fort lâche, qui, s'attachant à la circonférence du ménisque, adhère en dehors au ligament latéral externe et reçoit en dedans l'insertion de quelques fibres du ptérygoïdien externe.

En étudiant l'appareil de l'ouïe, j'ai, à différentes reprises, insisté sur les rapports du conduit auditif externe avec l'articulation temporo-maxillaire. Le condyle n'est séparé de la cavité du conduit que par une mince lame osseuse, qui en constitue la paroi antérieure. Aussi, avons-nous vu qu'une pression violente exercée sur le menton pouvait déterminer une fracture de cette paroi osseuse, et, par suite, de l'otorragie. L'un des meilleurs symptômes de cette lésion est la douleur qu'éprouve le malade dans les mouvements d'élévation et d'abaissement de la mâchoire.

Une otite externe pourrait également se propager à l'articulation temporo-maxillaire, et réciproquement.

Le condyle de la mâchoire est situé immédiatement en avant du tragus, où il forme une saillie appréciable à l'œil, et surtout au toucher. C'est là qu'existe le point douloureux, dans l'arthrite temporo-maxillaire. Cette saillie se déplace pour se porter en avant dans les mouvements de la mâchoire, en sorte qu'à la saillie succède une dépression. Cette dépression constitue un signe de luxation temporo-maxillaire, qui peut être fort utile, surtout dans les cas de luxation unilatérale.

La mâchoire inférieure exécute des mouvements d'abaissement et d'élévation, des mouvements de latéralité et un mouvement de propulsion. C'est dans le mouvement forcé d'abaissement que le condyle, abandonnant la surface articulaire, se porte dans la fosse zygomatique, où il reste fixé, ce qui constitue la luxation temporo-maxillaire.