

Les mouvements d'abaissement et d'élévation s'exécutent autour d'un axe horizontal qui traverserait la mâchoire inférieure au niveau de l'orifice supérieur du canal dentaire, c'est-à-dire vers la partie moyenne de la branche montante. Le maxillaire bascule autour de cet axe, en sorte que, en même temps que le condyle se porte en avant, l'angle se porte en arrière. La ligne d'action des deux muscles masséter et ptérygoïdien interne, qui sont les principaux agents du mouvement d'élévation, passe en avant de l'axe autour duquel s'exécute le mouvement d'élévation. D'après Longet, l'axe transversal autour duquel se meut la mâchoire inférieure passerait d'une apophyse mastoïde à l'autre, sans que toutefois, dit-il, ce mouvement s'exécute avec une précision mathématique.

Dans l'abaissement de la mâchoire, le condyle commence par s'abaisser légèrement, puis il se place immédiatement au-dessous de la racine transverse de l'apophyse zygomatique; si le mouvement est plus prononcé, il passe en avant de la racine transverse, sans qu'il y ait pour cela luxation, et repose sur une surface plane, articulaire, qu'on retrouve sur le squelette. S'il dépasse cette surface plane préarticulaire, il pénètre dans la fosse zygomatique, et la luxation se produit, c'est-à-dire que le condyle ne peut plus rentrer dans sa cavité.

On a formulé plusieurs théories pour expliquer le mécanisme de cette luxation. Je ne fais aucun doute, quant à moi, que le condyle soit surtout maintenu dans la fosse zygomatique par la contraction des muscles élévateurs. Je viens de dire qu'à l'état normal le maxillaire inférieur balance autour d'un axe horizontal (AM, fig. 116), et que la puissance LM qui le meut est placée en avant de cet axe, en sorte qu'elle a pour but d'élever la partie antérieure de l'os: mais, lorsque le condyle est dans la fosse zygomatique, l'axe du mouvement se déplace et se porte en avant, en A'M', tandis que la puissance, c'est-à-dire la ligne d'action des muscles élévateurs, restant sensiblement au même point, se trouve située en arrière de l'axe du mouvement. Il en résulte alors que les muscles élévateurs, par leur contraction, font subir au maxillaire un mouvement absolument inverse du mouvement physiologique, c'est-à-dire qu'ils élèvent la partie postérieure et abaissent la partie antérieure de cet os.

La luxation temporo-maxillaire se produit donc lorsque, dans un mouvement forcé d'abaissement, l'axe du mouvement s'est porté en avant de la puissance; cette luxation ne se produirait jamais, si ce n'est par suite d'un choc direct, si le condyle pivotait seulement sur place, car l'axe du mouvement ne se déplacerait pas: mais nous savons qu'il est loin d'en être ainsi, et que le condyle se porte assez loin en avant.

Nélaton a pensé que l'accrochement de l'apophyse coronoïde à l'os malaire était le principal obstacle à la réduction, mais il ne faut pas oublier que cette apophyse n'est pas libre: elle est engainée de tous côtés par le muscle temporal, qui ne permet guère cet accrochement. N'est-ce pas, au contraire, une règle générale à laquelle on ne trouve presque pas d'exception, si ce n'est pour l'astragale et le pouce, que le principal obstacle à la réduction des luxations est la contraction musculaire? L'usage du chloroforme nous démontre journellement que ce n'est pas une cause mécanique qui est en jeu, et j'avoue qu'il est peu d'articulations mieux disposées que celle-ci pour montrer l'influence de la contraction musculaire dans la production des luxations.

Cependant, même sous le chloroforme et pour une luxation récente, on peut