

lution progressive du tissu fibreux constituant des arthrophytes pathologiques.

Tel serait, d'après cet auteur, le type des corps traumatiques; présence du cartilage diarthrodial hyalin d'un côté, absence de cartilage sur l'autre face, recouverte seulement d'une membrane fibreuse. Un fait que l'un de nous a pu étudier avec VAILLARD nous permet d'affirmer que ces caractères ne sont pas

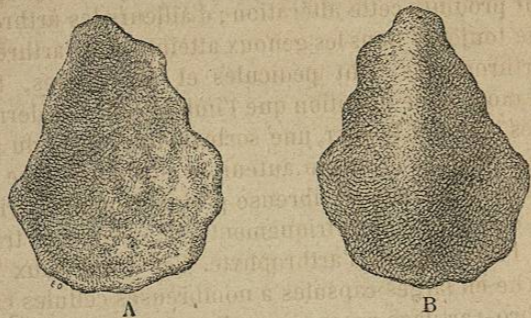


Fig. 162. — Corps étranger traumatique du genou.
Surface condylienne. Surface de fracture.

constants, et que dans certains corps traumatiques la surface de fracture primitivement osseuse se recouvre d'une couche cartilagineuse. La figure 161 représente les différents détails de la structure de ce corps articulaire dont l'origine traumatique était évidente. La face opposée au cartilage diarthrodial est recouverte par une couche presque ininterrompue de cartilage de nouvelle formation; la membrane fibreuse n'existe qu'à la périphérie. Il était facile de voir que ce cartilage nouveau résultait de la transformation des anciennes travées osseuses en capsules cartilagineuses et d'une altération analogue de la moelle. Ce fait prouve qu'un corps étranger traumatique, non pédiculé, est susceptible de subir par imbibition des modifications actives, et même dans quelques parties une prolifération qui aboutit à la production d'une couche de cartilage nouveau. POULET et VAILLARD n'ont pu réussir à reproduire expérimentalement cette régression cartilagineuse parce que, dans tous les cas, le fragment ostéo-cartilagineux détaché de la tête articulaire allait se greffer sur la synoviale; ces corps pédiculés, vasculaires, recevant leur nutrition de la capsule, subissaient la transformation fibreuse. Nous verrons bientôt l'importance que ces auteurs attachent à cette régression cartilagineuse des surfaces osseuses.

2° *Corps étrangers pathologiques.* — La plupart de ces arthrophytes sont arrondis, elliptiques; si quelques-uns atteignent les dimensions d'une rotule (BRODIE, VELPEAU, MALGAIGNE), presque tous ressemblent à une fève ou un haricot. Les plus gros restent d'ordinaire solitaires, tandis qu'on a pu rencontrer cinquante, quatre-vingts et même cent petits arthrophytes dans la même jointure; d'ailleurs ils offrent une très grande diversité; nous aurons surtout en vue ici les corps ostéo-cartilagineux les plus communs; mentionnons seulement la possibilité de corps lipomateux et fibreux. Beaucoup d'entre eux sont recouverts sur toute leur surface par une couche fibreuse; en allant de la périphérie au centre, on observe une couche cartilagineuse ou chondro-cal-

caire, et enfin un noyau osseux. Dans d'autres cas, le noyau osseux affleure à la surface, disposition que les partisans des théories de LAËNNEC et de ROKITANSKY attribuent à l'usure de la surface cartilagineuse du corps étranger contre les têtes articulaires dans les mouvements. Cette interprétation ne semble pas suffisamment plausible à POULET et VAILLARD, car les cartilages diarthrodiaux ne s'usent pas par le frottement et il n'y a jamais de pressions assez fortes pour produire cette altération; d'ailleurs les arthrophytes se rencontrent presque toujours dans les genoux atteints d'hydarthrose.

Tantôt ces arthrophytes sont pédiculés et vasculaires, tantôt libres et n'ayant d'autres moyens de nutrition que l'imbibition. Ces derniers présentent encore par places, suivant PONCET, une sorte de hile, reste du pédicule.

Voici quelle est, d'après le même auteur, la structure type de ces arthrophytes vrais libres: « Enveloppe fibreuse périphérique très riche en corpuscules irréguliers disposés concentriquement; elle envoie des trousseaux épais, puissants, dans l'intérieur de l'arthrophyte. Ces trousseaux constituent du fibro-cartilage riche en larges capsules à nombreuses cellules cartilagineuses; au-dessous, ce fibro-cartilage passe au cartilage hyalin, contenant des capsules perpendiculaires au grand axe de la coupe..... Le plus souvent les corps étrangers capsulaires contiennent dans la partie voisine du hile des parties osseuses très normalement constituées. L'os peut être mis à nu par le frottement à la face inférieure, mais le processus essentiel à la constitution de l'arthrophyte est toujours visible sur les parties latérales. Ce processus pathognomonique est le suivant: tissu fibreux, fibro-cartilage, cartilage hyalin, formation osseuse ».

Dans le travail cité plus haut, POULET et VAILLARD tendent à admettre, contrairement à l'opinion précédente, que tous les corps étrangers libres qui contiennent de l'os ont une origine primitivement osseuse. Le cartilage que l'on rencontre autour du noyau osseux se formerait secondairement après la mise en liberté de la portion d'os détachée des surfaces articulaires et prendrait naissance, comme dans le cas du corps étranger traumatique dont nous avons parlé plus haut, par la régression puis la prolifération cartilagineuse des trabécules primitives et de la moelle. Ici encore, ce travail s'effectue sans l'intermédiaire des vaisseaux, par le seul fait de l'imbibition, ainsi que le démontre l'atrophie des anciens vaisseaux contenus dans le noyau osseux central, dont la structure régulière atteste suffisamment l'origine. Au lieu d'être produit par une sorte de périchondre, comme l'admettent PONCET et d'autres, le cartilage résulterait au contraire d'une production excentrique, d'une régression de l'os; les calcifications observées çà et là seraient dues à la matière calcaire de l'os primitif devenue inutile et accumulée en divers points (Voy. t. III, *Corps étrangers du genou*).

Nous ne saurions entrer dans le détail des raisons qui militent en faveur de l'interprétation émise par POULET et VAILLARD. La conséquence de leur travail est de diminuer beaucoup l'importance des théories capsulaire et synoviale pour accorder la prépondérance à la théorie osseuse. Les corps ostéo-cartilagineux naissent de l'os dans des conditions encore obscures et en particulier par le fait de l'ossification du cartilage diarthrodial. D'autres,

quelquefois symétriques, (WEICHEISELBAUM) apparaissent à un âge plus jeune et sont le produit de maladies encore inconnues des têtes articulaires.

A côté de cette variété de corps articulaires il en existe une qui en diffère de tous points; ce sont les ostéo-chondrophytes développés autour du cartilage diarthrodial et qui deviennent libres dans la jointure. Intimement liés au processus de l'arthrite déformante, ces arthrophytes souvent multiples se présentent avec des caractères absolument différents des corps étrangers étudiés plus haut. Ils sont arrondis, grisâtres et constitués par trois couches successives; 1° à l'extérieur une membrane fibreuse ou fibro-cartilagineuse lorsque le corps est pédiculé; 2° une coque osseuse mince; 3° un noyau central rempli par de la moelle grasseuse ou muqueuse traversée par quelques cloisons grêles. Ces corps ont donc la même structure que les bourrelets qui débordent des surfaces diarthrodiales dans l'arthrite déformante.

Les corps étrangers libres dans une articulation ont-ils une vitalité propre? J. RUSSEL admettait la persistance d'une certaine vie dans ces arthrophytes et même la possibilité d'un léger accroissement. Au contraire OLLIER, PANAS pencheraient pour la négative. En réalité, il persiste dans ces corps flottants une sorte de vitalité végétative qui peut aller jusqu'à la prolifération. Les plaies du cartilage sont susceptibles d'y guérir, comme on peut le voir sur la figure 161, par un processus analogue à celui des plaies ordinaires du cartilage. Quant à l'accroissement, il nous semble difficile de le mettre en doute, mais il s'agirait plutôt d'une sorte de gonflement par le fait de la transformation *in situ* de la moelle et des trabécules anciennes en cartilage. Les modifications survenues dans les corps étrangers diffèrent absolument suivant qu'il existe ou non un pédicule vasculaire. Dans le premier cas, l'arthrophyte tend vers la résorption, dans le second il persisterait indéfiniment.

Siège. — Les corps étrangers articulaires se forment surtout dans l'articulation du genou, on en a rencontré aussi dans l'articulation du coude, dans l'articulation temporo-maxillaire.

Symptômes. — Trois signes sont pathognomoniques de l'existence des corps étrangers articulaires: 1° la présence d'un corps dur, mobile, dans la jointure; 2° l'apparition intermittente d'une douleur vive, excessivement aiguë, apparaissant brusquement et entraînant momentanément une impuissance presque absolue du membre; 3° l'arrêt mécanique et également brusque du jeu normal de l'article.

Avant que ces signes se produisent, souvent l'attention du sujet a été déjà attirée du côté de l'articulation malade. S'il s'agit d'un arthrophyte d'origine traumatique, comme le corps étranger est en général découvert dès que les symptômes de l'arthrite sont dissipés, le malade aura encore présent à l'esprit le souvenir de la contusion dont il a été la victime et des douleurs vives qu'il aura éprouvées à ce moment; quant aux arthrophytes pathologiques, beaucoup plus communs, parfois on les rencontre dans des articulations relativement saines. C'est à cette dernière catégorie, la plus nombreuse, que se rapportent surtout les symptômes ci-dessus énoncés. La douleur, premier signe observé d'ordinaire, se fait remarquer par son caractère d'acuité; dans certains cas, elle est assez vive pour s'accompagner de vomissements, même de syncope.

Elle survient brusquement; d'habitude, pendant la marche, une douleur fulgurante traverse l'articulation du genou, arrache un cri au patient et peut même occasionner sa chute, puis après quelques instants tout a disparu. Quelquefois, la crise se produisant pendant le sommeil réveille le malade en sursaut.

La plupart des auteurs attribuent cette douleur spéciale à l'introduction subite du corps étranger entre les surfaces articulaires. Ceci peut et doit même se rencontrer fréquemment, lorsqu'il s'agit d'un arthrophyte d'un petit volume. Mais si le corps a une certaine épaisseur il lui est matériellement impossible de pénétrer entre les surfaces de l'articulation.

RICHET invoque alors le pincement subit de la synoviale entraînée par le corps étranger. Cette explication n'est pas plus satisfaisante que la précédente. Aussi DUPLAY revient-il à une opinion émise jadis par CRUVEILHIER, et pense-t-il que la douleur résulte d'une contusion produite sur la synoviale enflammée par le corps étranger se déplaçant brusquement.

L'arrêt instantané des mouvements de l'articulation paraît bien difficile à expliquer si l'on n'admet pas l'introduction du corps étranger, sinon entre les surfaces articulaires elles-mêmes au moins entre les ligaments. Enfin le signe le plus important est fourni par la présence même du corps étranger; il existe pour chaque articulation des points où le corps se montre de préférence: côté latéral interne pour le genou parties latérales de l'olécrâne pour le coude, côté temporal du conduit auditif pour la mâchoire. L'arthrophyte une fois trouvé, la palpation permet d'en reconnaître les divers caractères.

Diagnostic. — Le récit fait par un malade d'accidents douloureux analogues à ceux que nous avons signalés, surtout s'ils sont accompagnés d'arrêt des mouvements mettront le chirurgien sur la voie du diagnostic. Il devra dès lors procéder à la recherche du corps articulaire et faire tous ses efforts pour le découvrir. Cette recherche de l'arthrophyte n'est pas toujours excessivement facile. Il faut imprimer à l'articulation des mouvements dans diverses directions pour arriver à constater l'existence du corps du délit.

Les arthrophytes se déplacent très facilement; le développement d'une certaine quantité de liquide dans l'article facilite encore cette mobilité. On les sent quelquefois traverser l'articulation et fuir pour ainsi dire le contact du doigt explorateur; c'est à cause de cette singulière tendance que les Allemands leur ont donné le nom caractéristique de *Gelenkmause* (rat des articulations). Fréquemment le malade vient en aide au chirurgien dans cette sorte de chasse; il connaît en effet, pour les avoir étudiées, les habitudes de son hôte, et sait aller d'emblée le trouver dans un repli de la synoviale dont il fait son domicile habituel. Parfois après avoir bien constaté la présence du corps articulaire, le chirurgien est impuissant à le reprendre, car il disparaît, va se loger soit entre un ligament et une surface articulaire, soit dans un des culs-de-sac: le malade lui-même, malgré son habitude à déloger l'arthrophyte, ne sait plus ce qu'il est devenu. L'un de nous a vu un cas des plus curieux en ce genre. Un caporal d'un régiment de ligne était entré à l'hôpital du Gros-Cailou avec le diagnostic: raideur de l'articulation du genou, impossibilité d'arriver à une extension complète. Plusieurs moyens de traitement avaient été essayés

inutilement lorsque nous fûmes chargé de ce service. Après avoir constaté l'intégrité de l'articulation et des surfaces osseuses en même temps que l'impossibilité absolue qu'il y avait à étendre entièrement le membre, il fut décidé que l'on aurait recours à l'extension forcée. Le malade étant couché le talon appuyé sur un coussin placé sur la planchette du lit, le chirurgien pesa assez fortement sur le genou; soudain, sans aucun craquement, sans douleur manifestée par le patient, l'extension devint normale. En examinant ensuite l'article nous constatâmes la présence d'un corps étranger du volume d'une amande verte qui très probablement s'était logé entre le ligament rotulien et le plateau du tibia. Le malade savait très bien qu'il possédait ce corps étranger, il n'ignorait même pas qu'il allait parfois se placer en cet endroit, mais désirant se faire réformer, il s'était bien gardé d'informer le chirurgien de ces diverses circonstances.

L'existence d'un corps étranger étant manifestement constatée, il importe de se demander s'il est unique ou s'il y en a plusieurs, puis il faut encore rechercher s'il résulte d'un traumatisme ou si son développement est dû à un état pathologique de l'articulation.

Les différents symptômes que nous avons donnés dans le cours de cet article suffiront à fixer le chirurgien sur l'origine du corps étranger. S'il résulte d'un traumatisme, presque toujours il sera seul. Un arthrophyte d'origine pathologique est unique, dit-on, si on le retrouve avec le même volume, la même dimension, la même forme, les mêmes faces. Malgré ces caractères il est souvent impossible d'acquiescer une certitude absolue, car ces corps se déplacent avec une telle rapidité, que l'on peut à peine en étudier la forme; puis fréquemment ils se présentent tantôt sous une face tantôt sous l'autre.

Il est plus facile de reconnaître si le corps se trouve pédiculé ou libre; lorsqu'il est pédiculé, en effet, sa mobilité est fatalement limitée.

On aura bien soin de ne pas prendre pour un corps articulaire ces indurations du cul-de-sac de la synoviale qui persistent toujours sur la partie supérieure et du côté externe de l'articulation du genou à la suite d'hydarthrose.

Enfin les commémoratifs, la présence d'une cicatrice sur les parties molles suffiront, comme le dit DUPLAY, à faire reconnaître l'origine externe d'un corps étranger. Du reste les faits analogues à celui qu'a cité MOREL-LAVALLÉE (balle libre dans l'articulation du genou extraite seulement après vingt-huit ans) sont exceptionnels.

Pronostic. — Les corps étrangers articulaires constituent, dans la majorité des cas, une affection insignifiante et dont le malade ne se préoccupe même pas. Dans d'autres circonstances, au contraire, et sans qu'on puisse en donner des raisons bien valables, ils deviennent une source d'ennuis et une véritable infirmité; alors gêné par le volume du corps étranger, fatigué des douleurs incessantes qu'il occasionne, le malade vient demander qu'on le débarrasse d'un hôte si incommode.

Traitement. — On a signalé un certain nombre de faits dans lesquels le traitement antisyphilitique a manifestement amené la disparition de corps étrangers intra-articulaires (CULLERIER, GAILLETON, PONCET (de Lyon). Si donc

le malade est syphilitique, il y aura lieu de recourir à semblable médication, mais il faut bien savoir que ce sont là des faits des plus rares.

D'une façon générale le traitement des corps étrangers articulaires est absolument chirurgical dans l'état actuel de la science. Deux méthodes se partagent les préférences.

1° Fixer le corps étranger en un point de l'articulation où sa présence ne pourra être nuisible.

2° Inciser l'article et extraire le corps étranger par le procédé de GOYRAND d'Aix (méthode sous-cutanée) ou directement par l'ouverture de l'articulation à l'air libre (*arthrotomie, taille articulaire*).

Fixation du corps étranger. — Les moyens proposés depuis le milieu du siècle dernier pour immobiliser les corps étrangers dans un coin de l'articulation et leur faire contracter des adhérences se divisent en deux groupes: 1° compression simple; 2° compression aidée de différentes tentatives plus ou moins dangereuses (scarification, introduction d'aiguilles dans l'article, etc.).

La compression simple a été employée pour la première fois par MIDDLETON (1757) et GOOCH (1758). Le corps était maintenu à l'aide d'un bandage agglutinatif et d'une bande, ou d'une genouillère. BOYER et HEY se sont aussi servis d'une genouillère; enfin on a essayé d'immobiliser le corps en le prenant dans un anneau de rideau appliqué sur les téguments et par l'intermédiaire duquel on exerce une compression. Ces divers moyens ont donné quelques résultats, mais les malades n'ayant pas été suivis il est difficile de savoir si la guérison a été durable. Tout ce que nous pouvons dire c'est que ce sont là des procédés absolument inoffensifs.

2° Il n'en est pas de même des suivants. DUFRESNE-CHASSAIGNE a proposé de scarifier la synoviale au niveau du point où l'on veut fixer le corps mobile. WOLF saisissait les tissus et le corps à l'aide d'une forte serre-fine. BLANDIN traversait l'articulation avec une grosse épingle qui embrochait la paroi synoviale et l'arthrophyte. JOBERT introduisait autour du corps une couronne d'aiguilles, de nos jours RICHET fixe le corps étranger au moyen d'un anneau garni de pointes qu'on enfonce dans les tissus. Tous ces procédés n'ont guère été employés que par leurs auteurs, ils exposent à des dangers sérieux et les résultats qu'on a obtenus ne sont pas assez encourageants pour que l'on persévère dans cette voie.

Ouverture de l'articulation. — L'ablation directe d'un corps articulaire est évidemment la première idée qui vient au chirurgien en présence d'un cas de ce genre. Les anciens praticiens incisaient les articulations à ciel ouvert; bientôt les succès se multiplièrent et B. BELL en était arrivé à professer qu'il préférerait l'amputation de la cuisse à l'extraction des corps mobiles du genou. De là les tentatives que nous avons vues et la méthode de GOYRAND, incision sous-cutanée. Actuellement, grâce aux résultats fournis par les pansements antiseptiques, la taille articulaire est devenue une opération courante. Examinons ces deux dernières opérations.

a. *Incision sous-cutanée.* — *Méthode de GOYRAND.* Se basant sur l'innocuité des plaies sous-cutanées, le chirurgien d'Aix conseille de plonger sous la peau, à plusieurs centimètres de distance de la jointure malade, un bistouri long et

étroit et d'aller avec cet instrument inciser la synoviale sur le corps étranger préalablement fixé. Ceci fait, on essaye de chasser le corps de l'articulation et de le faire passer dans le tissu cellulaire ou les muscles voisins. La petite plaie est alors hermétiquement close, plus tard, quand les plaies cutanées et articulaires sont guéries, on va à la recherche de l'arthrophyte.

Ce procédé est d'une exécution fort délicate. La plupart des chirurgiens ont rencontré des difficultés très grandes à faire sortir le corps étranger à travers l'incision de la synoviale, plusieurs même ont dû y renoncer. Des accidents de ce genre sont arrivés à VELPEAU, BONNET, DENONVILLIERS, GOSSELIN, BARELL, TILLAUX, VERNEUIL, GAUJOT, etc. De plus, la méthode ne met pas à l'abri de l'inflammation de la séreuse, du phlegmon diffus, de la suppuration prolongée. En dépouillant les statistiques de H. LARREY, de BARWELL à Londres, de BENDORFF à Leipzig on arrive à réunir cent (100) cas environ, qui donnent 28,4 p. 100 d'insuccès et 8,4 p. 100 de mort, soit trente-sept résultats nuls ou funestes sur cent opérations, moyenne très peu satisfaisante. Reste l'incision à ciel ouvert.

b. *Incision à ciel ouvert, avec la méthode antiseptique.* — Sur cinquante opérations environ, faites en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques, il y a eu à peine trois morts, soit 6 p. 100. Les résultats ont été généralement des plus satisfaisants, la plupart des malades ont récupéré la totalité de leurs mouvements. Il est même nécessaire d'ajouter que ce chiffre de 6 p. 100 de mortalité diminuera fatalement, car les trois cas malheureux de BÆCKEL, SAXTORPH et PAQUET, sont dus à des infractions aux règles de la méthode de Lister. Aussi, plus encore peut-être que dans les autres circonstances, faut-il avoir soin dans la taille articulaire de ne négliger aucune précaution, la moindre faute pouvant entraîner la mort du malade.

Avant tout, le membre aura été immobilisé dans une gouttière plâtrée, on lui aura donné le temps de s'habituer à son nouveau domicile; ensuite la région nettoyée, rasée, lavée avec soin, toutes les précautions étant prises très exactement, un aide fixe le corps étranger puis à son niveau l'opérateur incise les parties molles couche par couche, sous le spray. Il arrive ainsi jusqu'à la capsule, celle-ci ne doit être débridée que si la plaie est parfaitement exsangue; le chirurgien aura donc soin de lier ou tordre tous les vaisseaux et de s'assurer qu'il ne se fait plus d'écoulement. Alors seulement la capsule sera ouverte par une incision juste assez large pour laisser passer le corps étranger. L'arthrophyte enlevé, si l'on soupçonnait l'existence de quelque corps pédiculé, il faudrait explorer l'articulation avec l'index trempé au préalable dans la solution antiseptique forte. Rien ne s'opposerait à l'extraction de ces corps en ayant soin de lier leur pédicule au catgut.

L'opération terminée, la plaie parfaitement exsangue, on suture très exactement la synoviale, ensuite la plaie cutanée; tout drain est inutile (PONCET); la surface articulaire sera recouverte de plusieurs doubles de gaze phéniquée par-dessus lesquels on exercera une légère compression avec de l'ouate et des bandes antiseptiques. Les suites de l'opération sont d'ordinaire on ne peut plus simples. L'immobilisation maintenue pendant quelques semaines assure la guérison totale.

CHAPITRE IV

VICES DE CONFORMATION ET TROUBLES FONCTIONNELS
DES ARTICULATIONS§ 1^{er}. — Vices de conformation des articulations1^o DIFFORMITÉS CONGÉNITALES DES ARTICULATIONS

Bibliographie. — HIPPOCRATE, trad. LITTRÉ, t. IV, p. 225. — A. PARÉ, édit. MALGAIGNE, t. II, p. 350. — PALETTA, *Adversaria Chirurg. Medolan.*, 1788. — DUPUYTREN, *Leçons de clinique chirurg.*, t. III, 1832. — BRESCHET, *Gaz. méd. de Paris*, 1834. — J. GUÉRIN, *Recherches sur les luxations congénitales*, Paris, 1841. — PRAVAZ, *Traité théorique et pratique des luxations congénitales du fémur*, Lyon, 1847. — VERNEUIL, *Gaz. des Hôp.*, 1852. — BOUVIER, *Leçons sur les maladies de l'appareil locomoteur*, Paris, 1858. — W. ROSER, *Die Lehre v. d. spontan. Lux.*, in *Archiv d. Heilkunde*, Bd. V, s. 542, Leipzig, 1864. — BORSIER, art. DIFFORMITÉ ARTIC., in *Dict. encycl.*, 1869 (Bibliogr.). — HUETER, *Klinik der Gelenkrank.*, 2^e édition, Leipzig, 1877. — DOLLINGER, *Arch. f. klin. Chir.*, 1877. — GRAWITZ, *Virchow's Archiv*, Bd. LXXIV, 1878. — KIRMISSON, *Revue mensuelle de méd. et chir.*, 1878. — KRÖNLEIN, *Die Lehre von Lux.*, in *Deutsche Chirurgie* de BILLROTH et LUECKE, 1882 (Bibliogr.). — HAMILTON, trad. POINSOT, 1884. Thèses de Paris. — 1828, CAILLARD-BILLIONNIÈRE. — 1834, LEHOUX. — 1841, SANSON (Concours). — 1842, PARISE.

Les vices de conformation congénitaux des articulations comprennent les ankyloses, les déviations et luxations congénitales.

Les déviations congénitales constituent des types nettement caractérisés; elles intéressent particulièrement la colonne vertébrale, les os du tarse et du carpe; leur étude trouvera mieux sa place lorsque nous décrirons les affections de ces différentes régions.

Les ankyloses congénitales, véritables curiosités pathologiques, résultent d'un arrêt de développement et s'accompagnent fréquemment d'autres anomalies. Leurs symptômes ne diffèrent en rien de ceux des ankyloses acquises et le même traitement leur serait applicable; malheureusement les vices de conformation concomitants rendent souvent inutile toute intervention.

A. — LUXATIONS CONGÉNITALES

Historique. — Les luxations congénitales ont été mentionnées d'une manière fort nette par Hippocrate qui les nommait *Luxations de naissance*.