

Nous exposons, à propos des brûlures du cou, le traitement de ces cicatrices vicieuses.

Le *torticolis osseux et musculaire* a deux causes principales : un traumatisme de la colonne cervicale ou une arthrite cervicale.

Les déformations traumatiques, suite de luxation ou de fracture de la colonne, ont été suffisamment étudiées dans le tome II de cet ouvrage.

Les arthrites cervicales peuvent être rhumatismales. La plupart du temps celles qui déterminent le *torticolis* sont des arthrites tuberculeuses ; spondylites ou mal sous-occipital dans certains cas, arthrites cervicales dans d'autres. La tête fortement inclinée, souvent appuyée sur l'épaule, est immobilisée par la contracture réflexe de tous les muscles de la région. On pourrait dire que dans ces positions vicieuses l'altération osseuse est la cause éloignée, et l'action musculaire la cause prochaine de la déviation. Mais il suffit qu'il existe une lésion articulaire pour qu'à tous les points de vue cette affection soit séparée du *torticolis musculaire*.

#### B. — *Torticolis musculaire*.

Sous ce titre sont réunies partout deux affections absolument distinctes : le *torticolis intermittent* et le *torticolis proprement dit* ; or, rien n'autorise à confondre ces deux affections. Leur étiologie n'est pas la même, elles ne s'accompagnent pas des mêmes altérations ; leurs symptômes et leur marche sont tout à fait différents ; elles ne se transforment pas l'une dans l'autre. Leur traitement n'a rien de commun. Nous le décrirons donc séparément.

##### § 1. — *Torticolis proprement dit*.

Tout le monde connaît les deux formes vulgaires du *torticolis* ordinaire. Dans l'une, *torticolis aigu, passager, rhumatismal, etc.*, la tête s'incline et se fixe pour quelques jours dans une position anormale, à la suite d'un coup de froid, d'un phlegmon adéno-pathique, d'un anthrax, etc. Au bout de peu de temps, retour à l'état normal. L'autre forme est bien différente : *torticolis permanent*. C'est un état définitif, dans lequel la tête est inclinée sur une épaule, le plus souvent l'épaule droite, tandis que le menton regarde du côté

opposé. Ici aucune douleur si l'on essaye de relever la tête ; seulement on est arrêté dans ces tentatives par la résistance de certains muscles, qui semblent raccourcis d'une manière définitive. Le sterno-cléido-mastoïdien est le plus souvent atteint ; mais les autres muscles du cou participent dans bien des cas à la maladie.

Il suffirait de citer, pour l'éliminer tout de suite de cette étude, la forme aiguë et passagère, si la forme permanente n'avait pas avec elle des rapports étiologiques importants. Dans notre description, nous ne viserons que cette dernière.

**Étiologie.** — L'étiologie du *torticolis* est encore insuffisamment connue. Tandis que quelques auteurs semblent disposés à en faire une affection congénitale comme le pied bot, ou du moins contemporaine de la naissance, beaucoup d'autres la croient presque toujours acquise. En réalité, les deux espèces étiologiques coexistent. Elles ne sont même pas essentiellement différentes l'une de l'autre, fait qui ne saurait nous étonner, car les mêmes causes peuvent agir sur les organes, de la même façon, pendant la vie intra-utérine et après la naissance.

a. *Torticolis acquis*. — On lui décrit deux variétés : l'une commune par contracture ou rétraction musculaire ; l'autre exceptionnelle, fort rare si elle existe, par paralysie.

La *contracture permanente* ou la *rétraction musculaire* du *torticolis* acquis est rapportée le plus souvent à l'action du froid, aux traumatismes, aux lésions inflammatoires qui frappent directement sur le muscle. On a suivi quelquefois la marche de la maladie, et on l'a vue commencer par un *torticolis* aigu. Mais souvent les commémoratifs manquent et l'on est réduit à admettre cette explication sous la forme d'hypothèse. Il est vraisemblable que, dans les cas de ce genre, il s'est fait une *myosite* qui aboutit à la rétraction musculaire.

Les phlegmons du cou, si communs au voisinage du sterno-cléido-mastoïdien, produisent un *torticolis* passager qui peut passer à l'état permanent. Il y a certainement là, dans quelques cas, une inflammation propagée du foyer primitif au muscle voisin. La *myosite* était bien évidente dans un cas très connu de Dolbeau (*Gaz. des hôp.*, 1860). Le *torticolis* avait succédé à l'envahissement de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien par la suppuration provenant de la fonte de tubercules pulmonaires. Il y a enfin des *torticolis* qui dépendraient de *myosites* syphilitiques du sterno-cléido-mastoïdien (Ricord).

Peut-on placer l'origine du torticolis dans des *névrites* consécutives à des altérations des centres nerveux, ou à des lésions des nerfs périphériques? On observe quelquefois au cou, à la suite de l'hémorragie cérébrale, des hémiplegies qui se terminent par contracture et même par la rétraction des muscles, comme cela se voit si souvent du côté des membres. Il est vrai que ce n'est pas là une forme habituelle de l'affection. Les parents rapportent souvent le début du torticolis à des convulsions de l'enfance.

Il y a enfin une place à faire pour des contractures permanentes, qui succéderaient à une *contracture habituelle* et longtemps prolongée, sans qu'on puisse songer ni à une myosite primitive ou propagée, ni à des troubles trophiques par lésions nerveuses. C'est ainsi qu'on explique le torticolis qui se montre à la suite de l'astigmatisme et après les paralysies des muscles de l'œil. C'est ainsi encore qu'agiraient ces plaies de la tête et du cou, ou des phlegmons trop éloignés du cou pour qu'on puisse songer à une myosite propagée. Il pourrait bien se faire que des arthrites rhumatismales, légères et bientôt guéries, aient été quelquefois le point de départ de l'affection.

La *paralysie d'un muscle sterno-cléido-mastoïdien* a été indiquée par Fleury (1858). L'autre muscle restant sans contrepois entraînerait la tête de son côté de la même façon que s'il était contracturé. Cette variété souvent contestée est admise par de Saint-Germain. Le type de cette déviation paralytique est réalisé dans certaines affections par la déviation conjuguée de la tête, des yeux. Pourrait-il à la longue se produire ici ce que Dally a désigné sous le nom de *rétraction par adaptation*, c'est-à-dire un raccourcissement définitif du muscle qui n'est plus contenu par son antagoniste, raccourcissement tel que si le muscle paralysé recouvrait toute son action, l'autre resterait quand même contracturé et maintiendrait la déviation? Il nous est impossible de répondre par des faits à cette question.

On observe des torticolis paralytiques dans des conditions exceptionnelles et qui ne se rapportent guère à notre sujet au cours d'affections sérieuses du système nerveux, par exemple dans la méningite tuberculeuse, l'atrophie musculaire progressive, la paralysie pseudo-hypertrophique. Mais, nous le répétons, ces paralysies, de même que les contractures qui succèdent aux hémorragies cérébrales, n'ont qu'un rapport fort éloigné avec le torticolis commun.

b. *Torticolis congénital*. — Le torticolis a été bien rarement

constaté au moment de la naissance. La plupart du temps, c'est au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois que l'affection est découverte. Aussi beaucoup d'auteurs se sont-ils refusés à la considérer comme véritablement congénitale. Elle succéderait simplement à des lésions survenues pendant l'accouchement. Stromeyer a insisté sur la déchirure ou la contusion du sterno-cléido-mastoïdien et de ses nerfs comme cause du torticolis. Blachez, en démontrant qu'après les accouchements avec présentation du siège ou des pieds on trouvait assez souvent des ruptures du sterno-cléido-mastoïdien, pensa avoir découvert la véritable étiologie de la plupart des torticolis dits congénitaux. On a dit à tort que la section ou l'arrachement d'un muscle était incapable de produire sa rétraction; elle ne la produit en effet ni forcément ni peut-être souvent; mais elle est parfaitement capable de le faire, ainsi que le prouvent des faits de Volkmann et de Kirmisson. La réalité du *torticolis obstétrical* ne saurait donc être niée. Ce dernier est peut-être même plus commun que le véritable torticolis congénital.

Le torticolis véritablement congénital et d'origine intra-utérine ne peut être nié, car on en connaît au moins deux exemples observés au moment de la naissance par Petersen et Meinhardt Schmidt. En l'absence de ces constatations directes plusieurs raisons feraient penser à la réalité de son existence, ce sont surtout : 1° la prédominance de l'affection d'un côté, le droit, ce qui semble en rapport avec une position fœtale habituelle; 2° l'existence bien constatée, peu de jours après la naissance, de lésions musculaires qui remontaient certainement à une époque lointaine; enfin 3° l'hérédité de la maladie, notée par Guyon, Dieffenbach, Jeannel. Lorsque le torticolis accompagne le strabisme congénital, ou, comme G. Fischer l'a vu, des rétractions musculaires de la jambe et de l'avant-bras, il est difficile de ne pas placer son origine dans des troubles primitifs de l'innervation. Dans les autres cas, il faut avouer que la cause prochaine de l'affection nous échappe complètement.

Quelles que soient les explications qu'on puisse donner du torticolis, il ne faut pas oublier que le muscle est saisi pendant qu'il est encore à l'état de croissance. L'influence qu'il subit, alors même qu'elle n'altère pas fondamentalement son tissu, peut avoir pour effet de mettre obstacle à son développement normal. On connaît pourtant quelques torticolis développés à l'âge adulte.

**Lésions anatomiques.** — Les altérations musculaires ont été étudiées soit dans des autopsies très rares, soit à une époque plus récente sur des fragments de muscle prélevés au cours d'une opération faite à ciel ouvert.

L'examen a toujours porté sur le sterno-cléido-mastoïdien. Dans les deux tiers des cas, c'est celui du côté droit qui est frappé et l'on peut voir là, soit un cas particulier de cette règle bien connue : les lésions congénitales siègent plutôt à droite, soit le résultat des accouchements en première position dans lesquels le côté droit est particulièrement exposé aux violences extérieures. Le muscle est toujours raccourci; il n'a souvent que la moitié de sa longueur normale.

Sa structure peut n'être point modifiée; mais ce fait est très rare. Le plus souvent il a subi les altérations profondes de la myosite fibreuse. Des noyaux plus ou moins allongés occupent une partie de son épaisseur; la moitié, les trois quarts du muscle, le muscle tout entier, peuvent ainsi être transformés en une corde fibreuse (Heusinger, 1826). Ces altérations scléreuses se propagent fréquemment à la gaine aponevrotique du muscle et même à la gaine des vaisseaux.

On a discuté longuement (Malgaigne, Dieffenbach) la question de savoir si les deux faisceaux du sterno-mastoïdien étaient également pris. Les autopsies n'étant pas assez nombreuses pour fournir à ce sujet des renseignements suffisants, c'est au raisonnement, à l'examen du malade, aux résultats des opérations, qu'on s'est adressé. Il faut convenir que le problème n'a pas reçu une solution suffisante. Il semble résulter des faits observés que la contracture est fréquemment limitée au faisceau sternal; qu'elle est parfois commune aux deux faisceaux et qu'elle frappe beaucoup plus rarement sur le faisceau claviculaire isolément.

Du côté de la colonne cervicale, les diverses autopsies n'ont jamais révélé de lésions bien sérieuses. Souvent l'intégrité des vertèbres est à peu près parfaite; quand il existe une déformation, elle est légère et se borne à un tassement latéral. Aussi les courbures les plus accentuées de la colonne cervicale se redressent-elles assez rapidement sous l'influence d'un traitement convenable après la ténotomie. Dans les rares observations d'ankylose des articulations, ou de soudure des lames, rapportées par quelques auteurs, on pourrait penser à une maladie primitive des os ou des articulations.

On a noté plusieurs fois directement l'arrêt de développement des

os de la face et du crâne dont nous parlerons tout à l'heure. Broca pensait que cette atrophie pouvait s'étendre au cerveau, et de Saint-Germain, qui a trouvé en général très arriérés les enfants atteints de torticolis réputé congénital, est disposé à partager cette opinion.

L'explication généralement admise de l'atrophie de la tête est que la circulation du sang se trouve gênée dans la carotide primitive, à la suite de l'inflexion qu'elle subit; il ne s'agit là que d'une simple

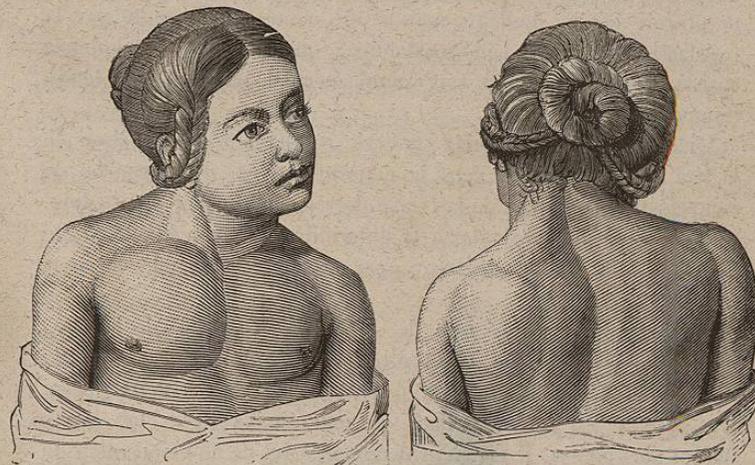


Fig. 6. — Attitude de la tête et du cou dans le torticolis (d'après Duplay).

hypothèse. Mais cette opinion est confirmée par l'observation de Bouvier et d'autres qui ont montré l'asymétrie succédant à une inclinaison permanente d'origine quelconque.

**Symptômes.** — La déviation de la tête constitue le principal symptôme et presque toute la maladie. On la trouve avec le même caractère dans le torticolis passager ou rhumatismal et dans le torticolis chronique; mais, tandis que le premier s'accompagne de douleur et d'une fièvre plus ou moins vive, le second est absolument indolent. Nous n'avons à décrire que le torticolis chronique ou permanent.

La position la plus commune de la tête, la position classique, est celle qui correspond à la contracture ou à la rétraction du sterno-cléido-mastoïdien droit. La tête est inclinée à droite, l'oreille rappro-

chée de l'épaule en même temps que le menton est porté à gauche par un mouvement de rotation de la face. Le cou existe à peine du côté de l'inclinaison. Il résulte de cette déviation complexe que les différentes parties de la face ont absolument changé de position relative; ainsi l'œil droit est au-dessous de l'œil gauche, et en avant de lui.

Le malade ne peut redresser la tête; si le chirurgien essaye lui-même d'opérer le redressement au moyen de tractions modérées, il ne produit aucune douleur, mais il est arrêté tout de suite par la résistance du sterno-cléido-mastoïdien, que l'on sent quelquefois épaissi, d'autres fois avec son volume normal, mais toujours tendu comme une corde.

L'incurvation de la colonne cervicale résultant de l'inclinaison de la tête est accompagnée dans la majorité des cas d'une courbe de compensation au niveau de la région dorsale supérieure; une scoliose véritable peut ainsi s'ajouter à la difformité du cou. L'épaule droite est relevée, la gauche abaissée; c'est encore une attitude de compensation.

On est souvent frappé tout de suite par l'asymétrie de la face. Comparé au côté gauche, le côté droit est manifestement plus petit. La bouche, la narine, la fente palpébrale sont moins développées. L'os malaire est moins saillant, la joue moins forte. Les dents restent plus petites. Il y a eu évidemment arrêt de développement de ce côté.

On dit avoir rencontré quelquefois du strabisme et des troubles de la vue. Il n'est pas bien prouvé qu'ils dépendissent du torticolis.

Le tableau symptomatique est un peu différent lorsqu'un autre muscle que le sterno-cléido-mastoïdien est atteint de contracture. Gooch, au siècle dernier, a décrit le torticolis par contracture du peaucier, dans lequel, suivant que l'affection siège d'un seul côté ou des deux, la tête est inclinée latéralement, mais sans rotation ou directement en avant et en bas. La peau est ordinairement froncée au niveau du muscle contracté. Duchenne a fait voir que le trapèze pouvait être contracturé, d'où le redressement de la tête combiné avec la rotation du côté opposé à la contracture comme dans le torticolis du sterno-cléido-mastoïdien. Dieffenbach a observé la contracture du splénius, dans laquelle le malade renverse la tête en arrière et la tourne du côté du muscle contracturé.

Il arrive que plusieurs muscles sont contracturés à la fois, et que les déviations sont par suite complexes. Delore a récemment insisté sur la fréquence des contractures des muscles postérieurs du cou. Pour lui, le trapèze, le splénius, les complexus, le long du cou, les scalènes jouent le rôle principal.

Malgré tout, que le rôle du sterno-cléido-mastoïdien soit principal ou accessoire, la déviation qui lui appartient est presque toujours prédominante; elle mérite d'être conservée comme le type classique du torticolis.

Le *torticolis paralytique*, dont l'existence même est mise en doute par beaucoup d'auteurs, présente la même déviation que le torticolis par contracture; mais la tête pourrait être ramenée sans trop de peine à sa position normale avec la main; elle reviendrait, dès qu'on l'abandonne à elle-même, dans sa situation première.

**Diagnostic.** — Un *torticolis aigu*, datant de quelques jours, est facile à reconnaître; mais il est intéressant de chercher quelle en est la cause. S'agit-il d'un véritable torticolis musculaire ou bien d'une contracture réflexe consécutive à une région voisine: phlegmon, arthrite rhumatismale ou autre?

Il ne faut pas oublier qu'il existe des *contractions hystériques du sterno-cléido-mastoïdien*. Les signes habituels de l'hystérie, la disparition de la raideur musculaire pendant le sommeil chloroformique, permettraient d'éviter une fâcheuse erreur.

Le *torticolis musculaire permanent* doit être séparé avec soin du torticolis symptomatique des tumeurs blanches de la région cervicale. A vrai dire, le diagnostic est généralement facile. La recherche des douleurs spontanées ou provoquées fournit les principaux renseignements. D'ordinaire, dans toute tumeur blanche, le malade accuse une douleur sourde et profonde. De plus, il existe un point sur lequel la pression détermine une vive souffrance. Les mouvements spontanés et les mouvements provoqués surtout sont très douloureux. C'est à peine si après un repos prolongé on peut imprimer quelques légères oscillations à la tête, sans provoquer les cris et la résistance du malade. Dans le torticolis proprement dit, rien de semblable. Il n'y a pas de douleur spontanée et les mouvements sont arrêtés par la seule résistance des parties.

Il faut beaucoup moins compter sur le gonflement des vertèbres, la saillie des apophyses épineuses, etc., qui, communes, il est vrai,

dans les tumeurs blanches cervicales, peuvent manquer totalement.

Dans le torticolis osseux, l'attitude caractéristique : l'inclinaison d'un côté avec rotation du menton du côté opposé, s'observe rarement ; la tête est plutôt inclinée simplement sur le côté ou en avant ; mais elle peut parfaitement prendre l'attitude exacte du torticolis vrai, et nous avons vu d'ailleurs que dans celui-ci divers muscles peuvent, en combinant leur contracture, donner lieu à des déviations variées.

C'est donc sur la douleur, en l'absence des signes physiques indiquant une lésion osseuse, que se base principalement le diagnostic. Si le torticolis avait succédé à une arthrite cervicale ou à une arthrite sous-occipitale actuellement guérie par ankylose, il serait à peu près impossible, en l'absence de tout commémoratif, de diagnostiquer la lésion articulaire.

On pourra soupçonner quels sont les muscles lésés d'après l'attitude vicieuse ; on les reconnaîtra directement au palper ; ils sont plus durs, plus tendus que ceux de l'autre côté. Enfin ils ne répondent pas, d'une façon complète tout au moins, à l'excitation galvanique. La disparition de l'attitude vicieuse sous le chloroforme différencie le torticolis par contracture du torticolis par rétraction.

**Traitement.** — Nous n'avons pas à insister sur le traitement du torticolis aigu ; variable avec la cause qui le produit, il comporte surtout l'emploi de la chaleur, des antiphlogistiques, des révulsifs, de l'électricité. C'est le traitement banal de la contracture musculaire.

Le torticolis musculaire chronique présente des indications un peu différentes suivant les cas. Si le muscle était toujours à l'état de rétraction, il serait inutile d'essayer contre lui quoi que ce soit, avant d'arriver à une opération chirurgicale. Mais on est appelé quelquefois à intervenir alors que la maladie plus ou moins ancienne est encore curable par des moyens simples. Après des semaines et des mois, le muscle, comme nous le disions plus haut, n'a pas toujours subi une modification trop profonde dans sa structure. On pourra donc commencer par essayer l'électrisation. Duchenne (de Boulogne) a fixé sur ce point comme sur tant d'autres les règles de l'intervention.

Le massage des muscles malades donne souvent d'excellents résultats.

Un traitement orthopédique consistant dans l'extension graduelle

de la tête avec la main ou avec des machines appropriées, paraît inférieur au massage ainsi pratiqué.

Lorsque ces divers moyens auront échoué, il faudra en venir résolument à l'opération. Le torticolis guérit par la section du muscle rétracté et par l'emploi consécutif des moyens orthopédiques.

Les anciens chirurgiens pratiquaient la ténotomie du sterno-cléido-mastoïdien à ciel ouvert ; mais dans un temps où la moindre plaie devenait fréquemment le point de départ d'accidents formidables, on se résignait difficilement à cette intervention. Dupuytren opéra une véritable révolution en imaginant la *ténotomie sous-cutanée*. Il la pratiqua pour la première fois en 1822, et après lui, malgré la résistance de quelques opérateurs, cette méthode, relativement innocente, fit si bien fortune que bientôt il ne fut plus question de section à ciel ouvert.

L'avènement de la chirurgie antiseptique fait revivre ce qui semblait si bien mort. Maintenant que l'infection de la plaie n'est plus à craindre, on reconnaît à la section directe ces avantages très réels de permettre une ténotomie plus parfaite, de fournir des garanties plus grandes contre la blessure des vaisseaux. Le seul inconvénient qui subsiste avec elle, c'est la création d'une cicatrice quelquefois exubérante. Les hommes peuvent faire bon marché de cette petite difformité. Les femmes l'acceptent moins facilement.

La ténotomie sous-cutanée peut être réservée au faisceau sternal, plus limité et plus isolé que le faisceau claviculaire. Elle offre plus de dangers et expose à une section moins parfaite du muscle et de son aponévrose lorsqu'il s'agit de ce dernier (Gross).

Même dans ce cas, il faut convenir que les dangers de l'opération ne sont pas bien grands.

Volkman remplace la section simple du muscle par l'extirpation de la partie calleuse, et récemment Mikulicz a préconisé l'ablation totale du muscle. Ces compléments opératoires seront réservés aux cas de dégénérescences fibreuses très profondes et très étendues.

Le seul cas de mort qui soit connu (Robert) arriva par pyohémie, à la suite de la lésion de la veine jugulaire externe et sans doute d'une infection de la plaie qu'il serait facile d'éviter aujourd'hui. La lésion des veines a été notée bien rarement. Blessât-on d'ailleurs la veine jugulaire externe, il est probable que le danger ne serait pas

bien grand, surtout si toutes les précautions antiseptiques avaient été prises. On a signalé des spasmes nerveux sans importance.

Delore (de Lyon), partant de ce principe que dans un très grand nombre de cas le torticolis est le fait de la contracture des muscles postérieurs du cou, bien plus que du sterno-cléido-mastoïdien, a proposé et mis en usage le redressement brusque du cou, sans section du sterno-cléido-mastoïdien. Au moyen des mouvements graduels de rotation et d'inclinaison, Delore redresse sous le chloroforme l'incurvation vertébrale. On entend de temps en temps, pendant ces manœuvres qui durent de cinq à dix minutes, des craquements dus à la rupture de brides fibreuses (*Gazette hebdomadaire*, 1878). De Saint-Germain fait quelques réserves au sujet de l'emploi de cette méthode. Il n'est pas douteux qu'elle ait donné entre les mains de son auteur de très bons résultats; mais ne pourrait-elle pas devenir bien dangereuse si, par le fait d'un diagnostic inexact ou incomplet, on agissait avec une pareille vigueur sur une colonne vertébrale malade? Une ankylose, un mal cervical méconnu, n'exposeraient-ils pas à des accidents qui pourraient être immédiatement mortels?

Quel que soit le mode de redressement, il faut compléter le traitement par l'emploi de moyens orthopédiques. Sans eux la lésion se reproduit infailliblement. Au bout de quatre ou cinq jours, c'est-à-dire lorsque la petite plaie opératoire est cicatrisée, on applique un collier en cuir moulé renforcé de quelques lames d'acier, qui tient le cou et la tête dans une bonne position. Mais cet appareil est imparfait. Il faut généralement avoir recours à une des machines connues sous le nom de *minerve*. Toute minerve se compose de deux parties essentielles : l'une pelvienne et thoracique, vaste corset destiné à servir de point d'appui; l'autre, céphalique, qui emboîte la tête. Ces deux parties sont unies par une forte tige, disposée de façon à pouvoir, au moyen d'articulations compliquées, redresser la tête, l'incliner latéralement, et lui faire subir un mouvement de rotation. C'est la rotation vicieuse qui est la plus difficile à corriger. On se sert encore dans les établissements orthopédiques, surtout en Allemagne, d'un lit à extension, qui paraît donner d'excellents résultats.

Un appareil beaucoup plus simple et très efficace est celui de Sayre, modifié heureusement par Kirmisson. On fait avec lui une extension continue au moyen d'un tube de caoutchouc placé du côté sain suivant la direction du sterno-cléido-mastoïdien. Ce tube est fixé

en arrière de l'apophyse mastoïde en haut, sur la partie antéro-latérale de la poitrine en bas au moyen de deux larges bandes de diachylon.

La méthode de l'extension continue, préconisée par la plupart des chirurgiens allemands, a donné un beau succès à Gross (de Nancy).

Les appareils de redressement et de contention devront en général être conservés pendant deux ou trois mois. Même alors les opérés ne

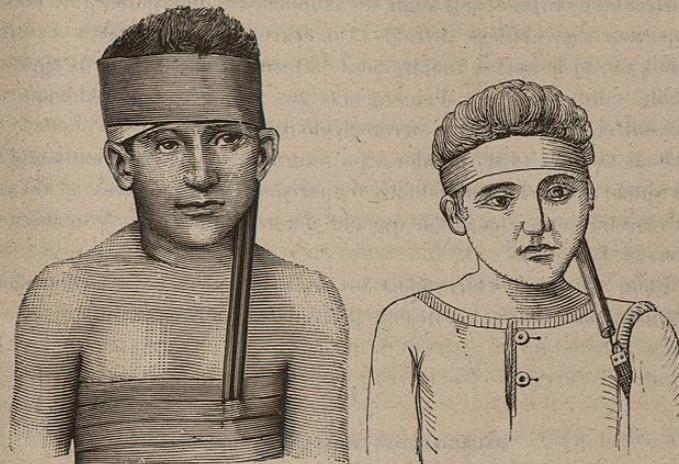


Fig. 7. — Appareil de Sayre.

Fig. 8. — Appareil de Kirmisson.

devront pas être complètement perdus de vue. Il y aura intérêt à faire encore pendant longtemps des massages et des manipulations quotidiens.

## § 2. — *Torticolis intermittent.*

On décrit sous le nom de *torticolis intermittent*, ou *spasmodique*, ou encore de *tic convulsif* ou *rotatoire* du cou et de la tête, une affection tout à fait comparable au tic convulsif de la face.

Les traités de pathologie interne contiennent des détails suffisants sur cette affection. Elle intéresse particulièrement le chirurgien, à cause des tentatives opératoires dont elle a été l'objet. Dans un petit nombre de cas on avait essayé contre elle, mais sans succès, la section du sterno-cléido-mastoïdien, méthode reprise récemment par Kocher, qui pratique des myotomies multiples. Dans les dernières