

La contractilité électrique est ordinairement diminuée dans le sterno-mastoïdien malade.

L'attitude vicieuse peut être tellement prononcée, que les mouvements de déglutition en sont influencés. Couillard-Labonotte a observé des troubles dans le chant par suite de la limitation des mouvements du larynx. Broca et de Saint-Germain ont noté de la diminution de l'intelligence, par suite de l'hémiatrophie du crâne et de l'hémisphère correspondant.

Variétés cliniques. — D'autres muscles du cou peuvent être rétractés, soit en même temps que le sterno-cléido-mastoïdien, soit indépendamment de lui. Il en résulte des attitudes modifiant plus ou moins le type clinique du torticolis classique, qui est celui de la rétraction du faisceau sternal du sterno-mastoïdien, comme de son faisceau claviculaire. Malgaigne, s'appuyant sur des données physiologiques incomplètes, avait pensé que la seule attitude possible dans la rétraction isolée du faisceau claviculaire est l'inclinaison simple de la tête. Mais les faits cliniques étaient en désaccord avec cette opinion, qui n'a plus sa raison d'être aujourd'hui que Maubrac a bien montré que les deux portions du faisceau claviculaire non seulement inclinent la tête, mais participent au mouvement de rotation.

La rétraction simultanée et primitive des deux sterno-mastoïdiens n'a été observée que par J. Guérin. Encore la rétraction était-elle très peu marquée d'un côté, si bien que l'aspect général de la difformité ressemblait au type ordinaire.

En même temps que la rétraction du sterno-mastoïdien, on a observé celle du trapèze. Mais celle-ci était limitée à son bord antérieur et n'a été constatée le plus ordinairement qu'après la section du premier muscle.

La rétraction concomitante du peucier et du sterno-mastoïdien s'est toujours traduite par la formation de brides saillantes superficielles, masquant quelquefois en partie la rétraction du sterno-mastoïdien, ne se montrant, dans d'autres cas, qu'après la section complète de ce dernier muscle.

Dans les quelques observations où le sterno-mastoïdien n'est pas en cause, la difformité prend une physionomie nouvelle, correspondant à l'action des muscles rétractés.

Il n'est pas démontré qu'on ait observé une seule rétraction vraie du peucier. Dans les cas signalés comme tels, il s'agissait bien plutôt de contracture que de rétraction.

Duchenne (de Boulogne) a noté la rétraction isolée de la portion claviculaire du trapèze, qui à l'attitude du torticolis ordinaire ajoute un renversement de la tête en arrière. Vincent Duval rapporte un cas de rétraction totale du trapèze gauche et un autre cas de double rétraction de la moitié supérieure des deux trapèzes.

On a observé la rétraction simultanée du trapèze et du rhomboïde, du splénius et de l'angulaire. Toutes ces combinaisons font partie de ce qu'on a appelé le torticolis postérieur, qui s'accompagne ordinairement d'un certain degré de contracture du sterno-mastoïdien, disparaissant sous le chloroforme.

Marche. Pronostic. — La marche du torticolis, quoique lente, est à peu près fatalement progressive; la difformité devient assez considérable dans bien des cas pour que l'oreille arrive à toucher l'épaule. Il n'en résulte heureusement aucun trouble grave des principales fonctions, si bien que le pronostic devrait être considéré comme favorable, au point de vue de la santé du sujet.

Mais au point de vue de la difformité, le pronostic reste sérieux, car elle ne peut être améliorée que par l'opération. Celle-ci doit être suivie d'un traitement consécutif toujours long et la guérison peut ne pas être complète. Plus le sujet est jeune, plus l'intervention sera avantageuse.

Diagnostic. — Le torticolis étant, par définition, constitué par toute position vicieuse de la tête, il est toujours facile de le reconnaître à un simple examen. Les difficultés commencent quand il s'agit d'établir l'existence du torticolis musculaire chronique par rétraction.

Certaines catégories de torticolis sont d'un diagnostic facile. Tels sont le torticolis cutané cicatriciel ou celui qui est dû à la présence d'une tumeur volumineuse de la région cervicale.

Tous les torticolis musculaires aigus (rhumatismal, sympathique ou traumatique) seront éliminés grâce aux commémoratifs. Sans compter la constatation ordinairement aisée de leur cause, ils comportent tous un élément douloureux qu'on ne retrouve pas dans le torticolis par rétraction, à moins que celui-ci ait débuté par la forme aiguë.

L'hésitation n'est permise qu'en présence de certains cas de torticolis osseux ou articulaire. L'examen devra être d'autant plus minutieux que la déviation, causée primitivement par l'affection articulaire, se complique de la contracture de certains muscles du cou et surtout du sterno-mastoïdien. Aussi, pour éviter cette cause d'erreur, devra-t-on toujours compléter l'examen par l'administration du chloroforme, qui fait disparaître la contracture tandis que persiste l'attitude due soit à la rétraction musculaire, soit aux lésions articulaires. C'est l'ostéo-arthrite tuberculeuse, le mal sous-occipital qui prête le plus facilement à confusion. Les cas typiques ne nous arrêteront pas longtemps. La déviation de la tête soit directement en avant, soit en arrière, la tuméfaction de la partie supérieure de la colonne cervicale, le déplacement de l'atlas sur l'axis, appréciable dans le pharynx et à la nuque, sans compter les signes de pachyméningite, de compression des racines rachidiennes, la douleur vive localisée, soit

spontanée, soit à la pression, sont autant de symptômes qui empêcheront l'erreur.

Il y a des cas plus difficiles, avec rotation de la face du côté opposé. Le mal sous-occipital peut par exemple s'accompagner d'inclinaison latérale de la tête. Si l'inclinaison est accompagnée de rotation de la face du même côté, comme c'est le cas le plus fréquent (Bouvier), l'attention sera déjà suffisamment éveillée pour éviter l'erreur. Mais dans certains cas l'attitude est celle du torticolis musculaire le mieux caractérisé. Le diagnostic se complique encore s'il s'agit de lésions vertébrales guéries, comme dans l'observation partout citée de Bouvier. Il n'y avait plus de tuméfaction, plus de douleur à la pression, une véritable rétraction avait succédé à la contracture prolongée du sterno-mastoïdien. Bouvier allait faire la ténotomie, quand une fièvre typhoïde incidente, et la mort qui suivit, lui permirent de constater qu'il s'agissait d'un torticolis osseux !

C'est dans ces cas qu'on devra insister sur l'exploration digitale des premières vertèbres, soit par le pharynx, soit à la nuque. On pourra reconnaître ainsi un changement de rapports entre les saillies osseuses.

On se rappellera aussi que dans le torticolis musculaire les mouvements du cou sont conservés, sauf ceux qui corrigent la déviation; la rotation peut être exagérée.

Quand on aura ainsi éliminé le torticolis osseux, quand l'examen sous le chloroforme aura montré qu'il ne s'agit pas de contracture, il faudra déterminer nettement le muscle rétracté. S'il s'agit du sterno-mastoïdien, le chirurgien devra rechercher si les deux faisceaux sont atteints ou si un seul est rétracté. Pour bien juger, autant que possible, de la tension des faisceaux, il exagérera la rotation, en essayant le redressement.

c. Torticolis spasmodique. — Cette variété de torticolis chronique est connue sous des noms divers; outre son nom de torticolis spasmodique, on l'a appelé spasme fonctionnel du cou (Duchenne, Couillard-Labonnotte), hyperkinésie de l'accessoire de Willis (Jacoud), tic rotatoire (Fournier), torticolis par action dynamique (Tillaux).

C'est une affection rare qui a sa place en neuro-pathologie; elle intéresse le chirurgien à cause des interventions qu'elle nécessite. Nous dirons seulement quelques mots de son aspect clinique, qui peut d'ailleurs varier à l'infini, comme le fait présager la multitude des noms qu'on lui a donnés.

On rencontre cette affection surtout entre trente et cinquante ans, un peu plus souvent chez la femme que chez l'homme. Son *étiologie* paraît être celle de toutes les névroses. On doit noter cependant l'importance qu'a sur son développement l'abus de la fonction. La *pathogénie* est encore trop peu élucidée pour que nous nous y arrê-

tions. Keen l'attribue à une lésion centrale de l'hémisphère (1); c'est pour lui le résultat d'une polio-encéphalite aiguë comparable à la polio-myélite infantile avec pied bot. Brissaud et Bompaire (2) l'ont interprétée comme une psychose.

Dans sa forme type, le torticolis spasmodique est constitué par des secousses cloniques intermittentes se montrant sur les muscles du cou, ordinairement d'un seul côté, plus particulièrement sur le sterno-mastoïdien. La maladie peut débiter brusquement par les spasmes; mais quelquefois ils sont précédés de douleurs aiguës ou sourdes siégeant dans la région cervicale. Ordinairement les spasmes n'atteignent leur maximum d'intensité qu'au bout d'une à deux semaines.

Au moment des accès, la tête est projetée brusquement dans la position que lui assignent le ou les muscles atteints, et c'est dans cette situation anormale que la face est l'objet d'oscillations nombreuses, de peu d'étendue. On en a compté trente, quarante et jusqu'à cent par minute.

La crise de contracture spasmodique a une durée pouvant aller jusqu'à quelques minutes; au bout de ce temps, les muscles contracturés reprennent leur souplesse. Puis, après un intervalle de repos très court, les phénomènes réapparaissent.

Chose remarquable, il est très difficile au médecin de provoquer, par la pression de la tête en sens inverse de la contracture, la cessation des symptômes, tandis que le malade peut parfois, par sa propre volonté, diminuer ou même faire cesser le spasme.

Les spasmes cessent pendant le sommeil physiologique, pendant la narcose chloroformique ou éthérée.

La douleur qui existe quelquefois au début de la maladie cesse à mesure que les phénomènes spasmodiques se développent. On a noté cependant dans quelques cas une sensibilité très vive. On a signalé la présence de points douloureux au niveau des apophyses épineuses des vertèbres cervicales (Erb), au point de sortie du spinal accessoire, sur le trajet des nerfs cervicaux. Il existe parfois de la gêne douloureuse dans le bras, que l'on a attribuée à la compression du plexus brachial, entre les scalènes contracturés.

La contractilité électrique peut être exagérée. Comme dans le torticolis ordinaire, on a signalé une scoliose de compensation, l'asymétrie faciale, dépendant, d'après Keen, de la même origine centrale que le torticolis, l'association de la maladie avec des affections oculaires.

Telle est la forme type de l'affection, la forme clonique. On a décrit également une forme *tonique* et une forme *tonico-clonique* (3).

(1) KEEN, *Annales of Surgery*, janvier 1891.

(2) BOMPAIRE, Du torticolis mental, thèse de Paris, 1894.

(3) Voy. ISIDOR, Étude sur le torticolis spasmodique, thèse de Paris, 1895.

Tillaux a décrit la forme *dynamique*. Ce torticolis dynamique paraît bien voisin du torticolis paralytique (Isidor).

La *marche* de la maladie est très variable. L'affection une fois constituée, la difformité peut rester permanente (Nègre), plus souvent elle continue à se manifester par accès paroxystiques. Ces accès peuvent être interrompus par une maladie intercurrente, par une attaque de vésanie (Brodie, Francis). La guérison complète est l'exception.

Le *diagnostic* se fait facilement. Il faudra toujours rechercher si les mouvements spasmodiques ne sont pas dus à une affection centrale, à une tumeur cérébrale ou une altération vertébrale.

Le *pronostic*, en ce qui concerne l'existence elle-même, est bénin. Mais les ennuis de toutes sortes, physiques et moraux, auxquels expose le torticolis spasmodique, rendent la vie bien triste au malade, ce qui explique les interventions chirurgicales qui ont été proposées.

Traitement du torticolis musculaire chronique. — L'étude des symptômes, des causes, des lésions des deux variétés du torticolis chronique nous les ont montrées très différentes l'une de l'autre à tous ces points de vue. Elles diffèrent également au point de vue du traitement.

TRAITEMENT DU TORTICOLIS PAR RÉTRACTION MUSCULAIRE. — Dans cette variété, le chirurgien se proposera : 1° de redresser la tête; 2° de maintenir la tête en bonne position. S'il s'agissait toujours et d'une façon certaine de l'envahissement d'un muscle par un noyau fibreux, il n'y aurait qu'un moyen de répondre à la première indication, il faudrait faire la ténotomie pour rendre au muscle la longueur que la rétraction fibreuse lui a enlevée.

Mais cette opération est inutile quand le muscle n'est que contracturé. La chloroformisation, dont nous avons déjà vu l'importance au diagnostic, devient ici un moyen important de traitement. Le massage, l'électrisation par les courants continus ou par les courants interrompus, soit des muscles malades, soit des antagonistes (Duchenne, de Boulogne), pourront être de quelque utilité.

Delore (1) a recommandé dans certains cas « le massage forcé ». Il trouve son application dans certaines formes de torticolis, telles que le torticolis postérieur ou encore lorsqu'à la contracture musculaire s'ajoutent des raideurs articulaires qui maintiennent la déformation. Le procédé consiste à faire exécuter à la tête des mouvements lents et progressifs en sens inverse de la déviation. Une séance de cinq à dix minutes suffit ordinairement pour rompre les brides fibreuses; on maintient le redressement à l'aide d'un appareil. Malgré les succès qu'elle a donnés à ce chirurgien (16 guérisons sur 16 cas), cette

(1) DELORE (de Lyon), *Gaz. hebdom.*, 1870.

méthode ne saurait être recommandée qu'avec réserve. Il y entre trop de hasard; on ne voit pas suffisamment ce que l'on fait.

Les torticolis fonctionnels, sous la dépendance d'une paralysie musculaire, disparaîtront quand on aura traité leur cause (Nieden) (1).

Quand il s'agit d'une rétraction vraie et primitive, la ténotomie est la seule intervention qui permette de redresser la tête. On ne la fait que sur le sterno-mastoïdien; ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'on a sectionné le peaucier (Dieffenbach) ou le trapèze (Stromeyer).

On peut sectionner simultanément les deux chefs du sterno-mastoïdien comme le faisaient les anciens ténotomistes. Bouvier et J. Guérin ont été les premiers à préconiser la section du faisceau sternal seul. Le chef claviculaire pourra n'être sectionné que si sa rétraction apparaît après la ténotomie du chef sternal.

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA TÉNOTOMIE. — Jusqu'à ces dernières années la ténotomie sous-cutanée, inaugurée par Dupuytren, était la seule employée. Elle est restée la méthode classique. Mais, les progrès de l'antisepsie permettant aujourd'hui d'éviter les accidents que redoutaient les anciens opérateurs, on est revenu à la vieille méthode de ténotomie à ciel ouvert qui a été préconisée tout d'abord à l'étranger par Volkmann, Billroth, Lorenz, Heineke, Bradford, Keetley, et en France par Levrat, Lannelongue, Kirmisson, Lucas-Championnière, etc.

1° *Ténotomie sous-cutanée.* — La section du tendon peut être faite de la superficie vers la profondeur ou de la profondeur vers la superficie. Ce dernier procédé est plus brillant, mais il expose à la section de la peau. Le premier est plus sûr.

Quel que soit le procédé choisi, l'opération est la même dans ses grandes lignes. Le chloroforme, à moins d'une grande pusillanimité, est inutile. Le malade étant sur le dos, un aide est placé à la tête. Il aura pour mission, une fois le ténotome introduit, de tendre énergiquement le muscle, en exagérant la rotation et en attirant la tête du côté opposé à son inclinaison. En même temps, l'épaule sera abaissée et portée en avant, ce qui éloigne le muscle des parties profondes. Le chirurgien détermine le point d'élection à 15 ou 20 millimètres au-dessus du sternum; il reconnaît autant que possible le siège de la jugulaire antérieure et de la jugulaire externe.

Supposons qu'il ne veuille sectionner que le chef sternal. En dehors ou en dedans du tendon, au côté externe par exemple, il fait à la peau un pli vertical dont il ponctionne la base avec un ténotome pointu.

L'instrument est introduit à plat en avant du tendon jusqu'au bord interne, puis retourné à angle droit; le muscle est alors coupé d'avant en arrière en sciant à l'aide de petits mouvements bien limités.

(1) NIEDEN, *Centralblatt für prakt. Augenheilk.*, 1892.

Quand la section est complète, on entend un craquement caractéristique et la tête se redresse. Le chirurgien retire le ténotome. On ferme la petite plaie avec du collodion salolé ou iodoformé.

Dans la section d'arrière en avant, il faut préalablement pincer et soulever le tendon de la main gauche. On introduit ensuite le ténotome sous le muscle.

S'il est nécessaire, on complète l'opération par la section du chef claviculaire. Les mêmes règles sont applicables. La section d'avant en arrière donne plus de sécurité pour ne pas blesser la jugulaire externe.

2° *Ténotomie à ciel ouvert.* — Volkmann met le muscle à découvert en incisant longitudinalement le long de son bord interne. Non seulement il sectionne le muscle et sa gaine épaissie, mais encore il résèque la portion la plus indurée. D'autres incisions ont été préconisées : telle est l'incision horizontale à un travers de doigt au-dessus de la clavicule, ou encore l'incision intermédiaire aux deux chefs du sternomastoïdien (Lorenz).

Aujourd'hui qu'on peut éviter les complications septiques, la section à ciel ouvert n'a plus contre elle que la cicatrice qu'elle laisse après elle, si bien que Volkmann ne l'emploie que chez des garçons.

Elle a en revanche de nombreux avantages qui compensent cet inconvénient. Avec elle on voit mieux ce qu'on fait, elle permet d'éviter plus facilement la blessure des veines ; elle rend plus aisée la section des brides fibreuses, qu'on ne rompt que par des mouvements forcés ou un traitement orthopédique prolongé dans la ténotomie sous-cutanée.

Soins consécutifs à la ténotomie. — Une fois la tête redressée, il faut la maintenir dans sa nouvelle position. Les anciens orthopédistes plaçaient un bandage provisoire en attendant la cicatrisation de la petite plaie opératoire. Aujourd'hui les chirurgiens suivent l'exemple de Tillaux et appliquent immédiatement l'appareil définitif.

Pour maintenir le redressement, J. Guérin et d'autres orthopédistes employaient l'extension horizontale et avaient imaginé des lits mécaniques spéciaux. Volkmann et les chirurgiens allemands préconisent encore l'extension horizontale continue pendant deux semaines en moyenne ; puis ils permettent aux malades de s'asseoir, d'abord pour les repas seulement, et bientôt pendant la journée.

En France, on pratique l'extension sur le sujet debout ou assis. On arrive à la produire à l'aide des appareils appelés minerves ; ils sont composés d'une portion thoracique et pelvienne qui sert de point d'appui et d'une portion céphalique qui emboîte la tête.

L'appareil de Sayre, fréquemment employé, comprend d'une part un bandeau céphalique, c'est-à-dire une large bande de diachylon placée sur le front, sur laquelle on fixe une autre bande de mousseline devant faire le tour de la tête, et d'autre part une courroie élas-

tique en anse dont le plein répond à l'aisselle et qu'on attache au bandeau céphalique du côté opposé à la déviation primitive.

Kirmisson entoure la tête et le thorax de deux larges bandes de diachylon ; ces bandes sont réunies par un tube de caoutchouc, placé de façon à combattre la difformité.

L'appareil est laissé en place un temps qui varie entre deux semaines et plusieurs mois. Le massage, la gymnastique seront d'utiles adjuvants.

Il existe de nombreux faits de guérison complète à la suite de ce traitement, c'est-à-dire de la ténotomie et du redressement orthopédique consécutif. Les plus beaux résultats ont été obtenus dans les cas les plus récents, ce qui se comprend facilement. La difformité principale et celles qui l'accompagnent, la déviation vertébrale par exemple, ont d'autant moins de chances d'être complètement effacées que l'affection est plus ancienne.

On a observé, après guérison apparente, un certain nombre de récurrences. Elles sont presque toutes imputables à des opérations incomplètes ou à un traitement consécutif insuffisamment prolongé.

TRAITEMENT DU TORTICOLIS SPASMODIQUE. — Cette affection est remarquable par sa ténacité et la résistance qu'elle oppose trop souvent à tous les traitements. Le traitement chirurgical est celui qui donne relativement le plus de succès. Mais avant d'en venir à une opération, il faudra toujours essayer les moyens médicaux ou orthopédiques, qui dans quelques cas ont amené une amélioration, sinon la guérison définitive.

On a recommandé les bromures, la belladone, la morphine. Harley prétend avoir obtenu de bons résultats de l'emploi de la ciguë dans un certain nombre de cas. Les larges cautérisations, les vésicatoires, le massage des muscles antagonistes, l'électrisation ont tous eu leurs défenseurs.

Les appareils orthopédiques, la ténotomie ont été également recommandés. Mais tous ces moyens n'ayant pas amené pour la plupart de bons résultats, et la maladie se localisant d'autre part à certains groupes musculaires à innervation commune (sternomastoïdien et partie supérieure du trapèze, muscles de la nuque), on a essayé, en attaquant les nerfs, de supprimer la cause même de l'affection.

C'est sur la branche externe du spinal et sur les branches postérieures des nerfs cervicaux qu'ont porté les opérations.

Collier a fait avec succès la ligature du spinal (1). L'élongation a été pratiquée un certain nombre de fois, soit comme unique intervention, soit suivie, aussitôt après ou au bout d'un certain temps, de la résection. Tillaux s'y est déclaré opposé, ayant remarqué, par des

(1) COLLIER, *The Lancet*, vol. I, 1890, p. 1355.

expériences cadavériques, que la traction exercée sur le bout central retentissait sur les origines bulbaires et pouvait avoir de ce chef des conséquences fâcheuses. Sur le vivant, on n'a jamais signalé d'accident de ce genre. L'élongation paraît cependant peu recommandable, car sur douze observations qui ont été rapportées, elle n'a donné qu'une guérison et trois améliorations (1).

De toutes ces opérations proposées contre le torticolis spasmodique, la résection du spinal est la plus fréquemment pratiquée. Faite pour la première fois par Campbell de Morgan en 1862, elle fut répétée par plusieurs chirurgiens en Angleterre et en Amérique. Elle a été introduite en France par le professeur Tillaux, en 1882. Elle n'a, depuis cette époque, été pratiquée dans notre pays que trois fois, en 1884 par Terrillon, en 1886 par M. Schwartz, en 1894 par M. Lejars.

Pour découvrir le nerf, deux voies s'offrent au chirurgien, l'une rétro-mastoïdienne, sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien, l'autre prémastoïdienne, sur son bord antérieur.

La première voie a été le plus fréquemment suivie. Tillaux a établi deux points de repère faciles à trouver. Le 1^{er} est une ligne horizontale tirée de l'angle de la mâchoire; elle correspond au point où le nerf sort de la loge parotidienne. Le 2^e est le bord supérieur du cartilage thyroïde: c'est à ce niveau que le nerf pénètre dans le muscle. En suivant le bord postérieur du sterno-mastoïdien entre ces deux points de repère, après avoir coupé la peau, le peucier et être tombé sur les fibres postérieures du muscle, on les récline et on tombe sur le nerf cherché. On le reconnaît à sa direction en bas et en arrière et aux filets qu'il abandonne au sterno-mastoïdien et au trapèze. Il faut le couper assez haut pour être sûr de réséquer en même temps les filets qui se rendent au trapèze et qui souvent naissent assez haut. On excise ordinairement un morceau du nerf long de 1 à 3 centimètres.

La section du spinal est suivie d'atrophie du sterno-mastoïdien et de la partie supérieure du trapèze avec parésie. La paralysie se rencontre rarement, probablement à cause de la suppléance fournie par les filets nerveux venus du plexus cervical profond. Quoiqu'il en soit, il n'en résulte aucun trouble fonctionnel, il y a seulement un peu d'asymétrie des deux moitiés du cou, qu'on pourrait combattre en faisant l'opération sur le nerf spinal de chaque côté.

Sur six cas où l'élongation et la résection du spinal ont été pratiquées, il y a eu deux guérisons et trois améliorations.

Sur trente-cinq malades chez qui on a fait seulement l'excision, il y a eu six guérisons et quatorze améliorations (Isidor).

Il y a actuellement dans la science sept cas où l'excision du spinal

(1) Consulter Isidor, Étude du torticolis spasmodique, thèse de Paris, 1895.

n'ayant amené aucun résultat, les chirurgiens (Barker, Gardner et Gilles, Keen, Smith) ont fait la section des branches postérieures des nerfs rachidiens. Une fois elle a été faite d'emblée par Powers. C'est l'opération dite de Keen. On lui doit deux guérisons et deux améliorations. — Le moment n'est pas venu d'apprécier cette façon de faire. La question est trop nouvelle pour que l'on puisse faire autre chose que renvoyer, pour les détails, au travail d'Isidor. D'autre part, au moyen de l'électrisation, du massage, des appareils contentifs, il semble qu'on ait amélioré sensiblement quelques-uns de ces cas difficiles. Tout cela revient à dire que la méthode de traitement n'est pas fixée, et que la question appelle de nouvelles recherches.