

sternum est par elles ramené en arrière et le diamètre antéro-postérieur du thorax est diminué tandis que le diamètre transversal est augmenté. Le bassin plus incliné a son angle sacro-vertébral saillant.

*Symptômes.* — Telle qu'elle doit être décrite, la lordose appartient surtout à l'âge adulte où la colonne dorso-lombaire s'est secondairement déformée ou bien a accentué par pression et surcharge une déviation seulement sensible à l'adolescence. Ensellure lombaire, saillie de l'abdomen, dos voûté à la région dorsale supérieure, vertèbres cervicales inférieures saillantes et tête portée un peu en avant, fixée dans une attitude verticale par la colonne cervicale supérieure, dépression sous-claviculaire accentuée, élargissement du thorax dont les parties latérales et antérieures sont aplaties, saillie des épines iliaques antéro-supérieures et dépression plus marquée des plis inguinaux, proéminence de la région fessière : tels sont les signes relevés chez les sujets atteints de lordose, mais dont les caractères ne sont nettement accusés que dans les cas invétérés ; ils disparaissent facilement chez l'enfant à mesure que la cause disparaît.

*Diagnostic.* — Le diagnostic ne saurait présenter de difficultés. La date récente du début et les phénomènes douloureux indiqueront une cause aiguë. L'exploration électrique et l'atrophie des muscles feront retrouver l'origine paralytique rare. L'examen attentif des membres, des articulations, des grandes cavités splanchniques ou d'autres déviations vertébrales, conduira vite la solution du problème. Dans le jeune âge, la lordose vraie est une attitude normale exagérée et susceptible alors de se laisser modifier par les moyens ordinaires dont dispose l'orthopédie.

### III

#### TORTICOLIS

Le *torticolis* (déviation de la tête et du cou) ne peut avoir une définition exacte embrassant l'ensemble des caractères et des causes de la lésion. Le *torticolis* est en effet le symptôme d'affections très complexes de la colonne cervicale dont les os ou les articulations peuvent être atteints à différents degrés, du tissu cellulaire et fibreux rétractés à la suite d'inflammations étendues, de la peau détruite par des ulcérations ou des plaies et soumise au régime ordinaire des rétractions cicatricielles, des nerfs ou des centres nerveux qui agissent sur les muscles pour les contracturer ou les raccourcir, enfin et surtout des muscles dont le tissu, modifié par des inflammations, des ruptures, des épanchements ou des attitudes, reste trop souvent modifié dans sa texture. Et c'est ainsi qu'on a pu établir entre le pied bot et le *torticolis* une analogie qui a pour elle l'expérience des faits et du traitement.

*Division.* — L'étiologie établit elle-même une classification logique : *torticolis* osseux, articulaire, cicatriciel, spasmodique, musculaire. Mais c'est le *torticolis* musculaire qui doit spécialement fixer notre attention parce qu'il est plus fréquent et forme à lui seul une affection assez bien définie

réclamant un traitement chirurgical, aujourd'hui classique. Toutes les autres variétés doivent être examinées aux chapitres diagnostic et traitement. Le *torticolis* musculaire est *aigu* ou *chronique*.

*Torticolis aigu.* — On lui donne encore le nom de *torticolis* rhumatisal. Le refroidissement chez les sujets rhumatisants, mais aussi bien les attitudes vicieuses un instant maintenues, les violences extérieures, les plaies, une inflammation voisine chez les sujets nerveux et sensibles forment l'ensemble de son étiologie. Un seul muscle, le sterno-mastoïdien presque toujours, le trapèze assez fréquemment, ou bien l'ensemble des muscles de tout un côté du cou et de la nuque peuvent être atteints de contracture passagère. De là, différentes attitudes que nous aurons bientôt à examiner et qui ont pour caractère commun d'incliner la tête sur l'épaule voisine et de la maintenir dans cette position tant que la cause persistera.

La soudaineté de la déformation, la saillie des muscles intéressés, la douleur permanente et provoquée par les mouvements spontanés et communiqués, la sensibilité vive à la pression sur les muscles saillants, la fièvre, légère le plus ordinairement, sont les éléments du diagnostic.

Cette forme de *torticolis* ne réclame guère l'intervention de la chirurgie, à moins qu'il ne s'agisse d'inflammations vives et prolongées, mais dans ce cas ce n'est pas à la déviation elle-même que l'intervention devra s'adresser, mais plutôt à la cause qui l'aura produite. Aussi son pronostic sera-t-il bénin, à moins que la cause, en dépit du traitement chirurgical ou médical, persiste et provoque ainsi le passage à l'état chronique.

*Traitement.* — On doit peu se préoccuper en général du *torticolis* aigu quand la cause est légère : il suffit de soustraire le sujet malade à l'action du froid et de le laisser au repos avec un bandage ouaté sur la tête et le cou pour maintenir élevée la température locale. Nous ne parlons pas des plaies, des furoncles, des abcès, des adénites qui doivent être traités d'une façon spéciale, et n'insistons que sur la déviation trop longtemps maintenue et faisant craindre une attitude vicieuse définitive. Dans ce dernier cas, le massage, l'appareil ouaté doublé d'un collier de carton ou de toute autre substance qui maintiendra sans violence le redressement de la tête, ou le produira peu à peu, sont les moyens auxquels on devra recourir ; mais dans les circonstances plus sérieuses, où la déviation persiste quand déjà la période aiguë est passée, laissant après elle une attitude vicieuse qu'on craint de voir rester définitive, l'application de l'extension continue élastique constitue une ressource des plus précieuses. Celle-ci, tandis que le tronc sera bien maintenu par un corset fixateur, tel que nous le proposons pour le mal de Pott ou la coxalgie, sera faite au moyen d'une mentonnière de gutta-percha ou de plâtre prenant en arrière un solide point d'appui sur la nuque, donnant de chaque côté prise à des liens élastiques reliés aux montants du lit. Rarement un *torticolis* aigu prolongé résistera à ces procédés simples dont le premier avantage est de ne pas provoquer de douleur et dont le seul inconvénient sera de devoir être maintenu quelquefois pendant un certain temps.

*Torticolis chronique.* — Tandis que le *torticolis* aigu ne se présente



que rarement chez le tout jeune enfant et bien au contraire appartient aux âges plus avancés, la forme chronique est celle qu'on voit dès la naissance ou peu de temps après, aussi a-t-elle reçu le nom de *torticolis congénital*. Cependant il faut tenir compte des cas isolés où la chronicité, même passé les premières années, peut succéder à un état aigu, à une myosite légère; de ceux où une attitude volontaire reste définitive, et d'un plus grand nombre où une altération fortuite du muscle, qu'elle soit traumatique, syphilitique, nerveuse, inflammatoire secondaire, arrive aux mêmes résultats. La forme congénitale doit cependant servir de type, et c'est d'elle que nous devons nous occuper ici. Un enfant naît absolument sain en apparence, mais bientôt on s'aperçoit qu'il « porte mal la tête » et que le cou s'incline un peu de côté sans qu'on puisse, par le redressement manuel, le ramener et le maintenir en bonne situation. Tel est le cas ordinaire. Très rarement la déviation est sensible à la naissance : sur plus de 25 000 enfants nouveau-nés, Guyon n'a pas rencontré un seul cas de *torticolis congénital*. Enfin la tendance à un progrès sensible de la déformation s'accroît peu à peu.

*Étiologie.* — Des causes multiples ont été invoquées créant ainsi des théories d'autant moins importantes qu'elles ne modifient rien au traitement, d'autant plus incertaines que le contrôle des faits signalés comme causes prédisposantes est presque toujours impossible. Quelques tares disséminées dans diverses régions : l'atrophie précoce de la face, une malformation du pavillon de l'oreille, un bec-de-lièvre, une hernie ombilicale, un pied bot, font supposer une influence nerveuse de nature inconnue ou un arrêt de développement et peuvent à la rigueur plaider en faveur du *torticolis congénital*, mais à part quelques faits très isolés (Petersen, *Arch. für klin. Ch.*, 1884, XXX, p. 781), l'attitude vicieuse est nulle ou inconnue de suite après la naissance. Golding Bird établit une relation possible entre le *torticolis congénital* et la paralysie infantile, mais il est démontré que certains faits où l'atrophie faciale, le raccourcissement de certains os, la diminution de volume du pied ou de la main paraissent donner raison à cette opinion, se sont trouvés, malgré tout, en désaccord avec elle, attendu qu'il n'existait aucun trouble du côté des réactions électriques. La même incertitude existe, faute d'observations bien établies, quand on cite la position vicieuse du fœtus dans le sein maternel ou les adhérences amniotiques. Celles-ci agiraient comme l'expérience physiologique qui consiste à raccourcir un muscle en rapprochant pendant un certain temps ses extrémités (Petersen, de Kiel).

La syphilis trouve naturellement sa place dans cette étiologie puisque le sterno-mastoïdien est plus spécialement atteint par les gommées musculaires qu'on voit assez fréquemment au cou, mais il ne paraît pas prouvé qu'elles existent souvent dans les premiers mois de la vie. Toujours est-il que chez les tout jeunes enfants on voit quelquefois un épaississement, une tuméfaction du sterno-mastoïdien dont la nature peut être discutée, et les observations sont rares qui prouveraient que ces myosites traumatiques ou spécifiques ont été plus tard suivies de rétraction musculaire.

Le traumatisme de l'accouchement est peut-être la cause la plus probable,

si l'on en croit les discussions récentes et les observations publiées. L'accouchement par le siège, à cause des tractions sur les membres inférieurs et le tronc déterminerait des ruptures, des hématomes du muscle et peut-être de l'inflammation consécutive. Resterait à prouver aussi que la rupture d'un muscle peut le raccourcir, ce qui est contestable (Petersen-Jeannel). Resterait à prouver aussi que l'hématome peut se produire sans rupture et qu'il est capable d'amener par inflammation de la sclérose. Pièces en mains et répondant à Smith et Parker qui nient l'influence de l'hématome, d'Arcy Power a montré comment cette lésion était plus tard remplacée par du tissu fibreux. Judson (*Acad. Méd. New-York*, avril 1890) a cité de nombreux cas où cette influence peut être soutenue. Lorenz (*Wiener klin. Woch.*, 1892) invoquerait, comme origine du *torticolis*, la scoliose cervicale, dont il reconnaîtrait deux formes, l'une à courbure cervico-dorsale simple, l'autre à courbure complexe, et son opinion peut être rapprochée de celle de Phocas (de Lille) (*Rev. d'orthop.*, 1894, p. 56) qui, considérant certains cas de *torticolis congénital* où le redressement manuel est facile et où il est bien établi qu'on retrouve chez le sujet des altérations rachitiques précoces, admet un *torticolis rachitique*. Nous avons nous-même observé deux cas dans lesquels cette origine était indiscutable.

Kœnitz (*Samm. klin. Vort.*, 1894, n° 88) admet une opinion mixte sur les origines du *torticolis congénital*. Les lésions intra-utérines, les altérations traumatiques des muscles pendant l'accouchement joueraient un rôle important et l'asymétrie faciale pourrait avoir, comme la déviation elle-même, une origine congénitale, c'est-à-dire intra-utérine. Telles sont les opinions admises au sujet d'une étiologie qui ne peut être unique.

*Anatomie pathologique.* — Dans le *torticolis chronique* dit *congénital*, plusieurs muscles peuvent être atteints, ensemble ou séparément : le sterno-cléido-mastoïdien, le trapèze, le splénius; mais de tous, le sterno-mastoïdien est le plus souvent malade et c'est vraiment lui qu'il faut considérer dans la description du *torticolis* presque constamment produit par sa rétraction. Le côté droit, dans une proportion des deux tiers, est plus fréquemment affecté que le côté gauche. Les observations faites au cours des opérations ont servi à étudier les lésions. Ce muscle est raccourci, diminué de volume, grêle surtout du côté de son chef sternal qui, à lui seul, paraît surtout faire les frais de la déviation; mais, s'il est moins rétracté, son chef claviculaire perd aussi de son volume et devient saillant dès que la partie sternale est coupée. Le corps du muscle, enveloppé d'une aponévrose épaissie, plus résistante que de coutume, peut offrir des stries blanchâtres qui indiquent des épaississements fibreux, plus ou moins régulièrement disséminés à travers le tissu musculaire. Vollert (*Centralb. für Ch.*, 1890, n° 58, p. 712) a pu, sur trois pièces enlevées au cours d'opérations à ciel ouvert, étudier la diminution du nombre des faisceaux musculaires, et la séparation des faisceaux existants par des travées conjonctives épaissies. Ces faisceaux musculaires sont comme étouffés par la sclérose de leur enveloppe et l'on n'a point retrouvé sur eux de dégénérescences graisseuses. Autour du muscle et de ses enveloppes les aponévroses présentent aussi des altérations



d'épaississement, de résistance anormale qui s'étendent quelquefois assez loin du côté de la région sus-claviculaire et peuvent à elles seules s'opposer au redressement. Cet épaississement va quelquefois jusqu'à la gaine des vaisseaux carotidiens et explique ainsi leur diminution de volume, leur atrophie bien mieux que ne le fait la compression de ces mêmes organes par l'inclinaison du cou. Il rend compte également de l'atrophie faciale et crânienne que divers auteurs ont expliquée par la traction exercée sur l'apophyse mastoïde, et l'hyperextension des muscles du côté sain. (C. Walther, *Traité de ch.*, vol. V, p. 711.)

L'attitude vicieuse entraîne d'autres altérations diversement interprétées. Telles sont l'hémiatrophie de la face et souvent une déformation ovale du crâne. La bosse frontale est moins saillante et la bosse occipitale au contraire plus sensible, tandis que celle du côté opposé est légèrement aplatie. Le front est fuyant du côté de la lésion, la pommette moins saillante, l'orbite plus petite, la commissure labiale est abaissée et les arcades dentaires sont réduites de volume. La diminution du tronc carotidien, quelle que soit sa cause, suffit à elle seule pour expliquer ces lésions trophiques qui résulteraient alors d'un afflux moins abondant du sang artériel; mais certains auteurs, constatant d'autre part qu'il existe aussi du même côté un peu d'atrophie osseuse et musculaire sur les membres, en ont conclu que des lésions centrales pourraient à elles seules expliquer cet ensemble d'altérations parmi lesquelles il faudrait ranger les lésions vasculaires.

Signalons enfin des courbures de compensation qui se produisent du côté de la colonne vertébrale. Ces courbures, d'autant plus accentuées que l'attitude vicieuse est plus accusée, n'arrivent cependant que bien tard à modifier les vertèbres et leurs ligaments articulaires; car, après la section du muscle raccourci, le redressement est ordinairement facile. Le thorax, les côtes suivent nécessairement comme dans toute attitude scoliotique les inclinaisons de la colonne vertébrale et peuvent conserver d'une façon définitive les déformations qui leur ont été ainsi communiquées, mais il faut que déjà les vertèbres aient subi des modifications profondes analogues à celles que l'on a rencontrées dans la scoliose vraie. Les viscères et les organes des sens échappent à l'influence du torticolis chronique. On a cependant signalé le strabisme, l'astigmatisme; mais il est exact de reporter à l'étiologie ces affections que Cuignet de Lille a, en 1874, signalées comme capables d'imposer des attitudes défectueuses et de prédisposer ainsi au torticolis.

*Symptômes.* — Le torticolis chronique a pour caractère dominant la déviation de la tête et du cou qui suit exactement le raccourcissement du sterno-cléido-mastoïdien. La tête est inclinée sur l'épaule correspondante et le menton est dévié du côté opposé, de telle sorte que la face, s'il s'agit d'un torticolis droit, regarde vers le côté gauche. L'oreille est sur un plan inférieur par rapport à celle du côté sain, et antérieure à elle, et placée dans l'attitude du sujet qui écoute. Le cou est raccourci et forme sur la région sus-claviculaire un pli plus ou moins profond suivant le degré de la lésion. Il

s'agit, en effet, ou d'une inclinaison légère, ou bien d'une attitude penchée des plus prononcées qui amène dans les cas extrêmes la tête au contact de la clavicule. Le muscle sterno-mastoïdien se dessine sous la peau comme une corde tendue, dure, résistante, qui se dirige sur la fourchette sternale et représente le chef interne du muscle réduit de volume, d'apparence fibreuse. Il est rare qu'à la fois chef sternal et chef claviculaire se montrent saillants; mais il est rare aussi que la partie claviculaire soit indemne; car, après la section du faisceau sternal, on voit toujours, dans un mouvement communiqué de redressement, le faisceau claviculaire apparaître à travers les parties molles; il est même constant que si l'on vient pendant l'examen clinique à redresser fortement la tête pour augmenter la tension du muscle rétracté, l'on voit aussitôt apparaître au-dessus de la clavicule le tendon externe réduit de volume, dur, fibreux. L'attitude de déviation est invincible: l'effort des mains ne peut la corriger que dans une faible partie; il met seulement en relief plus accusé le muscle raccourci et souvent aussi les plans aponévrotiques altérés avec lui; aussi peut-on, tandis que la tête est solidement maintenue dans une attitude forcée, constater que les plans profonds du côté de la lésion sont plus résistants et tendus que du côté sain.

Du côté de la colonne vertébrale, il existe en arrière une courbe à concavité du côté de la lésion, courbe qui, à sa partie supérieure, se redresse un peu en sens inverse et abaisse dans une proportion variable le côté correspondant de l'occipital. De même à la région dorsale se montre une attitude scoliotique formant une concavité en sens inverse: mais on peut aussitôt se rendre compte du peu de fixité que présentent ces déviations vertébrales. La suspension du sujet par la région cervicale ou la région axillaire modifie à peu près complètement la scoliose dorsale, et les vertèbres cervicales présentent dans leur ensemble une assez grande souplesse pour faire supposer qu'après une intervention définitive la colonne vertébrale tout entière reprendra sa direction normale. « On peut donc dire que dans le torticolis musculaire les lésions du squelette sont absolument exceptionnelles. » (Walther.) Cependant, le torticolis, depuis longtemps maintenu, n'en exerce pas moins sur la région thoracique une influence fâcheuse et



Fig. 6. — Torticolis.



les côtes peuvent ainsi présenter les déformations vulgaires de la scoliose, et dans ces cas anciens le redressement de la colonne dorsale pourra offrir des difficultés à cause des modifications de structure qu'auront acquises les vertèbres. Les muscles intéressés n'offrent aucune modification dans leurs réactions électriques. Ils répondent exactement au courant faradique et au courant galvanique. Le contraire indiquerait des altérations trophiques en rapport avec la paralysie infantile ou une paralysie quelconque par lésions centrale ou périphérique, et l'on sait que ces formes de torticolis sont très rares.

Les muscles du côté sain placés en hyperextension jouissent de leur



Fig. 7. — Torticolis.

souplesse, sont larges, bien nourris, et étalés sous les plans aponévrotiques et de leur côté la température locale serait dans certains cas un peu plus élevée : nouvelle preuve d'une diminution de la vascularité du côté malade, mais qu'il ne faudrait pas accepter comme témoin d'une origine paralytique, bien que le fait de la diminution du calibre des vaisseaux et de la température locale constitue un symptôme important de la paralysie infantile.

Il n'existe pas, en général, de troubles des organes des sens et c'est à titre d'exception que l'on peut signaler les modifications de la voix chez les sujets dont le larynx est comprimé dans une forte inclinaison de la tête et du cou, du strabisme, des troubles oculaires variés produits par le même mé-

canisme. En général, le torticolis qui ne provoque aucune souffrance, aucune douleur spéciale, réduit sa symptomatologie à détruire l'esthétique et à modifier profondément l'attitude. La tête inclinée, l'épaule relevée du côté de la lésion, la face déviée en sens inverse, le tronc incliné en avant et latéralement par des courbures vertébrales, le sujet affecté de torticolis se présente ainsi dans une attitude misérable; mais l'examen, en dépit de troubles trophiques de la face, bientôt constatés : œil plus petit, obliquité du sourcil, abaissement de la commissure labiale, nez et menton déviés du côté malade, pommettes moins saillantes, l'examen clinique va bientôt nous prouver que la tête et le cou sont encore souples dans leurs mouvements desservis par des vertèbres non déformées et que ces mouvements sont seulement limités par le groupe musculaire rétracté. Le traitement vient enfin démontrer que, à part l'atrophie faciale et crânienne, toutes les défor-

mations, même l'asymétrie thoracique (Mansell Moulin. *Brit. Med. Journal*, 25 février 1893), disparaissent le plus souvent.

**Diagnostic.** — Les causes et les variétés du torticolis chronique établissent son diagnostic. En recherchant avec soin quelle part peut revenir dans l'étiologie des déviations du cou aux nerfs périphériques, aux os de la colonne cervicale, aux muscles eux-mêmes ou aux parties molles, il semble difficile de confondre le torticolis chronique vrai avec une arthrite cervicale, une paralysie ou une contracture musculaire, le mal de Pott cervical ou une cicatrice vicieuse superficielle ou profonde.

L'arthrite ou l'ostéite tuberculeuse ont des signes dont l'évidence ne prête guère à l'erreur. La douleur localisée, le gonflement, et surtout la raideur de l'axe cervical qui ne se laisse plus infléchir, l'ébranlement douloureux de la tête et du cou éloigneront toujours le diagnostic de torticolis.

Il en est à peu près ainsi de l'arthrite rhumatismale ou d'origine traumatique; mais si la douleur, assez souvent éphémère, laisse un certain doute quand elle a disparu, la raideur de la colonne cervicale et les commémoratifs recherchés avec soin restent toujours pour affirmer qu'il s'agit d'une altération articulaire. Le diagnostic différentiel est fort important, car s'il n'y a rien à faire dans la période d'état de la lésion tuberculeuse ou après sa réparation, il est toujours possible de redresser chirurgicalement une déviation cervicale qui tient à une simple arthrite rhumatismale ou traumatique; celle-ci est vite reconnue à son allure franche du début, à ses caractères douloureux rapidement modifiés. Certains cas cependant peuvent être entourés d'obscurité et rendre perplexe le chirurgien appelé à se prononcer et à intervenir : témoin l'observation de Bouvier où un jeune enfant affecté de torticolis musculaire mourut au moment où il allait être opéré et où l'autopsie démontra que les premières vertèbres avaient été en partie détruites par la carie tuberculeuse.

Nous avons parlé du torticolis rachitique. Ses caractères spéciaux établissent bien dès le début l'attitude vicieuse par ramollissement osseux : il s'agit d'enfants très jeunes, mal nourris ou soumis, aussitôt après leur naissance, à une hygiène déplorable, chez lesquels enfin la déviation du cou se continue suivant une ligne courbe uniforme avec une inflexion dorsale qui rentre dans la description de la scoliose rachitique.

L'existence d'une déviation chronique permanente exclut d'elle-même toute confusion avec le spasme musculaire. Le torticolis spasmodique se présente sous forme d'accès plus ou moins douloureux ressemblant à des contractures rapides et douloureuses, ou à des spasmes, dont la douleur n'est pas toujours exclue, d'une durée variable, se produisant sous l'influence d'une position, d'une impression et offrant dans leur apparition tous les caractères des phénomènes névropathiques. Le sterno-mastoidien seul ou le trapèze, ou le splénius, ou enfin un groupe de muscles peuvent être pris par la contracture. Le professeur Tillaux a décrit un torticolis par *action dynamique* dans lequel, sans douleur, la tête se dévie d'un côté dès qu'elle manque d'un point d'appui, ou qu'elle n'est plus soutenue. L'apparition de



la déviation est moins brusque que dans le torticolis spasmodique. « Il s'agit d'un défaut de synergie musculaire. »

Aucune des variétés précédentes ne saurait être confondue avec le torticolis classique. Il en est de même de la forme paralytique dans laquelle les antagonistes des muscles paralysés produisent la déviation, et dont le diagnostic est toujours assuré par l'exploration électrique qui indique de suite que les muscles supposés atteints présentent la réaction de dégénérescence ou sont perdus pour la vie : variété des plus rares. Resterait enfin à bien faire la part qui, dans le diagnostic, revient au muscle sterno-mastoïdien, le plus fréquemment affecté, et aux autres muscles. Quand les muscles de la nuque sont atteints en masse (Delore), il existe un renversement de la tête en arrière et une tension considérable de la région dès qu'on veut incliner celle-ci en avant. Le diagnostic d'un torticolis du splénius, de l'angulaire, du rhomboïde, sont des subtilités négligeables. Signalons le torticolis simulé dont l'existence peut être reconnue à l'irrégularité de la déviation, à son interruption pendant le sommeil, à son abolition par les anesthésiques ou même au raccourcissement que présentent à la fois un trop grand nombre de muscles.

*Traitement.* — Le traitement médical et les manœuvres externes de massage, l'électrisation, n'ont aucune chance d'aboutir à un résultat. L'intervention chirurgicale seule est indiquée. Si le massage est impuissant dès que la rétraction est bien établie, il peut cependant avoir une action décisive quand il s'agit de torticolis accidentels dus à la contracture rhumatismale invétérée, tels qu'on les voit quelquefois du côté de la nuque. Dans ces cas, le massage forcé de Delore, sous le chloroforme, obtient de réels résultats. Trois opérations sont en présence, qui se disputent la faveur des chirurgiens : la section sous-cutanée (ténotomie), l'incision à ciel ouvert et l'extirpation. La ténotomie sous-cutanée (Dupuytren, Dieffenbach, Stromeyer) doit être faite avec prudence à un bon travers de doigt au-dessus de la clavicule, pendant qu'un aide tient le menton élevé et la tête inclinée en arrière pour bien tendre le faisceau sternal. Il est plus difficile par ce procédé de couper le faisceau claviculaire et surtout les aponévroses, et des dangers sérieux sont possibles, tels que la lésion de la jugulaire, l'hémorragie artérielle ou veineuse. Sans abandonner complètement la ténotomie sous-cutanée, la Société de chirurgie, en 1890, s'est prononcée sur les avantages réels que donne la section à ciel ouvert proposée par Volkmann et depuis longtemps acceptée par tous les chirurgiens. Par une incision faite à un travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale et de la clavicule, tous les organes et tissus rétractés sont facilement abordés, y compris le trapèze si ce muscle était intéressé. La cicatrice, tant discutée et reprochée au catgut. L'essentiel quand on opère est d'aller devant soi avec une extrême prudence en s'aidant de la sonde cannelée pour soulever les muscles et du doigt pour déchirer les aponévroses profondes quand on voit les vaisseaux venir faire saillie dans la plaie.

L'extirpation du muscle pour obvier aux récurrences, proposée et exécutée par Mikulicz, doit être pratiquée par une incision longitudinale faite entre les deux faisceaux et par laquelle on attire peu à peu le muscle malade jusqu'au voisinage du spinal où on le coupe. Cette extirpation laisse un vide considérable dans les saillies musculaires de la région et nous pensons qu'elle ne sera pas de longtemps acceptée.

La récurrence après la section est en effet très rare et provient de soins consécutifs défectueux. Il est en effet de toute nécessité, la plaie une fois cicatrisée, de pratiquer le massage, un peu d'extension, au besoin d'appliquer des minerves plâtrées ou tout autre appareil redresseur qu'on aura accepté. Le but est toujours atteint sans appareil compliqué et nous donnerons volontiers notre faveur à l'appareil plâtré de Kirrison. Deux bandages plâtrés circulaires, l'un sur le tronc, l'autre sur le crâne, reliés par un lien élastique oblique, représentant les insertions et la direction du sterno-mastoïdien opposé à celui qu'on a sectionné : tel est le principe de cet appareil. Cependant nous avons depuis longtemps supprimé dans notre pratique l'usage des appareils quels qu'ils soient, et le massage et la suspension associés à une simple collerette de carton ont toujours été suffisants pour assurer des résultats excellents. Il ne faut pas oublier que les soins orthopédiques doivent être appliqués dès que la plaie est cicatrisée. Pour les oublier un instant on s'exposerait au retour rapide de la déviation (A. Broca. *Thérap. inf.*, p. 586).

Le torticolis rachitique, qui est une attitude simple dès le début, produite par l'inclinaison des os, et devient quelquefois permanente par transformation des muscles, doit être de suite traité par les soins médicaux qui combattent le rachitisme et ses causes et aussi par le repos absolu du petit malade sur un plan horizontal, tandis que le cou est maintenu par un petit collier ouaté.

Le torticolis spasmodique, reconnu par les attaques convulsives et douloureuses qui l'ont précédé et l'entretiennent encore, a été traité avec avantage, depuis Campbell de Morgan, par l'élongation, la section et la résection du spinal. L.-H. Petit a publié dans la *Revue d'orthopédie* (1891, p. 279) un intéressant travail sur cette question. Les indications de la résection du nerf spinal, les procédés opératoires, avec nombreuses observations à l'appui, s'y trouvent étudiés. Mais le torticolis spasmodique n'est point une maladie de l'enfance.

## IV

## PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX (TARSALGIE)

*Définition.* — La tarsalgie est une affection du pied caractérisée par l'affaissement de la voûte plantaire, l'attitude en valgus plus ou moins prononcée, le plus souvent de la contracture musculaire et des douleurs localisées sur l'interligne médio-tarsien, la plante, les malléoles et les muscles contracturés.

*Historique.* — Depuis 1850, cette maladie, décrite par Duchenne (de Boulogne), a reçu successivement les noms de tarsalgie des adolescents (Gos-