

brûlure étendue, de plaie résultant de la chute d'escarres. Pour qu'une greffe donne de bons résultats, il faut, quelle que soit la méthode adoptée, que la plaie sur laquelle on l'applique soit propre et recouverte de bourgeons vivaces, non exubérants : si donc la plaie est infectée, il faudra, avant de faire la greffe, la désinfecter jusqu'à ce qu'elle cesse de suinter et de sentir mauvais ; si elle est recouverte de bourgeons atones, on l'irritera en appliquant un emplâtre de Vigo ; si au contraire elle est recouverte de bourgeons exubérants, on la cautérisera au nitrate d'argent.

La méthode à suivre pour faire les greffes est assez variable ; en pratique on peut distinguer trois variétés de greffes : 1° greffes épidermiques ; 2° greffes dermo-épidermiques ; 3° greffes cutanées.

1° **Greffes épidermiques.** — Cette méthode, due à Reverdin, consiste à enlever de petits fragments d'épiderme qui sont appliqués et maintenus sur l'ulcère qu'il s'agit de combler. La plaie à greffer doit être couverte d'un pansement sec aseptique pendant un jour ou deux, puis au moment des greffes elle sera lavée au sérum ou simplement à l'eau bouillie. Les greffes pourront être prises en un point quelconque ; le plus souvent, on les prend sur la cuisse du sujet. La région où l'on va prendre les greffes devra être rasée, lavée au savon, à l'alcool et à l'eau bouillie. Pour enlever les greffes, on se sert d'un bistouri ou d'une lancette bien coupante, dont on fait pénétrer la pointe parallèlement à la surface de la peau, de façon à tailler par transfixion de petits lambeaux de 4 à 6 millimètres de diamètre ; on peut aussi se servir de ciseaux courbes, très fins, avec lesquels on excise de petits lambeaux épidermiques, soulevés avec une pince à griffe. Quoique la greffe de Reverdin soit désignée sous le nom de greffe épidermique, comme il est à peu près impossible d'enlever exclusivement de l'épiderme, et que presque fatalement on excise en même temps une petite couche de la surface du derme, il s'agit, en réalité, d'une greffe dermo-épidermique. Les greffes ainsi prises sont portées sur la plaie à combler, étalées par une douce pression et placées à 15 ou 20 millim. les unes des autres, jusqu'à ce que toute la plaie soit garnie. Comme pansement, on applique sur la plaie une compresse de gaze stérilisée, enduite de vaseline, maintenue par un pansement modérément serré. Le membre sera immobilisé avec le plus grand soin et le pansement renouvelé seulement au bout de dix jours. Si les greffes ont bien pris, on remarque que chacune d'elles semble s'être enfoncée dans la couche des bourgeons charnus, puis, au bout de quelques jours, on voit se développer à sa circonférence un liséré cicatriciel qui va s'élargissant de plus en plus. Autant de greffes, autant d'ilots épidermiques qui marchent à la rencontre les uns des autres et vers la périphérie de l'ulcère. La durée du travail de réparation est ainsi considérablement abrégée. La greffe de Reverdin ne fournit pas seulement d'excellents résultats immédiats, elle donne en outre une cicatrice plus solide que celle qui résulterait de la réparation spontanée ; aussi, en cas de récurrence, les ilots épidermiques répondant aux greffes ne se laissent pas facilement entamer, et persistent au milieu de l'ulcération.

2° **Greffes dermo-épidermiques.** — Cette méthode ou greffe d'Ollier-Thiersch, qui comprend l'épiderme et la couche superficielle du derme, diffère de celle de Reverdin, surtout par l'étendue plus considérable des lambeaux transplantés, et aussi par ce fait que la plaie à combler doit être totale-

ment recouvertes de greffes, ne laissant aucun intervalle entre elles. La méthode de Thiersch diffère de celle d'Ollier en ce que le premier enlève d'abord avec une curette toute la partie granuleuse superficielle de l'ulcère à combler pour placer la greffe sur la couche sous-jacente lorsque tout écoulement sanguin a cessé.

La prise des greffes se fait d'ordinaire sur la face externe d'une ou des deux cuisses préalablement lavées comme pour les greffes de Reverdin. Pour tailler les greffes, il importe que la peau soit bien tendue. Un aide empaumera avec ses deux mains la face postérieure du membre et tirera fortement les téguments dans le sens transversal, tandis que de sa main gauche le chirurgien tirera sur la peau dans le sens longitudinal ; la peau étant ainsi bien fixée, avec un rasoir posé bien à plat on enlève un lambeau de 2 à 3 centimètres de largeur, mesurant à peu près la longueur de la plaie que l'on veut combler. Au fur et à mesure de la section, le lambeau se plisse et reste sur le dos du rasoir. La mise en place du lambeau est très délicate et doit être faite avec beaucoup de soin : appliquez l'extrémité libre du lambeau à un des bouts de la plaie et fixez-la avec une pince, puis tirez doucement le rasoir jusqu'au bas de la plaie ; le lambeau s'étale en suivant le mouvement du rasoir, mais les bords restent recroquevillés, et il faut les redresser et les tirer très soigneusement avec deux pinces. Le premier lambeau étant ainsi placé, on en taille un second que l'on applique à côté du premier, puis un troisième, jusqu'à ce que toute la plaie soit recouverte. Il importe, en effet, qu'il ne reste aucun point non épidermisé, car il s'y produirait de la sécrétion qui imbiberait toutes les greffes et altérerait leur vitalité. Le pansement sera le même que pour la greffe épidermique et ne sera renouvelé autant que possible qu'au bout de huit à dix jours.

La greffe d'Ollier-Thiersch présente le grand avantage de permettre de recouvrir en une seule séance une large surface ; de plus, quand elle réussit, la guérison est obtenue d'emblée ; par contre, cette greffe est plus difficile à faire que celle de Reverdin ; elle détermine une douleur très vive qui nécessite l'anesthésie générale ; enfin, la cicatrice fournie par la petite greffe de Reverdin paraît plus épaisse et plus solide que celle donnée par les greffes à grands lambeaux d'Ollier-Thiersch : si donc ces greffes sont à conseiller dans les cas de grandes pertes de substance, les greffes de Reverdin paraissent préférables pour les petites ulcérations.

3° **Grefe cutanée totale.** — Elle consiste dans la transplantation de lambeaux comprenant toute l'épaisseur de la peau et dont les dimensions correspondent à celles de l'ulcère. Le lambeau, sensiblement plus grand que l'ulcère à combler, doit être pris sur une région où la peau soit fine, peu couverte de poils, peu chargée de graisse, par exemple sur l'avant-bras ou sur la face interne du bras. Le lambeau comprenant toute l'épaisseur de la peau est coupé, puis disséqué au bistouri, et débarrassé de toute la graisse qui lui adhère ; ensuite on le transporte sur la plaie et l'on en retranche toutes les parties exubérantes, de façon qu'il s'adapte exactement. Il est préférable de ne placer aucune suture et de maintenir simplement la greffe par un pansement aseptique modérément serré.

Ainsi pratiquée, la greffe cutanée constitue une opération douloureuse qui a le grave inconvénient de créer une nouvelle plaie souvent très longue à fermer ;

de plus et surtout, ces transplantations de lambeaux réussissent rarement, en particulier aux membres. Aussi ce mode de greffe ne paraît guère devoir être conseillé, et en présence d'une grande perte de substance difficile à combler par une greffe dermo-épidermique, il semble préférable d'avoir recours à une autoplastie, soit une autoplastie par glissement, suivant la méthode française, si les téguments qui avoisinent l'ulcère sont en bon état, soit une autoplastie à distance, suivant la méthode italienne, si ces téguments sont en mauvais état, épaissis ou indurés.

PIQUAND.

GREFFE DENTAIRE. — On désigne ainsi l'opération qui a pour but de replacer dans une alvéole une dent qui en a été momentanément séparée. La greffe est simple, si l'opération consiste dans la mise en place d'une dent accidentellement ou volontairement luxée; elle est thérapeutique, si elle est pratiquée après que la dent extraite a été traitée hors de la bouche; enfin elle est prothétique, lorsque la dent que l'on vient d'extraire est remplacée par une autre dent prise sur le sujet ou sur un autre sujet, ou encore lorsque l'on creuse artificiellement un alvéole pour y planter une dent. L'expérience prouve que la greffe dentaire est utile et donne des résultats appréciables: la dent replacée dans son alvéole, ou placée dans un autre alvéole, reprend des connexions solides et sa durée est prolongée de plusieurs années; toutefois, on ne doit pas compter sur une durée de la dent implantée ou réimplantée supérieure à dix années. Dans la pratique journalière, on peut avoir à faire une greffe dentaire, une dent ayant été luxée et expulsée de son alvéole par un traumatisme quelconque, une chute par exemple, ou encore au cours de l'extraction de la dent voisine. Dans ce cas, les soins porteront à la fois sur l'alvéole et sur la dent. Du côté de l'alvéole, qui généralement s'est trouvé plus ou moins atteint par le traumatisme, il importe d'abord de réparer les désordres, de rapprocher les fragments s'il y a eu fracture, d'enlever les esquilles, d'arrêter l'hémorragie. On pratique des lavages antiseptiques à la seringue, la dent est soigneusement aseptisée, les canaux sont bouchés par l'apex légèrement réséqué; elle est soignée et obturée s'il y a lieu. Puis on replace la dent dans son alvéole, aussi exactement que possible; on maintient l'organe au moyen de procédés et appareils divers; le plus simple est de faire une ligature en huit, prenant point d'appui sur les dents voisines. Souvent toute ligature est inutile et la dent n'a pas de tendance à sortir de son alvéole. La consolidation est obtenue en une semaine, parfois plus; l'asepsie est une condition de la réussite de l'intervention, la suppuration empêchant toute consolidation et étant suivie de l'expulsion de l'organe réimplanté. D'autre part, l'opération réussira d'autant mieux qu'elle sera pratiquée plus tôt; toutefois, le temps séparant le traumatisme de la réimplantation n'est pas une contre-indication, lorsque sa durée n'est pas supérieure à une demi-journée: même alors on peut tenter l'opération et on doit le faire.

La greffe dentaire rend de rares services dans la pratique spéciale: elle permet de redresser certaines dents, de soigner des affections dentaires (kystes radiculaires) et de restituer à un sujet un organe manquant. Nous ne pouvons insister sur cette thérapeutique par trop spéciale. Toutefois, on peut utiliser la technique précédente pour la correction des anomalies par rotation sur l'axe. Disons seulement que l'extraction d'une dent qui doit être réimplantée doit être

entourée de soins très particuliers, car de l'intégrité et de l'alvéole et de la dent dépend en grande partie la réussite de l'intervention. L. SAUVEZ.

GRENOUILLETTE. — La *grenouillette* est, d'après la définition classique, une tumeur enkystée d'origine salivaire, siégeant dans l'épaisseur du plancher de la bouche. Cette définition n'est pas tout à fait exacte, car il est d'usage de décrire, avec les grenouillettes, les kystes de la glande de Nuhn-Blandin, — qui siègent à la langue et non pas au plancher, — et certains kystes à épithélium cilié qui sont manifestement congénitaux.

En fait, au point de vue anatomique et pathogénique, il y a lieu de démembrer ce groupe des grenouillettes qui renferme des kystes absolument dissimilaires; en clinique, au contraire, ce groupe artificiel peut être conservé, car toutes ces tumeurs ont une symptomatologie identique. Il faut cependant maintenir la distinction classique en *grenouillette sublinguale* et *grenouillette sus-hyoïdienne*; nous étudierons successivement ces deux variétés.

Nous ne parlerons ni de la *grenouillette aiguë*, ni de la *grenouillette congénitale*; ces deux affections n'ont de commun que le nom avec les kystes dont nous nous occupons ici; elles en diffèrent aussi bien anatomiquement que cliniquement. La première est cette tuméfaction diffuse et passagère qui accompagne souvent les coliques salivaires liées à la présence d'un calcul dans le canal de Wharton [V. SALIVAIRE (LITHASE)]. La grenouillette congénitale est une malformation fort rare, due à l'imperforation du canal de Wharton et à la rétro-dilatation consécutive.

I. *Grenouillette sublinguale.* — La grenouillette sublinguale est une maladie assez fréquente; elle est, en tout cas, bien moins rare que la grenouillette sus-hyoïdienne. On la rencontre surtout chez des individus jeunes, plus souvent chez la femme que chez l'homme. On a incriminé, sans grandes preuves, comme causes prédisposantes, le surmenage vocal et les stomatites.

Lésions. — Il faut distinguer, dans les kystes décrits sous ce nom, deux variétés absolument différentes: la grenouillette à revêtement épithélial cilié et la grenouillette ordinaire.

1° *Grenouillette à épithélium cilié.* — Cette variété est très rare et il n'en a été publié que 6 cas. Le kyste, toujours congénital, mais qui peut ne devenir apparent que pendant la seconde enfance ou à l'âge adulte, est uniloculaire; il renferme un liquide visqueux, jaunâtre, n'ayant aucun rapport avec la salive; sa paroi est revêtue d'une couche uniforme d'épithélium cylindrique à cils vibratiles. On admet que ces kystes ont leur origine aux dépens du canal du thyroglosse de Bochdalek ou de ses diverticules; il serait donc logique de les décrire avec les kystes thyro-hyoïdiens et les kystes mucoïdes de la base de la langue plutôt qu'avec les grenouillettes.

2° *Grenouillette sublinguale ordinaire.* — a) *Siège.* La majorité des grenouillettes sont développées aux dépens de la glande sublinguale (Suzanne, von Hippel); le kyste siège au-dessous de la muqueuse buccale, qui ne lui adhère pas, et repose sur le mylo-hyoïdien; il repousse en bas et en dehors les débris de la glande qui lui sont adhérents; en dedans de lui, on trouve le canal de Wharton, toujours perméable, et le nerf lingual.

A côté de cette grenouillette vraiment sublinguale, on peut observer des kystes plus rares siégeant dans la *glande de Nuhn-Blandin* (Recklinghausen, Sonnenburg) ou dans la *glande incisive* (von Hippel, Suzanne); ces derniers sont exactement médians.

Structure macroscopique. — Le kyste est presque toujours uniloculaire. Il renferme un liquide clair, filant, parfois teinté de sang; ce liquide, très riche en albumine et en mucine, diffère de la salive normale par l'absence de sulfocyanure et de ptyaline. La face interne du kyste est lisse; sa paroi est très mince.

Structure histologique. — La paroi d'une grenouillette sublinguale ordinaire est formée par la superposition de trois couches qui sont, en allant de dehors en dedans, une couche *fibro-élastique*, renfermant des vaisseaux et parfois des fibres musculaires striées (Recklinghausen, Suzanne), — une couche *embryonnaire*, d'épaisseur variable, riche en capillaires très friables, — une couche *épithéliale*, très variable avec les cas (couche unie ou pluristratifiée de cellules cylindriques, polyédriques, etc.); cette couche épithéliale peut faire défaut en certains points et même (Imbert et Jeanbrau, Mintz) dans toute l'étendue du kyste.

On rencontre parfois, dans l'épaisseur de la paroi kystique, des cul-de-sac glandulaires qui sont tantôt normaux, tantôt atrophiés, tantôt enfin kystiques; ils constituent, dans ce dernier cas, de véritables « grenouillettes en miniature » suivant l'expression de Bazy, et leur présence explique peut-être les récurrences après ablation incomplète de la poche.

Pathogénie. — Deux théories principales ont actuellement cours au sujet de l'origine de la grenouillette ordinaire. Les uns admettent que ces kystes, comme les kystes salivaires de la parotide, ont une origine *glandulaire*; ils sont l'aboutissant d'une transformation muqueuse de tous les éléments de la glande (Suzanne), ou d'une sclérose interstitielle inflammatoire qui étouffe les canaux excréteurs et provoque ainsi la dilatation des acini (von Hippel).

Pour d'autres (Imbert et Jeanbrau, Cunéo et Veau), la grenouillette ordinaire, tout comme la grenouillette à épithélium cilié, aurait une origine *embryonnaire*; elle proviendrait de débris de l'épithélium buccal inclus dans le fond du sillon paralingual externe, aux dépens duquel se développe la glande sublinguale, d'où ses rapports constants avec cette glande.

Symptômes. — Le *début* de la grenouillette est insidieux; comme elle est toujours parfaitement indolente, il faut, pour qu'on la reconnaisse, qu'elle soit devenue assez grosse pour gêner les mouvements de la langue.

Les *troubles fonctionnels* restent modérés, car on intervient toujours avant que la tumeur soit devenue très volumineuse; le malade bredouille, se mord la langue en mangeant, a quelque peine à effectuer le premier temps de la déglutition; il a surtout une sensation de gêne assez désagréable due à la présence de la tumeur et à la maladresse de la langue.

Les *signes physiques* sont, au contraire, tout à fait caractéristiques et permettent un diagnostic immédiat (fig. 46). La tumeur est toujours latérale (sauf le cas exceptionnel de grenouillette de la glandule incisive) et il faut qu'elle soit relativement très grosse pour atteindre la ligne médiane et soulever le frein de la langue. Sa surface est lisse et unie. La muqueuse buccale, qui la recouvre, conserve toute sa mobilité et laisse voir, par transparence, la coloration

bleuâtre de la poche kystique. — A la palpation, la tumeur est manifestement liquide; habituellement peu tendue, elle est molle, dépressible, très fluctuante; plus rarement elle est rénitente; la palpation n'est aucunement douloureuse.

La sécrétion salivaire ne paraît pas modifiée; la tumeur n'augmente pas de volume au moment des repas. Le canal de Wharton peut être cathétérisé sans difficulté; on peut aussi mettre en évidence sa perméabilité, en provoquant un afflux de salive à son embouchure par le contact d'un grain de sel avec la langue.

Le kyste s'accroît lentement, peut rester stationnaire, mais ne régresse jamais. On a vu quelquefois la *rupture spontanée* de la poche dont le contenu se vide dans la bouche: la tumeur s'affaisse, mais se reproduit bientôt quand la rupture s'est cicatrisée.

L'*infection* du kyste et sa suppuration sont rares et constituent un accident généralement sans gravité, qui guérit rapidement après ouverture spontanée ou chirurgicale de la poche; il est exceptionnel d'observer la diffusion de l'infection au plancher de la bouche.

Il faut signaler encore, à titre de complication rare, une *déformation mécanique* du maxillaire et des dents, qui s'éversent en avant, quand une grenouillette volumineuse se développe chez un enfant, avant la fin de la croissance (Küttner, Morestin).

Mais il faut bien savoir que toutes ces complications sont rares, et presque toujours peu graves. Le *pronostic* de la grenouillette sublinguale est donc absolument bénin; le seul ennui est la fréquence des *récurrences* quand la poche n'a pas été très complètement enlevée au cours de l'intervention.

Diagnostic. — Les caractères objectifs de la grenouillette sublinguale sont trop nets pour que le diagnostic en soit bien difficile; les affections avec qui elle pourrait être confondue sont d'ailleurs beaucoup plus rares qu'elle. Les *kystes dermoïdes du plancher de la bouche* sont presque toujours exactement médians; ils pointent vers la peau plus que vers la muqueuse et ne forment jamais, du côté de la bouche, une saillie molle et bleuâtre semblable à la grenouillette; ils adhèrent au maxillaire inférieur ou à l'os hyoïde.

Les autres kystes du plancher (hydatiques, mucoïdes, etc.) sont trop rares pour être discutés; les *lipomes* et les *angiomes* du plancher sont des tumeurs molasses, mal limitées, non fluctuantes.

La *dilatation kystique du canal de Wharton* est fort rare, et son existence, en dehors de la lithiase salivaire, n'est pas démontrée; on la distinguerait facilement de la grenouillette par l'impossibilité de faire le cathétérisme du canal.

II. *Grenouillette sus-hyoïdienne.* — Sauf dans des cas exceptionnels, la grenouillette sus-hyoïdienne n'a jamais été rencontrée à l'état isolé. Toujours elle est associée à une grenouillette sublinguale: tantôt les deux kystes coexis-

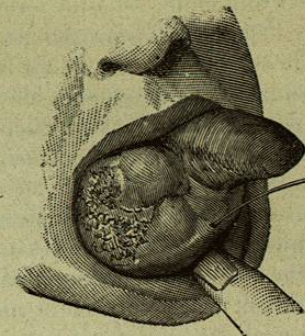


Fig. 80. — Grenouillette sublinguale. (Follin et Duplay).

tent, tantôt la grenouillette sublinguale est apparue d'abord seule, a été opérée et c'est après sa guérison que se développe la grenouillette sus-hyoïdienne.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Le kyste, dans la grenouillette sus-hyoïdienne, est situé au-dessous du muscle mylo-hyoïdien ; il est recouvert par l'aponévrose superficielle et par la peau.

Il est démontré aujourd'hui que, malgré son siège, la grenouillette sus-hyoïdienne se développe, elle aussi, aux dépens de la glande sublinguale. Cadiot et Gosselin croyaient qu'elle est une récurrence de grenouillette sublinguale qui, gênée dans son développement vers la bouche par la cicatrice d'une opération antérieure, s'est insinuée à travers les fibres du mylo-hyoïdien et vient pointer sous la peau ; cette conception paraît juste dans bien des cas ; mais elle n'explique pas ces grenouillettes qui, sans avoir jamais été opérées, comprennent deux poches, communicantes ou non, l'une au-dessus et l'autre au-dessous du mylo-hyoïdien. Morestin a eu le mérite de mettre en évidence un fait anatomique qui explique clairement cette disposition : il a vu, chez beaucoup de sujets, des prolongements de la glande sublinguale qui font hernie à travers les insertions maxillaires du mylo-hyoïdien, et s'étalent au-dessous de ce muscle ; il est facile de comprendre qu'un de ces prolongements peut dégénérer en même temps que la partie principale de la glande ou après elle ; il est même possible qu'il subisse seul la transformation kystique, la glande principale restant indemne : on aura alors une grenouillette sus-hyoïdienne isolée, comme dans un cas de Gross.

La structure du kyste et son contenu sont les mêmes dans la grenouillette sus-hyoïdienne que dans la grenouillette sublinguale.

Symptômes. — Qu'il y ait ou non coexistence d'une grenouillette sublinguale, dont les caractères cliniques ont été indiqués plus haut, le kyste sus-hyoïdien se présente comme une tumeur toujours latérale, étalée dans la région sous-maxillaire où elle forme une saillie plus ou moins considérable. La peau qui la recouvre est normale. La consistance de kyste est très molle, fluctuante et dépressible ; on a l'impression d'une poche renfermant un liquide peu abondant, sous une tension très faible ; parfois, lorsqu'il y a coexistence d'une grenouillette sublinguale, on peut faire refluer le liquide d'une poche dans l'autre.

Il n'y a ni douleur, ni trouble fonctionnel d'aucune sorte. Le canal de Wharton est perméable au cathétérisme. L'évolution est la même dans la grenouillette sus-hyoïdienne que dans la grenouillette sublinguale.

Diagnostic. — La confusion avec un kyste dermoïde ou un lipome du plancher de la bouche serait ici plus excusable que dans la grenouillette sublinguale ; les éléments du diagnostic différentiel de ces affections ont été indiqués plus haut (siège médian du kyste dermoïde, adhérence osseuse, etc.).

L'erreur qui consistait à prendre une adénite pour une grenouillette sus-hyoïdienne, ou réciproquement, semble bien difficile à admettre.

Traitement des grenouillettes. — La ponction et l'incision simple de la poche sont constamment suivies de récurrence rapide.

L'injection dans le kyste, non vidé de son contenu, de quelques gouttes d'une solution concentrée de chlorure de zinc a été recommandée par Th. Anger et Le Dentu ; mais ce procédé, qui a donné autrefois des succès, est complètement abandonné aujourd'hui.

L'excision large de la partie saillante de la poche, suivie d'une cautérisation énergique de la partie restante, est un assez bon moyen de traitement ; son exécution est facile et se fait par la bouche (grenouillette sublinguale) ; mais ce procédé, comme les précédents, expose aux récurrences.

Seule l'extirpation complète de la poche assure une guérison certaine et définitive. Elle est, à l'heure actuelle, le traitement de choix de toutes les variétés de grenouillettes. On se contente en général d'exciser la paroi kystique ; peut-être est-il plus prudent d'enlever avec elle la totalité de la glande sublinguale, comme le conseillent von Hippel et Mintz. L'opération se fait, d'ordinaire, par la bouche pour la grenouillette sublinguale et par la voie cutanée pour la grenouillette sus-hyoïdienne. Quelle que soit la voie d'accès, cette extirpation est toujours assez délicate, parce qu'il faut qu'elle soit complète et qu'elle doit cependant ménager les organes voisins de la tumeur, tels que le canal de Wharton, le nerf lingual, l'artère sublinguale.

LENORMANT.

GRIFFES NERVEUSES. — La griffe nerveuse est caractérisée par l'extension des phalanges sur le métacarpe et la flexion des phalanges et phalangettes sur les phalanges. En un mot, c'est le syndrome caractéristique de l'atrophie des interosseux. Mais il est exceptionnel que la griffe existe aussi pure et aussi complète. Souvent quelques doigts seulement sont déformés, souvent encore d'autres atrophies atteignent différentes régions de la main, de l'avant-bras, atténuant ou compliquant le schéma tracé plus haut. Nous examinerons donc rapidement les différentes modifications de la main dépendant d'atrophies musculaires ; les figures ci-jointes nous dispenseront d'ailleurs de longs développements. Remarquons encore que l'atrophie peut n'être point seule en cause : des contractures réalisent des attitudes analogues, et tardivement enfin des rétractions et des adhérences tendineuses en assurent la pérennité.

Main simienne avec griffe. — Elle est caractérisée par l'atrophie des masses thénarienne, hypothénarienne et des différents interosseux (fig. 47). Cette atrophie est rarement également répartie. Elle commence et prédomine au niveau

de l'éminence thénar, et le résultat immédiat en est la perte des mouvements d'opposition du pouce. La prédominance de son long extenseur l'accrole à l'index, face palmaire sur le plan des autres doigts, d'où l'aspect simiesque pris par la main. La paume est en même temps flasque, aplatie. L'atrophie des interosseux n'est pas très marquée d'ordinaire ; elle se caractérise tout d'abord

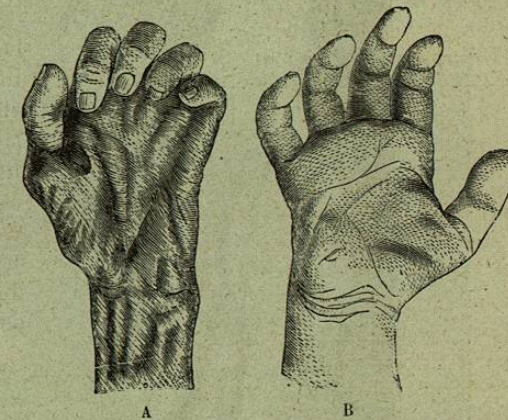


Fig. 81. — Main simienne avec griffe : A, main appelée communément « main de Duchenne-Aran » ; B, main que Duchenne considérait comme typique de son atrophie musculaire progressive : elle appartenait, selon toute probabilité, à un syringomyélique (Pierre Marie et A. Léri).