

par l'impossibilité de rapprocher les doigts préalablement écartés, plus tard seulement, par une griffe plus ou moins accusée. Les doigts sont étendus, leurs phalanges extrêmes infléchies vers la paume de la main. Enfin, il peut y avoir hyperextension des phalanges avec renversement sur la tête des métacarpiens; la griffe est alors tout à fait caractéristique. Ajoutons qu'avec l'impossibilité d'étendre les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> phalanges, de fléchir les 1<sup>res</sup>, coïncide l'impossibilité non plus seulement de rapprocher les doigts, mais encore de les écarter.

Cette main de singe est typique dans l'atrophie musculaire progressive; on l'appelle communément main de Duchenne-Aran. Il convient de noter toutefois que la main, considérée jadis par Duchenne comme caractéristique de son atrophie progressive, appartenait probablement à quelque syringomyélique (P. Marie). Du reste, la main simienne avec griffe n'a aucune valeur spécifique; on peut la rencontrer dans de très nombreuses affections. Le plus ordinairement, on l'observe dans cette *sclérose latérale amyotrophique* qui absorbe de plus en plus les cas de *poliomyélite antérieure chronique* ou *atrophie musculaire progressive*. Mais elle est également belle dans la *syringomyélie*, dans l'atrophie du *type Charcot-Marie*. Nous ne pouvons d'ailleurs insister sur toutes les maladies capables de réaliser le syndrome décrit. Celui-ci peut en effet dépendre de lésions *médullaires*, comme celles que nous venons de décrire, et auxquelles il convient de joindre l'*hématomyélie*, la *paralysie infantile*, de lésions *névritiques*, et même de *myopathies*. L'atteinte des nerfs est elle-même innombrable en ses causes: *pachyméningite*, *mal de Pott*,

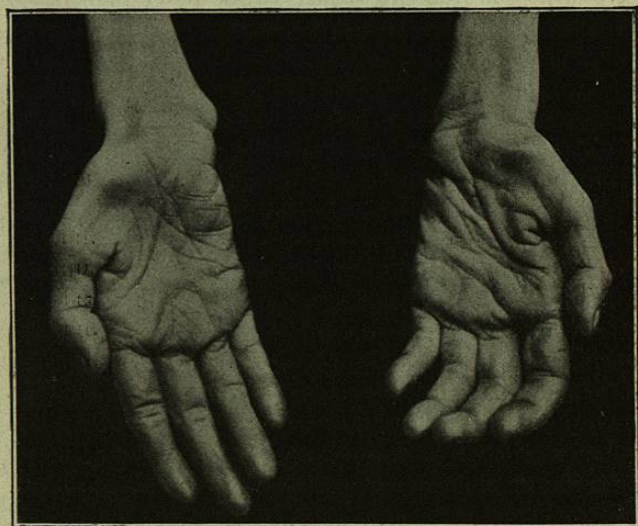


Fig. 82. — Mains simiennes dans la sclérose latérale amyotrophique. La main droite (à gauche sur la figure) représente la « main de cadavre » (Dejerine).

*fractures*, *névrites infectieuses* (lèpre) ou *toxiques*, *lésions traumatiques du plexus brachial* ou des *nerfs périphériques*. C'est ainsi que le *saturnisme* (névrite toxique) peut donner lieu au syndrome simien; le tableau clinique est parfois un peu différent, le plomb atteignant fréquemment les muscles

extenseurs, et ceux des doigts médians de préférence, il en résulte une attitude spéciale: le malade fait les cornes.

— *Main de cadavre*. — La main de *cadavre*, de *squelette*, n'est qu'une



Fig. 85. — Main de prédicateur dans la syringomyélie (Dejerine).

variété de la précédente (fig. 82). L'atrophie des masses du talon de la main est à son maximum, et l'ossature est tout à fait décharnée. Il n'y a pas de griffe

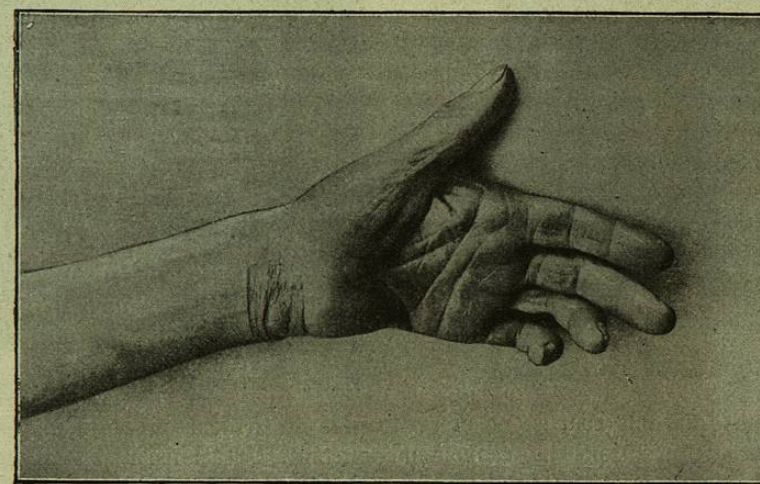


Fig. 84. — Griffe cubitale (Dejerine).

à proprement parler, les doigts sont allongés, légèrement concaves sur leur face palmaire.

*Main de prédicateur*. — Elle se rencontre surtout dans la *syringomyélie* (fig. 85), sans doute également dans la *pachyméningite cervicale*

*hypertrophique*. Il existe une griffe des plus marquées; mais si le médian et le cubital sont atteints, le radial est intact, et cette intégrité détermine la déformation étudiée. Charcot l'appelait *main du prédicateur emphatique*.

**Griffe cubitale.** — La paralysie du radial détermine la chute de la main; l'intégrité du médian permet l'extension relative des phalanges extrêmes de l'index et du médius; l'atteinte du cubital, traumatisme, section, névrite, produit une déformation typique, dite *griffe cubitale* (fig. 84). L'index et le médius sont légèrement fléchis, l'annulaire l'est presque complètement, le petit doigt l'est au maximum; l'adduction du pouce est impossible. La main est penchée faiblement sur le bord radial. Cette déviation augmente dans la flexion volontaire sur l'avant-bras; elle dépend de la paralysie du cubital antérieur.

**Déformations de la main par contractures.** — Les déformations de la main peuvent devenir excessives; il s'agit alors le plus souvent de contractures en flexion. Ces déformations s'observent chez des *lépreux*, des *syringomyéliques*, des *parkinsoniens*, dans l'*hystérie* et l'*hémiplegie organique* surtout (fig. 86). Il peut en résulter des altérations extraordinaires avec pénétration des ongles dans la paume (*main de fakir*) (fig. 85).



Fig. 85. — Main de fakir (d'après Dejerine.)

Dans ces différents cas, on ne discerne plus de griffe à proprement parler; certaines déformations les rappellent pourtant. C'est ainsi que le *doigt en baïonnette* est caractérisé par la flexion palmaire de la 5<sup>e</sup> phalange; « la 2<sup>e</sup>, au contraire, est en hyperextension telle sur la 1<sup>re</sup> que la face dorsale du doigt est concave, et qu'à la face palmaire il y a une véritable subluxation de la 2<sup>e</sup> phalange sur la 1<sup>re</sup> qui est en flexion palmaire ». (Dejerine). On peut voir encore dans la *syringomyélie* les 5 doigts extrêmes fermés par flexion maxima; le pouce écarté, l'index à demi fléchi, forment une sorte de pince tout à fait caractéristique [*main en pince de homard* (Marie et Guillain)].



Fig. 86. — Main d'hémiplegique (d'après Dejerine.)

**Diagnostic différentiel.** — Certaines déformations digitales d'origine diverse ne doivent pas être désignées du nom de griffes. Le *rhumatisme chronique déformant* (v. c. m.) détermine des altérations beaucoup plus polymorphes, et ne s'accompagne pas primitivement d'atrophie musculaire. La *sclérodémie* (v. c. m.) immobilise les doigts, les fige sous un tégument lisse et dur, qui éclate au niveau des articulations phalangiennes. Enfin, la *rétraction de l'aponévrose palmaire* (v. c. m.), qu'on l'attribue au rhumatisme chronique, à la pellagre, à la syringomyélie, est facile à reconnaître; et les mutilations *lépreuses* ou *gliomateuses, trophiques* en général, présentent un tout autre aspect clinique (V. LÈPRE). F. MOUTIER.

**GRIPPE.** — La *grippe* ou *influenza* est une *maladie toxi-infectieuse générale* qui est à la fois *épidémique, pandémique, endémique* et *contagieuse*, qui peut ne se traduire que par une sorte de *fièvre essentielle* à seuls symptômes généraux, sans aucune localisation appréciable, véritable *septicémie*, mais qui se manifeste le plus souvent sur tel ou tel organe ou sur plusieurs, à la fois ou successivement. Capricieuse, polymorphe, véritable protéée, elle se présente sous les aspects les plus variés. Mais toujours, quel que soit le masque qu'elle emprunte, une caractéristique la trahit au clinicien : c'est l'*intoxication immédiate plus ou moins profonde, mais durable, du système nerveux*. C'est là ce qui véritablement fait la grippe et donne à ses diverses localisations un cachet tout spécial.

Peu de maladies ont une synonymie aussi riche : *tac* ou *horion*, *coqueluche*, *catarrhe épidémique*, *follette*, *cocote*, etc.

**Épidémicité. Bactériologie.** — L'histoire de ses épidémies est aussi fort longue. Depuis 876, un grand nombre, venues presque toujours d'Orient, se sont abattues sur l'Europe. A retenir celles de : 1580, qui fit 9000 victimes à Rome et ravagea bien des pays; 1676, magistralement décrite par Sydenham; 1750, qui éclata en Russie; 1775-75, étudiée par Stoll et Heberden; 1802, 1850, 1855 (Prian, Pétrequin, Bourgogne); 1855, la grande épidémie du siècle dernier dont Graves s'est fait l'immortel historien; enfin 1889-90, la plus récente et une des plus meurtrières, où notre génération a fait de la maladie qu'elle ne connaissait guère que par les livres une expérience étendue et une étude instructive. Avec les quelques épidémies postérieures, moins importantes, elle a ouvert l'ère des recherches microbiennes qui est loin d'être close encore aujourd'hui.

Ce n'est pas que l'idée d'un contagion dans la grippe ne soit très ancienne. Du temps de Kant on invoquait la présence d'insectes qu'on accusait les commerçants russes d'avoir rapportés de la Chine. Mais les faits positifs ne commencent qu'en 1885, avec Seiffert, qui décrit comme spécifique un *coccus en chaînettes* trouvé dans les crachats et le mucus nasal. Depuis 1889, successivement on a cru spécifiques un *hématozoaire* (Klebt), des *diplocoques* (Fischel), *streptocoque* (Ribbert, Finkler, Vaillard et Vincent), des *pneumocoques*, encapsulés ou non (Weichselbaum, Prior, Lévy, Jolles, etc.), une *diplobactérie* (Teissier, Roux et Pittion).

Aucun de ces agents n'ayant été reconnu vraiment spécifique, puisque aucun n'existait dans la grippe à l'exclusion des autres et qu'on pouvait les y