

tismes, leur rôle étiologique est discutable, il n'en est pas de même de l'infection de la mère et du père pendant la fécondation et la gestation.

tions n'est donc pas douteuse, mais ce qui est particulièrement intéressant, c'est qu'elle se retrouve lorsqu'il s'agit, non plus des poisons ordinaires, tels que l'alcool ou le sucre (Ludwig), mais des toxines purement infectieuses, comme celles d'une fièvre typhoïde ou d'une rougeole, de la tuberculose, etc.; on a observé que l'apparition de ces maladies, chez la femme enceinte, pouvait amener des malformations chez le fœtus, et cela s'explique d'autant plus facilement que nous savons que les microbes peuvent produire une placentite infectieuse intoxiquant le fœtus. Cela n'est pas douteux d'après les recherches de Wolff, Malvoz, Pawloowsky, Charrin et Gley, etc. On trouvera celles-ci résumées dans les leçons récentes de M. Chantemesse sur l'hérédité (*Progrès médical*, octobre 1900), dans les articles de M. Mathias Duval sur la tératogénie, et de M. Legendre sur l'hérédité (*Traité de pathologie générale* de M. Bouchard).

A ce point de vue, il faut signaler le rôle de la syphilis qui, plus encore que les maladies infectieuses, est capable d'agir sur le développement du fœtus; les parents syphilitiques ont de grandes chances de donner naissance à des enfants mal conformés.

Lannelongue est convaincu qu'un grand nombre de malformations congénitales sont dues à l'existence d'une intoxication des générateurs au moment de la fécondation ou à l'intoxication de la mère par une maladie infectieuse, la syphilis surtout (Voy. Gasne, Hémiplégie chez un syphilitique héréditaire, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, janvier, 1897; et Meige, *Ibid.* t. X).

Moncorvo (du Brésil) considère l'éléphantiasis congénital comme résultant d'une maladie infectieuse.

L'infection du générateur et de la gestatrice joue donc un rôle prépondérant dans la production des malformations.

Les maladies embryonnaires ou fœtales ont une très grande importance pathogénique. Ainsi l'*Hydropisie embryonnaire ou fœtale* essentielle ou symptomatique peut déterminer la hernie des vésicules cérébrales, de la moelle, des viscères abdominaux, etc.

D'autre part, il faut faire intervenir, dans cette question, l'existence des centres trophiques glandulaire ou nerveux. Le corps thyroïde est un centre trophique glandulaire, car son extraction détermine le myxœdème, maladie qui peut être congénitale. Le thymus, l'hypophyse jouent peut-être un rôle semblable.

L'influence du système nerveux, qui n'est pas douteuse. Les contractures musculaires déterminent, à la naissance, un torticolis congénital, une variété de pied bot, etc. On note des lésions nerveuses centrales en rapport avec certaines malformations: atrophie des membres, luxations congénitales (Lannelongue), etc.

Enfin, on a invoqué certaines lésions portant sur les segments métamériques de la moelle; c'est la théorie métamérique, soutenue récemment par M. Brissaud, et qui peut expliquer la symétrie de certaines malformations (naevi, lymphangiomes, etc.). Le rôle de la peur peut s'expliquer par les troubles circulatoires que provoque une émotion. Les résultats des troubles circulatoires ont été bien étudiés par Dareste. En ce qui concerne les hypertrophies congénitales, la théorie nerveuse de Trélat et Monod, de Duplay, etc., n'a pas encore pu être démontrée. D'ailleurs, les examens du système nerveux au cours des malformations congénitales ne sont pas très nombreuses et les résultats ne démontrent pas toujours l'existence d'une lésion médullaire ou encéphalique.

Cependant, Serres et Tiedemann ont constaté l'absence du renflement cervical chez des sujets atteints d'ectromélie bithoracique. Troisier a signalé l'absence d'une moitié de ce renflement chez un sujet atteint d'ectromélie unithoracique. P. Broca trouva une atrophie de la circonvolution frontale et du lobule ovalaire chez un ectromélie bithoracique. Michaux constata un foyer de myélite dorsale et un autre de myélite lombaire dans un cas de pied bot congénital, mais chez une femme très âgée. Signalons encore les cas suivants:

DREYFOUS, Ectrodactylie et lésion méningo-encéphalique (*Soc. anatom.*, 1878). — SPILLMANN, Atrophie congénitale de la main. Lésions des cornes antérieures de la moelle (*Rev. méd. de l'Est*, 1^{er} avril 1880). — EDINGER, *Arch. für path. Anat. und Phys.*, t. LXXXIX. — Luxations congénitales et lésions encéphaliques ou médullaires, Observations de J. GUÉRIN, KRUKENBERG, GRAWITZ et LANNELONGUE (*Acad. des sc.*,

I. — DIFFORMITÉS CONGÉNITALES DES DOIGTS (1).

Généralités. — Les difformités par excès ou par défaut sont souvent héréditaires, surtout chez les descendants du sexe féminin. Elles peuvent sauter une génération, n'exister que chez les garçons ou les filles pendant parfois cinq ou six générations, surtout pour la polydactylie et l'ectrodactylie. La brachydactylie et la syndactylie sont bien moins héréditaires; la macrodactylie ne l'est pas du tout. A la cinquième génération, et parfois avant, la main revient à un type normal, de même que pour les races créées artificiellement par sélection de certaines qualités physiques (Darwin).

1896), etc. — GOWERS, *Lancet*, 25 mai 1878. — MANNOURY, *Soc. anat.*, 1880. — BASTIAN (Brain, avril 1880). — VARIOT, Amputation congénitale, asymétrie de la moelle (*Soc. anthropolog.*, 1890). — FÉRÉ, *Revue de méd.*, février 1896. — SOUQUES, *Presse médicale*, p. 251, 1897. — H. MEUNIER, *Soc. anatomique*, 19 février 1897. — ACHARD et DURANTE, *Gazette hebdom.*, 2 mars 1897. — COYNE et TROISIER, *Arch. de physiol.*, 1871. — BARWELL, *Presse médicale*, 14 janvier 1899. Quant aux observations de lésions médullaires accompagnant le pied bot congénital, elles sont tellement nombreuses que nous renonçons à les citer. Pour Dareste, quelques-unes de ces lésions nerveuses sont peut-être consécutives, comme celles que l'on observe dans la moelle consécutivement aux sections des nerfs et aux amputations traumatiques.

C. — *Du côté de ses annexes*, on a signalé l'altération des eaux de l'amnios, l'hydramnios, l'oligoamnios, l'absence ou l'arrêt de développement de l'amnios, la présence de brides amniotiques (Dareste) donnant lieu au bec-de-lièvre, à la syndactylie, à des amputations congénitales, etc. Celles-ci sont ou des arrêts de développement pur et simple par compression ou pour toute autre raison, ou bien elles résultent franchement d'une sorte d'amputation par étranglement produit par le cordon ou par des brides amniotiques. Les trois causes invoquées pour expliquer les vraies amputations spontanées sont: la striction par le cordon ombilical (cas de Hill) ou par des brides amniotiques, c'est une lésion purement mécanique ou enfin une lésion trophique si l'on admet la sclérodermie annulaire. Mais l'identité des amputations congénitales et de l'aïnhum ne peut être admise quand il n'y a pas de tissu cicatriciel au niveau du point de séparation.

D'autre part, beaucoup des malformations par excès sont dues au parasitisme fœtal, c'est-à-dire à l'existence d'un second fœtus se greffant sur le premier. Cette greffe peut déterminer, comme une simple tumeur, de nouvelles difformités, ne serait-ce que par compression.

Il ne s'agit pas toujours là d'une simple greffe de deux fœtus l'un sur l'autre. Dareste et Mathias Duval ont montré qu'on observe aussi des cas de dédoublement d'organes ou de segments de membre sous l'influence des causes perturbatrices ou par hyperfécondation ou polyspermie (Voy. MATHIAS DUVAL, Des monstres par excès et des monstres par défaut de fécondation, *Ann. de gynéc.*, 1885). Ce dédoublement d'organes est normal chez certaines espèces animales, comme M. Edmond Perrier le faisait remarquer tout dernièrement à l'Académie de médecine à propos d'un cas de diplogenèse opérée. Parfois enfin il faut admettre la parthénogénèse, c'est-à-dire le développement sans fécondation. Mais ce sont là des théories assez complexes pour nous autres chirurgiens, et on peut en conclure que la tératologie humaine fera beaucoup de progrès quand on étudiera dans son ensemble la tératologie de tous les animaux, comme l'ont démontré surtout les travaux de tératologie comparée de Dareste.

On voit combien sont nombreuses les causes des malformations congénitales; nous sommes entrés à peine dans la phase scientifique de cette étude et les expériences si intéressantes de tératogénie seraient utilement reprises par des chirurgiens.

(1) Voy. surtout: ANNANDALE, Difformités des doigts, 1865. — FORT, thèse d'agrégation, Paris, 1869. — POLAILLON, *Dict. encycl. des sc. méd.*, article Doigt, 1884.

Parmi les difformités congénitales des membres nous n'étudierons guère que celles qui peuvent donner lieu à un traitement chirurgical.

Scoutetten a signalé le cas d'une ectrodactylie observée chez un enfant dont le père avait été blessé à la main. Lamarck admettait cette transmission héréditaire des malformations. Darwin ne l'admettait pas complètement. Ou bien il y avait là une coïncidence; ou bien le générateur devait avoir un ectrodactyle dans ses ascendants. Cependant Brown-Sequard a signalé des cas de transmissions héréditaires, d'altérations digitales et auriculaires chez des cobayes, après sections nerveuses. Weismann n'a pas observé l'hérédité des malformations par augmentation. En somme les conditions de ces transmissions héréditaires sont encore à préciser. Mais c'est là une cause de plus pour intervenir, afin de prévenir l'apparition de la malformation chez les descendants.

I. Amputations et atrophies congénitales des doigts et de la main. — Depuis que Dareste a bien montré le rôle des brides amniotiques, on s'explique mieux certaines amputations congénitales des doigts et de la main. Celles-ci se présentent sous les formes les plus diverses: tantôt un seul, tantôt plusieurs doigts sont amputés; il ne subsiste qu'un moignon plus ou moins volumineux et dans le sillon de section le rôle de la bride amiotique est évident pour expliquer l'amputation.

Il est des cas cependant où le doigt manque et il n'y a aucune trace de bride amiotique, la main se termine par un petit bourgeon, seul vestige des doigts. Parfois il y a une simple dépression; parfois enfin la peau est lisse. Le ou les bourgeons digitaux ne se sont pas développés pour des causes encore peu connues, l'atrophie pure est évidente.

On sait enfin que le pouce, son métacarpien, le trapèze et le scaphoïde manquent presque toujours quand le radius ne s'est pas développé (Davaine, Huguier); l'absence congénitale du cubitus entraîne aussi des malformations semblables du côté des 4^e et 5^e doigts.

II. Anomalies congénitales de direction. — Elles sont fréquentes et s'ajoutent souvent à d'autres malformations des doigts et de la main. Ainsi, dans les cas d'absence du 5^e métacarpien, le 5^e doigt s'insère souvent à angle très ouvert sur le 4^e métacarpien. La luxation congénitale des doigts a été observée par Chaussier, Annandale, Bérard, Malgaigne, Joachimshtal. Dans l'ectrodactylie, les doigts subsistants s'inclinent presque toujours l'un vers l'autre en forme de pince de homard. Dans la macrodactylie, le doigt hypertrophié est presque toujours dévié en varus ou en valgus, c'est-à-dire vers le bord cubital et vers le bord radial.

Dans un cas de pouce varus congénital, Monnier (1) sectionna par la méthode sous-cutanée une bride profonde externe. Dans un cas semblable avec articulations normales, Herzog (2) fit l'ostéotomie du

(1) MONNIER, *France médicale*, 1891, p. 465.

(2) HERZOG, *Centralblatt für Chir.*, 1892, n^o 20. — JOACHIMSHAL, *Zeitschr. für orthopaed. Chir.*, 1892.

col de la première phalange et obtint une amélioration fonctionnelle.

III. Dolichodactylie (excès de longueur des doigts). — Elle s'observe assez rarement, isolément, c'est-à-dire sans macrodactylie. Parfois elle résulte d'un excès de longueur du métacarpien sous-jacent. Parfois, c'est une ou plusieurs phalanges qui sont allongées sous une influence que nous ignorons encore. C'est peut-être ici qu'il faudrait classer les cas dans lesquels le pouce est remplacé par un index supplémentaire (1). Le pouce peut aussi être constitué par trois phalanges (Staderini).

IV. Brachydactylie (brièveté des doigts). — Bien des variétés de brièveté, que l'on peut concevoir, peuvent se rencontrer. Tantôt les phalanges sont en nombre voulu, tantôt l'une présente une longueur exagérée et remédie un peu au défaut de longueur du doigt; tantôt la phalange est absente complètement, tantôt elle est rudimentaire, arrêtée dans son développement (Mouchet) (2). Le doigt rudimentaire est parfois privé de sensibilité. L'atrophie du pouce et celle du 5^e doigt sont les plus fréquentes.

V. Microdactylie. — Le doigt a sa longueur voulue, mais il est d'un volume très au-dessous de la normale. Cette malformation se confond avec la précédente le plus souvent.

VI. Macrodactylie (3). — Elle serait plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Polaillon en a réuni 43 cas; le siège était le suivant: pouce, 13 cas; index, 21; médus, 28; annulaire, 11; auriculaire, 8.

Plusieurs doigts sont pris simultanément et à des degrés divers; la lésion est souvent symétrique aux deux mains, c'est ce qui est assez singulier. L'hypermégalie de la main peut coexister. Les dimensions des doigts sont des plus variables, de même que la forme, la direction (doigts valgus-varus), et la macrodactylie peut se compliquer de microdactylie, de syndactylie, etc. L'hérédité est rare.

Au point de vue clinique, l'aspect est des plus variables; le doigt est parfois un peu anesthésique; il est lourd, peu mobile, gênant.

L'hypertrophie peut être limitée à une phalange seulement (Durnerin, Leboucq). Elle augmente souvent après la naissance.

L'anatomie pathologique montre que tantôt il y a hypertrophie simple: tous les tissus, parties dures et parties molles, sont également et symétriquement hypertrophiés, c'est une hypermégalie totale. Tantôt il y a une simple hypertrophie du tissu cellulo-adipeux, et peut-être aussi du tissu lymphatique. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont dilatés, c'est un lymphangiome.

La pathogénie est complexe. — Holmes invoque une altération des vaisseaux pour les formes molles ou lymphangiomes; Busch, une

(1) DAMOURETTE, *Arch. gén. de méd.*, 1890.

(2) ALBERT MOUCHET, *Soc. anat.*, 10 juillet 1896.

(3) VOY. WITTELSHÖFER, *Arch. für klin. Chirurgie von Langenbeck*, Band XXIV. — LÄNNELONGUE, *Macrodactylie éléphantiasique* (*Soc. de chir.*, 1880).

altération des cartilages épiphysaires des doigts pour les formes osseuses. Nous avons déjà vu, à propos des généralités sur les hypertrophies congénitales, que pour Trélat et Monod il faut invoquer une paralysie vaso-motrice. Le système lymphatique doit ici, comme pour la macroglossie, jouer le rôle le plus important pour les macrodactylies lymphangiomateuses.

Comme le doigt est parfois gênant, il faudra, suivant les cas, faire des amputations partielles ou totales du doigt ou une décortication, car la compression ne donne guère de bons résultats.

VII. *Ectrodactylie* [*Ἐκτροσείν*, faire avorter (absence des doigts)] (1). — Dans les deux tiers des cas, l'ectrodactylie est souvent symétrique ou tout au moins bilaté-

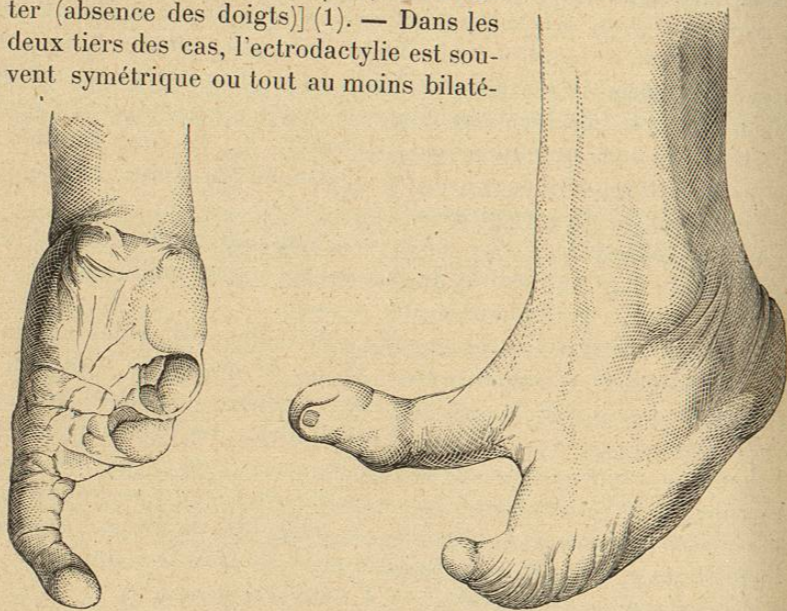


Fig. 313 et 314. — Ectrodactylie affectant les membres de trois générations successives (Émile Debout).

rale sans être symétrique. Elle coïncide souvent avec l'ectrodactylie des pieds ou avec d'autres malformations des membres (fig. 313 et 314). Elle peut être totale et tous les doigts manquent, ou bien elle est partielle. Quand elle est totale, la main se termine par une série de petits bourgeons informes.

Dans la *monodactylie*, le doigt est souvent dévié vers l'axe de la main, il est en varus; la déviation se fait au niveau d'une des trois articulations phalangiennes (cas de Bréchet).

Dans la *bidactylie*, tantôt c'est le médium et l'index qui subsistent et les autres doigts sont représentés par des moignons informes (cas de Debout). Tantôt c'est le pouce et le petit doigt qui se dévient l'un

(1) GUERMONPREZ, Rapport de M. BERGER, *Soc. de chir.*, oct. 1884. — P. MAUCLAIRE et BOIX, Ectrodactylie et syndactylie. Mains et pieds fourchus (*Soc. d'anthropologie*, mars 1894, avec 12 figures).

vers l'autre, vers l'axe de la main en varus. C'est la « pince de homard » ou « main ectrodactyle bifurquée » dont les exemples sont assez nombreux.

Nous avons disséqué le sujet que Morel-Lavallée avait présenté à la Société de chirurgie en 1861. A droite, les deux branches de la pince s'écartaient à volonté jusqu'à devenir horizontales. L'adduction était suffisante pour permettre l'écriture. Ce qui est curieux dans notre cas, c'est que les tendons fléchisseurs et extenseurs se continuaient bout à bout. De plus, la première phalange du doigt externe était aussi grande que le métacarpien, l'autre était atrophiée. Les cas de Temperly, Ménière, Guéniot, sont à peu près semblables et la différence tient à ce que le degré de convergence et de flexion n'est pas toujours le même; ce n'est pas toujours soit le pouce, soit le petit doigt qui forment la pince. Tantôt la fourche descend jusqu'au métacarpe, tantôt jusqu'au carpe. D'une manière générale, dans l'ectrodactylie en pince, la longueur des deux doigts est des plus variables. On trouve parfois des doigts minuscules entre les deux pinces (1). S'il y a un doigt intermédiaire assez long, la main paraît trifurquée.

L'ectrodactylie est provoquée par des brides amniotiques et des adhérences embryo-amniotiques, par des compressions anormales, par des amputations congénitales. Une lésion nerveuse méningo-encéphalique peut également être invoquée pour quelques cas (cas de Dreyfous). J. Guérin admettait ici, comme pour toutes les malformations, une affection primitive des centres nerveux.

Le rôle des brides amniotiques est évident quand on trouve un sillon étroit sur les doigts et quand l'extrémité présente les traces d'une cicatrice encore parfois saignante (cas de Dubois). Cette cicatrice et l'absence d'ongle caractérisent l'ectrodactylie et la *brachydactylie de cause externe*. Parfois les sillons congénitaux observés sont du ressort de l'aïnhum, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané passent à l'état fibreux; cet anneau fibreux en se rétractant provoque l'amputation congénitale.

L'absence du pouce entraîne souvent avec elle l'atrophie ou l'absence du radius. On voit souvent manquer en même temps le radius, le 1^{er} métacarpien, le scaphoïde, le trapèze et le pouce. Ce segment radio-palmaire manque plus souvent que le segment cubito-palmaire. Pour expliquer les lésions de celui-ci, Polaillon (2) fait remarquer que le 5^e métacarpien apparaît hors rang, c'est-à-dire en dehors de la travée du 4^e métacarpien, appelée rangée de l'os crochu. Otto, Davaine, Larcher, Verneuil, Braun ont insisté sur ces ectromélies longitudinales ou « marginales ». L'ectromélie du pouce et de

(1) KLAUSSNER, Ueber die Missbildungen der menschlichen Gliedmassen, 1900, fig. 17 et 18.

(2) POLAILLON, *Arch. gén. de méd.*, nov. 1891.

son métacarpien avec intégrité du radius et absence d'autres malformations est rare, comme le fait remarquer Ehrhardt (1).

Dans le cas de *tridactylie* (main à trois doigts) rapporté par Flamain, les doigts étaient représentés par le pouce, l'index et le médius un peu raccourci.

Un beau cas de *quadractylie* (main à quatre doigts) a été rapporté par Nicaise. Le médius manquait; l'annulaire était supporté par deux métacarpiens. A droite la 1^{re} phalange du médius était couchée transversalement et allait s'articuler sur le 4^e métacarpien (2).

VIII. *Polydactylie*. — Cette malformation est signalée depuis les temps les plus anciens. Attila était sexdigitaire. Léonard de Vinci, dans la célèbre fresque de Milan, représente un apôtre avec six doigts.

Cette malformation est d'une fréquence variable (il y a des familles et des tribus de sexdigitaires); elle s'observerait une fois sur mille enfants. Le nombre des doigts aurait été jusqu'à vingt-quatre (Sitsinstry). Les doigts surnuméraires sont parfois syndactylés; en somme, les variétés sont nombreuses de même que les classifications (Isid. G. Saint-Hilaire, Le Blanc, Lavocat, etc.). Les meilleures sont celles qui sont basées sur l'embryologie humaine et comparée. A notre avis, il faut diviser la polydactylie en trois variétés, suivant que les doigts supplémentaires sont intercalés, suivant qu'ils dépendent du segment radial, ou bien du segment cubital de la main; cette classification nous conduira à la variété de « main polydactyle bifurquée ». Le doigt supplémentaire est tantôt un doigt informe, tantôt un doigt assez régulier, tantôt un doigt normal.

a. *Polydactylie cubitale*. — Tantôt le ou les doigts surnuméraires sont sur le même rang, et s'il s'agit d'un seul doigt supplémentaire la difformité est légère; celui-ci s'articule sur un 6^e métacarpien ou bien sur le 5^e. Le doigt supplémentaire peut ne pas être complet, c'est parfois une bifurcation du doigt à partir de sa 2^e phalange.

S'il y a plusieurs doigts supplémentaires cubitaux, ils sont souvent petits, courts, et parfois adhérents entre eux. Ils occupent généralement l'extrémité de la rangée digitale, qu'ils continuent. Ils s'implantent rarement entre les doigts normaux, quelquefois l'union du doigt supplémentaire se fait par des parties molles; ces doigts n'ont pas de tendons; en général, ils sont gênants.

Les doigts surnuméraires cubitaux placés hors rang sont variables comme volume, structure et connexions; le siège de prédilection d'insertion est le bord interne de la 1^{re} phalange de l'auriculaire (3). Ils sont flottants ou fixes; tantôt c'est une petite masse molle avec un noyau cartilagineux au centre; tantôt c'est un appendice

(1) EHRHARDT, *Revue d'orthopédie*, 1890, p. 210.

(2) L'excès de nombre des phalanges est très rare. Ce sont des pouces à trois phalanges. Colombus a rapporté un cas de médius à quatre phalanges.

(3) Voy. LEVIS, *Arch. für path. Anat.*, Berlin, 1896.

molluscoïde avec un rudiment d'ongle. La mobilité du doigt surnuméraire est des plus variables. Parfois un petit lipome molluscoïde du bord cubital de la main représente un doigt surnuméraire. Ces doigts flottants sont dépourvus de phalanges et de tendons. Le doigt est fixe, il a une direction normale ou il est en varus.

b. *Polydactylie radiale*. — Les pouces surnuméraires sont fréquents, ils sont toujours situés sur le bord externe du 1^{er} métacarpien ou de la phalange. Dans le *pouce surnuméraire proprement dit*, le pouce anormal est implanté sur le 1^{er} métacarpien. Dans le *pouce bifide*, il y a segmentation des deux branches de la 2^e ou des deux phalanges, le pouce paraît bifurqué en Y. Il est bien moins fréquent que le précédent.

Dans le cas de polydactylie pollicienne, tantôt le pouce est soudé au métacarpien, tantôt il y a une articulation, tantôt l'union se fait par des parties molles. Le pouce supplémentaire (fig. 315) possède le plus souvent deux phalanges, soit sur le même axe, soit inclinées l'une sur l'autre; la mobilité est des plus variables. On a noté jusqu'à trois pouces supplémentaires (Cremozy, thèse de Toulouse, 1897).

Le pouce bifide est bien distinct du pouce surnuméraire; il offre plusieurs degrés; tantôt la bifurcation ne porte que sur la phalangette; il y a deux phalangettes soudées avec deux angles, tantôt la bifurcation s'étend jusqu'au métacarpien (1); il y a des cas intermédiaires; la mobilité est variable.

La radiographie permet de préciser l'état du squelette.

La *pathogénie* de la polydactylie a été très discutée.

1^o La *théorie atavique* a été soutenue par Bardeleben, Kehrer, Albrecht.

D'après Foltz (1863), la main primitive aurait eu six doigts; notre pouce actuel représente la coalescence de deux doigts. Le pouce bifide serait un retour vers l'état primitif. Pour Dareste il y a primitivement chez l'embryon plus de cinq doigts; mais ces doigts supplémentaires s'atrophient en général. Pour Schenk, la main ou le pied de l'embryon humain présentent parfois plus de cinq doigts ou orteils.

(1) LONGUET, *Revue d'orthopédie*, 1892, p. 296. — LEGGE, *Boll. delle Sc. med. di Bologna*, mai 1896.

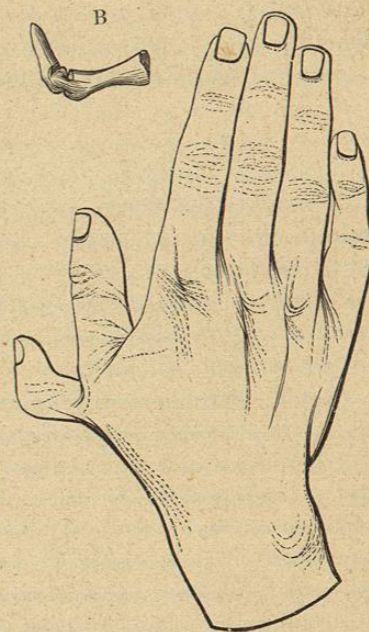


Fig. 315. — Main avec pouce surnuméraire. — B, os et articulations du pouce supplémentaire.