

prochées; elles peuvent même devenir confluentes, au point de ne former sur la peau qu'une seule grosse bulle saillante.

Le contenu des vésicules reste pendant trois à quatre jours assez clair, limpide comme de l'eau; ensuite il se trouble, devient purulent et, en se desséchant, se transforme en croûtes brun jaune recouvertes de l'enveloppe vésiculaire. Il s'écoule pour l'entière évolution de chaque groupe un intervalle de huit à dix jours, et comme il s'opère souvent durant la première semaine des poussées successives, il en résulte que le cours entier de l'éruption peut avoir en moyenne une durée de deux à quatre semaines. Après la chute des croûtes, la peau reste pendant quelque temps légèrement pigmentée en brun (1).

Le nombre des groupes de vésicules est extrêmement variable. Dans les cas les plus simples, on n'en trouve qu'un seul, soit au point d'émergence, soit à l'extrémité périphérique du nerf malade, soit sur une partie quelconque de son trajet. Dans les cas ordinaires, il y a plusieurs groupes, de six à huit, distribués à peu près uniformément sur le trajet du nerf. Dans les cas les plus accentués, non seulement les vésicules des groupes isolés sont très confluentes, mais encore les groupes eux-mêmes sont tout à fait rapprochés les uns des autres, de manière que tout l'espace paraît recouvert de grosses vésicules, et ce n'est qu'à la saillie et à la coloration du rebord périphérique qu'on reconnaît la disposition de l'éruption en groupes isolés.

Il est facile de comprendre que, dans ce dernier cas, les douleurs sont plus vives, les phénomènes (2) fébriles qui les accompagnent

(1) Les macules consécutives à l'éruption du zona sont d'abord congestives, et elles persistent souvent assez longtemps dans cet état; la pigmentation est plus éloignée, souvent très persistante; chez quelques sujets, permanente.
E. B. — A. D.

(2) Dans les cas les plus ordinaires, la fièvre prézostérienne, quand elle a été manifeste, cesse ou s'atténue avec l'achèvement de l'éruption; mais dans les cas sévères, soit par la localisation, soit par les complications, elle se prolonge ou se relève et peut atteindre une extrême intensité, en même temps que des phénomènes généraux graves — accidents cérébraux dans le zona trifacial, complications pulmonaires ou rénales, adynamie, etc., dans les zoster à vastes déterminations cutanées, — sans préjudice des accidents à imputer aux maladies générales dont les sujets sont assez souvent atteints préalablement, — goutte, néphrite albumineuse, diabète, cachexie tuberculeuse ou cancéreuse, phlegmasies chroniques des centres nerveux, etc.

Que le zona soit fébrile ou apyrétique, grave ou léger, tous les accidents ont une *exacerbation nocturne* remarquable; l'*insomnie* est la règle et à toutes les périodes. C'est un malaise protéiforme, une jactation véritable; le patient change sans cesse de position, ne pouvant

plus prolongés ainsi que la durée totale de la maladie beaucoup plus longue (1).

Le type de zoster que je viens de décrire ici, type qui comprend, on le voit, des degrés passablement différents, quoique restant toujours normal, présente cependant des variétés plus ou moins marquées dans un sens ou dans l'autre, qui lui donnent alors un caractère anomal.

Quand la névralgie prodromique ne diminue pas en même temps qu'a lieu l'éruption, mais se fait au contraire très vivement sentir, ou, ce qui s'observe aussi, quand la névralgie persiste après la disparition du zoster, l'affection peut être dite alors anormale (2). Par contre, le zoster peut se terminer d'une manière abortive, en ce sens que tous les groupes ne se composent que de papules, dont aucune ne se transforme en vésicule, mais qui disparaissent rapidement avec desquamation. Dans tout zoster, on trouve presque constamment quelques groupes incomplètement ou tardivement développés.

Une des plus remarquables anomalies de la marche du zoster con-

en trouver aucune qui le soulage plus de quelques instants; ceux-là même qui n'ont pas de vraie douleur dorment mal ou ne dorment pas, ou ont un état de veille inconscient. En praticien véritable, FABRE a insisté sur l'insomnie zostérienne, et fait remarquer que les auteurs ne lui accordaient pas l'importance qu'elle comporte.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La durée totale du zona proprement dit peut être évaluée en moyenne à deux, quatre, ou six septenaires, suivant l'intensité du cas; et la durée de la période floride peut être estimée à un, deux et trois septenaires; les lésions cutanées ne sont pas toujours guéries dans ces délais et les accidents consécutifs peuvent se prolonger durant des mois, mais cela ne justifie pas la dénomination de *zona chronique* proposée par quelques auteurs, — Voy. LEUDET, Le zona chronique (*Arch. gén. de méd.*, 1887). — Le terme de *zona atypique*, ou *zona prolongé*, persistant, proposé par quelques auteurs, suffit parfaitement et ne consacre pas l'idée, non fondée, que le zoster est de l'ordre des affections qui peuvent s'installer à l'état chronique, dans la valeur nosologique de ce mot.
E. B. — A. D.

(2) Nous n'appelons pas cela des anomalies; ces différentes manières d'être du zoster répondent à des formes particulières, *formes cliniques*, correspondant à des conditions anatomiques, ou individuelles. Parmi elles on peut distinguer, par exemple: *a*), au point de vue de l'intensité de l'éruption, le zona abortif, le zona commun, le zona inflammatoire, érysipélateoïde, phlycténoïde (herpès phlycténode); *b*), sous le rapport de l'état de la sensibilité, le zona indolent, le zona névralgique ordinaire ou commun, le zona hypernévralgique soit par l'intensité, soit par la durée de la névralgie qui accompagne ou suit l'éruption, etc.
E. B. — A. D.

siste en hémorrhagies, qui se produisent dans l'intérieur des vésicules et dans la couche papillaire (1). Dans tout zoster intense, certaines efflorescences, ou toutes les efflorescences de quelques groupes, présentent, au lieu d'un contenu clair comme de l'eau, un liquide rouge bleu, c'est-à-dire hémorrhagique. Mais ces efflorescences peuvent cependant arriver à dessiccation complète avec leur contenu hémorrhagique. Dans le zoster hémorrhagique, la majorité des efflorescences est hémorrhagique. Alors la douleur est extrêmement vive, les efflorescences et les groupes d'efflorescences dont il est question n'arrivent pas à dessiccation, mais chaque enveloppe vésiculaire se rompt, tombe, laissant à sa place une ulcération à base désorganisée par l'hémorrhagie, plus ou moins profonde, correspondant pour la forme aux efflorescences et à leurs groupes, ulcérations qui sont extrêmement douloureuses, et qui doivent passer par un processus de suppuration avant que le tissu désagrégé ne s'élimine pour donner lieu à la cicatrisation. On comprend facilement que ces points ne guérissent qu'avec des cicatrices, puisqu'une partie du corps papillaire conjonctif a été détruite en même temps; un zoster de cette nature peut durer six semaines à trois mois.

Les modifications locales de tissu ainsi que les phénomènes concomitants et consécutifs sont encore plus intenses dans le zoster gangreneux. Dans cette forme, il survient dans les vésicules, alors qu'elles sont encore intactes, une coloration vert noirâtre, bientôt brun noir de la couche supérieure du derme qui forme la base des vésicules, de sorte qu'on voit à travers l'enveloppe de la bulle la modification nécrotique. Ce n'est que plus tard que cette dernière se dessèche sur l'eschare, ou l'escharification apparaît de prime-abord sans formation préalable de vésicules, comme si on avait cautérisé ce point avec de l'acide azotique. Par suite, les eschares sont tantôt de la dimension des vésicules isolées, et comme celles-ci réunies en groupes; tantôt elles constituent une seule masse qui a l'étendue de tout un groupe de vésicules, présentant alors sur son bord des dentelures arrondies comme ces vésicules, bord qui correspond au contour des efflorescences marginales.

Dans tout zoster intense et surtout hémorrhagique, on trouve çà et

(1) La coloration, hématique ou hémorrhagique, des éléments vésiculeux dans le zoster ne constitue pas une anomalie à proprement parler; il y a peu de cas, même légers, dans lesquels on ne trouve quelques vésicules livides, ou même hématiques, au moment de leur décours.

Le zona vraiment hémorrhagique constitue une *forme* souvent grave, heureusement rare, des espèces hautement trophonévrotiques, telles que le zona érysipélateoïde, ulcérant, gangreneux, etc.

E. B. — A. D.

là la base de quelques vésicules nécrosées (1). Mais dans le zoster gangreneux, la gangrène atteint quelques-uns et même tous les groupes dans la sphère entière du zoster; la douleur, la fièvre sont dans ces cas très vives.

Le zoster peut être aussi anomal par ses suites; on voit en effet persister, après certains zoster, pendant un temps ou définitivement, des névralgies, des paralysies ou des atrophies musculaires, des troubles trophiques, la chute des cheveux ou des dents (M. Singer) ou des anomalies de sécrétion dans la sphère du territoire atteint par le zoster.

Le plus ordinairement, on a vu la paralysie musculaire et l'atrophie accompagnant et suivant le zoster facial, autrement dit on a vu du zoster dans la sphère du trijumeau et des nerfs cervicaux supérieurs (Tryde, Greenough, Verneuil, Letulle, Strübing, E. Voigt, Eulenbourg, E. Remak) et Vernon a rapporté un cas de paralysie partielle de l'oculomoteur dans le zoster ophthalmique. Dans le zoster brachial traumatique, Schwimmer, Broadbent ont observé une paralysie des muscles du bras, Joffroy une fois l'atrophie du deltoïde, une autre fois celle des muscles innervés par le nerf cubital (2).

J'ai déjà relevé à diverses reprises des névralgies survivant au zoster facial, dans la région du nerf maxillaire, névralgies qui entraînent un grand affaiblissement des malades, parce que chaque fois qu'ils essayent de mâcher ou de parler il se produit un nouvel accès de tic douloureux, et ils sont ainsi obligés de s'abstenir de manger et de boire, fréquem-

(1) « L'hémorrhagie, l'ulcération, la nécrose ne sont pas les seuls accidents cutanés que l'on peut observer au cours du zona; il faut ajouter la dermite diffuse ou en plaques, dermolymphte, dermite érysipélateoïde, dermite ligneuse en plaques, les furoncles et l'anthrax, particulièrement dans la séquelle, avec tous les épisodes douloureux ou fébriles qui sont attachés à ces complications heureusement rares, mais dont il faut avoir la notion pour les prévoir, les prévenir souvent par des soins appropriés. Ces accidents et ces complications seront surtout à redouter dans les cas de zona survenus chez des sujets placés dans des conditions de santé défectueuses, soit par une maladie organique, carcinose, tuberculose, soit par une maladie générale, glycosurie, néphrites, diathèse urique, etc.

Les adénopathies, très fréquentes dans l'atmosphère ganglionnaire du zona bien qu'elles soient peu notées, sont en général résolutive.

E. B. — A. D.

(2) Les paralysies musculaires postzostériennes peuvent être légères, ou graves, et, dans ce dernier cas, d'une gravité particulière; aux membres et à la face, elles sont amyotrophiques, souvent rebelles, prolongées, quelquefois définitives; leur traitement réclame de la part du médecin une connaissance réelle des myopathies. E. B. — A. D.

ment aussi il survient une névralgie intercostale persistant des mois et des années.

Chez une femme, je vis encore, quatre mois après la terminaison d'un zoster cervical du côté droit, apparaitre brusquement, sous l'influence d'une excitation morale, des gouttes de sueur dans la sphère de la région indiquée, comme Donders l'a constaté dans le zoster facial; et Gerhardt a trouvé par l'examen galvanique une altération de la réaction de la sensibilité à la suite du zoster. Souvent on a trouvé dans la sphère du zoster une diminution de la sensibilité, ou de quelques-unes de ses propriétés, même de l'anesthésie avec persistance de la douleur — anesthésie douloureuse (1).

Abstraction faite de ces anomalies, rares en général, mais que l'on a eu cependant assez souvent l'occasion d'observer, on peut considérer le zoster comme une affection bénigne (2) qui guérit habituellement

(1) Voy. H. RENDU, Recherches sur les altérations de la sensibilité dans les affections de la peau, in *Annales de Dermat. et de Syph.* 1^{re} série, t. V, 1873-1874, p. 412; t. VI, 1874-1875, p. 5, 110, 193.

E. B. — A. D.

(2) La bénignité de la majorité des cas de zona est incontestable; mais il faut ajouter qu'il y a peu d'affections dans lesquelles l'imprévu soit plus ordinaire, le pronostic général porté par le médecin plus souvent infirmé: voici un cas s'annonçant sévère, avec fièvre vive, névrodynie intense, qui aboutira à une éruption fruste et se terminera d'une façon absolument simple; un autre, à l'inverse, aura débuté presque sans réaction générale; puis les poussées éruptives iront en croissant, la lésion cutanée prendra de grandes proportions, et la fièvre secondaire sera intense; des ulcérations interminables s'établiront, et le médecin qui aura porté un pronostic bénin n'aura pas à s'applaudir de ses prédictions. En résumé, réserve extrême dans le pronostic à porter au début, et nécessité d'informer le patient des irrégularités de la maladie dans son cours, et dans ses suites.

L'âge du sujet est très important à considérer, mais avec cette remarque que le pronostic général du zoster doit toujours être formulé sous bénéfice de très nombreuses exceptions. La règle est que le zona est bénin chez l'enfant, tantôt bénin, tantôt très grave, avec des nuances à l'infini chez l'adulte, ordinairement sévère chez le vieillard, particulièrement en raison de la fréquence, à cet âge, de la forme hypernévralgique, et de la durée extrêmement prolongée des névrodynies consécutives.

Dès le début, les localisations diverses pourront aussi être prises en considération, en raison des incidents plus graves, plus multipliés ou plus douloureux, qui peuvent les accompagner ou les suivre, accidents oculaires et cérébraux dans le zona ophthalmique; paralysie faciale quelquefois grave et prolongée; névrodynies et parésies multiples et prolongées dans le zona des membres, qui est souvent hypernévralgique.

d'une manière complète sans altération persistante de la peau; comme je l'ai déjà dit, c'est seulement le zoster hémorrhagique qui laisse des cicatrices (1).

Un fait digne de remarque, c'est que le zoster ne survient, ordinairement, qu'une seule fois chez le même individu. On ne trouve dans la littérature médicale que quelques cas de zona survenus deux fois chez le même sujet (Wyss, Fabre, Stern, Fr. Skabell) et, dans ces cas, ce n'est pas le même médecin qui les avait observés. Je sais, par une communication verbale de deux sujets, dont un médecin, qu'il était survenu à plusieurs reprises chez eux un zoster dans la région du nerf crural et dans celle du nerf génital. J'ai vu (fait unique) chez une seule malade, jusqu'à neuf récurrences de zoster, et j'ai constaté chez cette personne, depuis cette époque, une dixième et même une onzième éruption

De même, la détermination de la *forme clinique* observée aura une importance positive dans la discussion du pronostic à porter dans chaque cas particulier.

De plus, on n'omettra pas, de déterminer la condition spéciale du sujet, habituelle ou accidentelle, constitutionnelle, diathésique, etc., et, dans les *périodes épidémiques* — KAPOSI — de tenir compte de la bénignité ou de la gravité propre à la *constitution* actuelle.

Quand le zona survient au cours d'un état général grave, d'une cachexie avancée, non seulement sa signification pronostique est mauvaise pour l'issue définitive, mais encore la forme de la maladie intercurrente est en général sévère, et rend particulièrement cruelle la dernière période de la vie du patient.

Pronostic moins régulièrement sérieux, mais toujours réservé chez les sujets cardiaques, néphritiques, glycosuriques, goutteux, etc.

Dans diverses publications, LÉLOIR a insisté sur la valeur indicatrice ou révélatrice, prémonitoire, d'une attaque de zona, au point de vue de l'existence simultanée, ou à venir, d'un état pathologique du système nerveux. Nous avons eu, nous-mêmes, l'occasion de rencontrer la coïncidence du vitiligo et du zoster, coïncidence dont on ne peut encore donner une interprétation ferme.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Toutes les espèces de zona laissent à leur suite des macules congestives, pigmentaires, d'une durée variable, souvent prolongée, auxquelles succèdent fréquemment des macules achromiques dont on peut retrouver pendant longtemps la trace. Un grand nombre de cas, qui ne sont pas hémorrhagiques au sens propre du mot, sont suivis de cicatrices indélébiles surtout à la face, au col, et sur le haut du thorax. Le médecin doit toujours supposer leur production, avertir les intéressés de leur éventualité, s'il a souci de sa responsabilité, et en tenir compte dans la sollicitude avec laquelle il doit surveiller et diriger l'évolution des lésions zostériennes. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

avortée. Mais, dans ce cas, le zoster constituait aussi, sous tous les autres rapports, une exception si tranchée (zoster gangreneux ponctué et strié), que ce cas ne saurait modifier en rien la loi sur l'unicité de cette affection (1).

Relativement à l'apparition typique du zoster sur un seul côté, on connaît un assez grand nombre d'exceptions. Quelques auteurs, et

(1) Au moins égale à celle des pyrexies exanthématiques, l'unicité du zona constitue un caractère nosologique majeur, qui réclame mieux qu'une simple mention; bien qu'elle ait été contestée sous le prétexte que, la maladie elle-même étant rare, on ne doit pas la rencontrer souvent sur un même sujet, elle est incontestable.

De toute évidence, ce ne peut être seulement par le fait de la localisation anatomique; il faut que cela dépende de quelque chose de particulier à la condition pathogénique essentielle, que cela soit inhérent à la nature de la maladie. Ce quelque chose que nous avons, dans la première édition de cette traduction, déclaré incompréhensible dans l'état actuel de nos connaissances, — Voyez t. I, p. 418, note 1, — Landouzy l'assimile sans hésiter à un agent de l'ordre de l'élément spécifique des maladies non récidivantes à localisation restreinte, telles que la maladie ourlienne, ou mieux la coqueluche (1). L'analogie est acceptable, et la comparaison séduisante; mais cependant que d'inconnues! Cette unité et cette unilatéralité de localisation constantes ne sont-elles pas bien extraordinaires dans une maladie générale qui imprègne le système entier au point de lui procurer l'immunité ultérieure? L'élément pyrétique n'est-il pas souvent absent de cette « fièvre » zostérienne? Et comment comprendre, étant donnée sa spécificité parfaite, que l'agent pathogénique réel puisse dériver des conditions étiologiques extraordinairement variées qui provoquent la production du zona?

Voilà pourquoi, tout en acceptant le principe du zoster zymotique, nous répétons que nous ne pouvons pas encore comprendre réellement toutes les particularités étranges de l'histoire de cette affection, et qu'un supplément d'information reste nécessaire.

Quant à la rareté elle-même des récidives, elle donne un intérêt particulier aux observations qui en seront produites à l'avenir, et qui devront être appuyées de garanties d'authenticité réelle, non pas seulement au point de vue du fait, mais sous le rapport de la distinction à établir entre le zona et les affections zostéroïdes. Voici, très sommairement, une observation qui nous a été communiquée par Leloir; elle est de nature à montrer à quel point le sujet est complexe, et combien il est nécessaire de le remettre à l'étude avant de prononcer un jugement.

(1) Voy. LANDOUZY. Fièvre zoster et exanthèmes zostériformes, in *Semaine médicale*, septembre 1883. — H. BARTH. Étiologie et nature du zona, in *Union médicale*, novembre 1883. — P. FABRE (de Commeny). Un cas de zona récidivant, Paris, 1884. — P. TOMMASOLI. Sur la nature de l'herpès zoster, in *Giornale internaz. d. Sc. med.*, 1886; anal. franç. p. SIREDEY, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2^e série, t. VIII, 1887.

moi-même, avons vu des cas de zoster facial et cervico-brachial doubles et j'ai eu, en outre, l'occasion d'observer un premier cas de zoster double sacro-fémoral et ischiatique (1). Il faudrait peut-être considérer

Médecin, soixante-trois ans, très vigoureux, n'ayant jamais eu d'autre affection qu'un Bouton de Biskra, en Algérie. Depuis quelques années, il est atteint d'un vitiligo qui a envahi successivement les organes génitaux, le tronc, les membres, la face, etc.

Quand Leloir le vit pour la première fois en mai 1886, il était atteint, en outre, d'un zona intercostal gauche disposé en bande « et des plus classiques »; c'était sa dixième attaque de zona intercostal.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Nous n'avons jamais vu de zona double, en un grand nombre d'années d'observation sur un vaste théâtre; nous n'en nions pas l'existence, et nous ne nous donnerons pas la tâche facile de montrer que plusieurs des exemples rapportés sont, au moins, contestables.

Le fait essentiel demeure acquis: dans le zoster, l'unilatéralité est la règle, la bilatéralité l'exception très rare; pour les cas où la lésion nerveuse pathogène est de cause externe et directe, cela se conçoit aisément; mais pour les cas spontanés, et dans la théorie zymotique, il est malaisé de comprendre l'irritation isolée et unilatérale d'un ganglion extracranien ou extrarachidien et il est difficile de ne pas remonter à l'existence d'une localisation centrale.

Non seulement le zona est, de règle, unilatéral, mais encore il est aussi habituellement unique; il n'est pas impossible cependant qu'il soit multiple sur un même territoire, c'est-à-dire, par exemple, qu'il occupe plusieurs espaces intercostaux du même côté, formant alors tantôt une large bande occupant une plus ou moins grande partie de la hauteur du thorax, par la confluence des zones érythémato-vésiculeuses superposées; tantôt deux ou plusieurs zones éruptives simplement superposées et restant isolées. Le premier cas, le moins rare, est très bien exposé dans une observation de Wetherill (Obs. d'H. zoster, *Philadelphia med. Times*, 1883; anal. franç. par Brocq, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2^e série, t. IV, 1883, p. 608). L'éruption formait une plaque d'environ huit pouces de large, allant de la quatrième à la dixième côte et s'étendant, d'autre part, de l'épine dorsale à la partie médiane antérieure du tronc. Le second est représenté dans sa plus complète expression par le cas d'ERASMUS WILSON (*Journ. of Cut. med.*, t. IV, p. 158, cit. Wetherill), dans lequel il existait simultanément « entre la clavicule et le pli de l'aîne cinq demi-cercles d'éruption vésiculeuse distincts les uns des autres, en un mot cinq zones parallèles ».

On peut en outre observer deux zones sur un même sujet dans des territoires anatomiques différents et distincts (soit du même côté), zona hémiplegique, tronc et membre inférieur; soit croisé, comme dans l'observation X de FABRE, loc. cit., p. 48, au thorax du côté droit et à la cuisse gauche.

Enfin, un même zona peut avoir des subdivisions selon le système nerveux de la région atteinte — zona bifurqué de FABRE — et par voie anastomotique. E. B. — A. D.

comme herpès iris le cas qui a été décrit par Tommaso de Amicis sous le nom de zoster bilatéral généralisé (1).

On trouve aussi bien le zoster chez les adultes que chez les personnes d'un âge mur, même chez les vieillards; d'une manière générale, il est beaucoup plus rare chez les enfants (2).

Il est curieux que le zoster se montre plus fréquemment dans certaines saisons, habituellement à l'époque où surviennent très souvent des inflammations pulmonaires et certaines variétés d'érythème dont j'ai déjà parlé, tandis que, dans d'autres périodes de l'année, on n'en observe point, ou seulement sous une forme sporadique (3).

Pour ces zosters qui en général sont fréquents à certaines périodes,

(1) Le cas de TOMMASO DE AMICIS — Caso rarissimo di zoster bilaterale universale, *Giornale Internazionale delle Sc. med.*, anno IV, et tirage à part, Napoli, 1882 — n'est certainement pas relatif à un zoster, au sens où nous le comprenons; mais nous ne le dénommerions pas davantage « herpès iris », et le savant professeur le considère aujourd'hui comme se rapportant à la maladie de DÜRRING. E. B. — A. D.

(2) Le zona est loin d'être rare chez les enfants, nous l'avons observé dans la première et dans la seconde enfance avec les localisations les plus diverses, y compris le territoire du trijumeau.

Voyez l'importante monographie de PAUL FABRE (de Commentry). — Le Zona, mémoire couronné par la Société de médecine d'Anvers, concours de 1880. *Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, années 1881, 1882, réimprimé à Paris en 1882. — J. COMBY, Quelques cas de zona chez les enfants, in *France médicale*, juin 1885.

E. B. — A. D.

(3) LORRY — *Tract. de morb. cut.*, Paris, 1777, p. 405, — reconnaît au zona une origine extrinsèque, et dit qu'on peut l'observer à l'état épidémique; mais il parle peu de sa contagiosité, et sa conception est toute différente de celle que représentent les idées de ERB et de LANDOUZY; elle semble plutôt se rapprocher de la notion, encore aujourd'hui confuse, des intoxications autogènes: « *Quibus omnibus clare, ut speramus, evincitur zonam verum esse ignem sacrum ab acri pariter extraneo intus admissio oriundum, indeque pendentem. Quod acre, ut mihi, plerumque vidisse contigit, in zonâ quæ apud nos epidemice aliquando grassatur a complicatis primarum viarum vitis cum perspiratione acri retentâ pendet.* »

En réalité, l'épidémicité du zoster est très restreinte, toujours limitée; elle ne dépasse pas de beaucoup ce que l'on observe pour d'autres maladies non miasmatiques; ce sont de petites séries de cas observés en même temps, mais jamais, à notre observation, dans un même groupe d'individus.

Il nous serait très agréable de déclarer que le zoster est fréquent, comme le veut l'auteur, aux époques où les inflammations pulmonaires sont communes; mais nous avons observé les séries de zosters en toute

presque épidémiques, on pourrait admettre qu'ils sont occasionnés par un contagement miasmatique. Mais avec cette hypothèse on ne comprend

saison, et dans le tableau ci-dessous relatant les cas de zona traités dans les salles de l'hôpital Saint-Louis (1) par mois et par année pendant dix années, de 1878 à 1887, on verra que le mois de mars, le mois traditionnel de la pneumonie, ne compte que très peu de cas de zoster.

Tableau indiquant, par mois et par année, le nombre de cas de zona traités dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, de 1878 à 1887.

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Totaux annuels et total général
1878....	4	1	2	3	4	3	1	2	3	2	3	1	29
1879....	2	6	3	3	1	3	6	3	3	4	2	»	36
1880....	»	1	1	2	1	2	4	1	5	»	3	3	24
1881....	3	3	2	4	4	4	3	1	4	1	2	»	31
1882....	1	»	1	3	5	1	2	»	»	2	1	2	18
1883....	»	»	1	5	2	4	4	3	2	2	4	1	31
1884....	7	5	4	3	5	3	3	1	2	2	5	2	42
1885....	2	»	3	2	3	4	1	3	5	2	2	»	27
1886....	2	2	1	3	3	7	2	4	2	1	»	1	28
1887....	1	2	1	4	4	4	4	1	4	1	4	2	32
Totaux mensuels	22	23	19	32	32	36	30	19	30	17	26	12	298

Si l'on fait commencer l'hiver médical en décembre, on voit, d'après ce tableau, que l'hiver compte cinquante-sept cas, soit 19 p. 100; le printemps quatre-vingt-trois, soit 27 p. 100; l'été quatre-vingt-cinq, soit 28 p. 100; l'automne soixante-treize, soit 24 p. 100.

C'est-à-dire qu'il n'y a aucune assimilation à établir entre le mouvement des affections des voies respiratoires et le zoster, lequel varie au cours des saisons dans des proportions peu considérables; que l'hiver est la période où il y a le moins de zosters, mais qu'une véritable irrégularité règne dans ces rapports, le mois de mars, le mois d'août et le mois d'octobre comptant le même nombre d'entrées pour zona; le mois de décembre est le seul dans lequel le chiffre s'abaisse réellement, et atteint son *minimum*.

Enfin, les variations annuelles sont plus accentuées, l'une de nos dix

(1) Les malades traités à la consultation externe (policlinique de l'hôpital), et qui sont beaucoup plus nombreux, ne sont pas compris dans ce tableau, parce que le chiffre exact n'en a pas été relevé.