

pas pourquoi un tel agent n'atteindrait jamais qu'un seul ganglion (1) et frapperait seulement une fois l'individu (2).

Dans ces circonstances, un refroidissement peut provoquer le zoster comme toutes les autres variétés de névrite.

On a observé à différentes reprises une éruption de zoster chez des personnes qui étaient soumises à une médication arsenicale. Je partage

années n'ayant que dix-huit cas de zona (chiffre minimum) et une autre (maximum), quarante-deux. Ces résultats sont cependant dignes d'être notés, ils sont moins contradictoires que ceux qui ont été produits — voy. FABRE, *loc. cit.*, p. 103. — Ils sont probablement l'expression de la réalité, ayant été recueillis pendant une période décennale régulière, dans des conditions parfaitement précises, le mois indiqué étant toujours celui du début du zoster, et cette maladie, par sa nature et par son nom, ne prêtant ni à erreur ni à ambiguïté.

Comparez : FISCHER. Une petite épidémie de zona. *Correspondenz Blatt für die Schweizer Ärzte*, 1876, n° 14. — G. WALTHER. Trois cas de zona chez des étudiants ayant successivement habité la même chambre. *Med. Central Zeitung*, 24 avril 1878. — PFEIFFER und LÜBBEN. Aufruf zur Betheiligung an einer Sammelforschung des Allgem. ärztlichen Vereins von Thüringen über Vorkommen Sitz und Epidemicität des H. Zoster. — *Corresp. Blatt der Allgem. arzt. Vereins von Thüringen*, 1887, n° 9 et 11. — M. KAPOSI. Bemerkungen über die jüngste Zoster-Epidemie und zur Actiologie des Zoster. *Wiener Medic. Wochenschrift*, 1889, n° 23 et 26.

(1) Si le zoster a un principe spécifique, il n'y aurait rien d'impossible à ce que ce principe puisse être transmis du sujet malade à l'individu sain, directement ou médiatement; divers auteurs anciens ou récents avant ERB — Not. z. ætiol. der Herpès zoster, in *Neurol. Centralbl.*, 1882 — ont observé et publié des cas dans lesquels il est difficile d'écarter la notion de transmission contagieuse. Mais, en réalité, cette contagiosité ne paraît pas être la condition de la très grande majorité des cas de zona; consulté sur les précautions à prendre dans les soins à donner aux sujets qui en sont atteints, le médecin avisé répondra que le danger est fort minime, mais il conseillera la propreté antiseptique dans les pansements et dans le nettoyage des linges à usage du patient.

Comme d'autres observateurs, nous avons fait des essais infructueux d'inoculation du zoster; cela n'a aucune valeur pour nier sa contagiosité. Inoculabilité et transmissibilité ne sont pas liées l'un à l'autre d'une manière indissoluble; si le zona se transmet c'est par un procédé que nous ignorons, mais notre ignorance ne signifie pas que cette transmission ne se peut opérer.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Nous disons avec l'auteur que dans la théorie zymotique du zoster, il est difficile de comprendre l'unilatéralité et la lésion unique d'un ganglion d'un seul côté du corps; nous avons fait nos réserves à cet égard; mais c'est cette théorie, au contraire, qui, seule, explique l'immunité acquise.

E. B. — A. D.

l'opinion de ceux qui, comme James White, Paul Fabre, O. Juliusburger, pensent qu'il n'existe aucun lien étiologique entre l'emploi de l'arsenic et le zoster, et qu'il s'agit toujours dans ces cas d'une coïncidence accidentelle.

Mais on peut faire abstraction de toutes ces conditions et les considérer comme étant plutôt des circonstances accidentelles et concomitantes, puisque pour édifier l'étiologie du zoster nous pouvons arguer de faits entièrement positifs, ainsi qu'en témoignent les explications précédentes. Comme telles, il faut signaler celles indiquées antérieurement : l'hémorrhagie et l'irritation inflammatoire, les maladies constatées des ganglions spinaux et du ganglion de Gasser et les névrites déjà citées et reconnues histologiquement.

Comme causes occasionnelles, on peut encore indiquer les néoplasmes, le cancer, la tuberculose, les foyers purulents, la périostite, les exsudats inflammatoires et l'inflammation en général, la pleurésie, qui irritent et enflamment les troncs nerveux voisins des foyers morbides. On a observé aussi le zoster après l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Des traumatismes jouent le même rôle (zona traumatique); en effet, on a vu survenir, à la suite de coups de feu, de blessures par instruments tranchants, de contusions, de coups de fouet, des éruptions de zoster, par exemple dans la région du nerf frontal, du nerf brachial, du nerf cubital, d'un nerf spinal (1).

Mais je laisse de côté les rougeurs diffuses (*glossy skin*), les inflammations douloureuses, les vésicules et les bulles qui apparaissent ordinairement d'une manière chronique dans la région de nerfs blessés, tirillés par des cicatrices ou des néoplasmes (Mitchell, Morehouse et

(1) L'étiologie du zona est singulièrement obscurcie par l'impossibilité de différencier le zoster absolu d'avec les éruptions zostéroïdes.

S'il était vrai que la tuberculose ou la carcinose de voisinage, la syphilis, une simple hémorrhagie parenchymateuse, une contusion, une blessure, un élément zymotique, l'agent producteur des intoxications chimiques les plus diverses, l'élément pathogène des maladies infectieuses aiguës ou chroniques — Voy. LETULLE et DREYFOUS, *Société clinique et France méd.*, 1889 —, etc., l'action du froid, une commotion morale, etc., etc., puissent produire le zona, ce ne serait plus une maladie, mais un symptôme-lésion d'une banalité parfaite.

Ce qui est le plus probable c'est que, chez les sujets qui sont atteints de zona, des conditions assez multiples produisent une opportunité morbide particulière; sensibilité névrodermique innée, irritabilité propre du système nerveux, lesquelles, non seulement facilitent la production du zoster, mais encore en déterminent le degré, produisant, par exemple, chez les prédisposés, des douleurs atroces, des réactions

Keen, Mougeot, Schieferdecker, etc.), et qui sont mentionnées sous le nom de zoster; il leur manque, pour mériter ce titre, la marche typique du zoster clinique.

Il faut ranger ici le cas d'une fille de vingt ans de notre clinique chez laquelle il survenait, depuis plusieurs semaines, dans la région du sein droit, des éruptions bulleuses accompagnées de douleurs névralgiques très vives. Dans ce cas, le tiraillement des nerfs avait sans doute été occasionné par un traumatisme (morsure de cheval) ou par des callosités pleurétiques.

LOCALISATION DU ZOSTER

Pour être autorisé à attribuer tous les cas de zoster à la région nerveuse atteinte, il serait nécessaire de connaître l'étendue périphérique de chaque nerf spinal et des nerfs sensibles du cerveau.

Voigt a, sous ce rapport, rendu un véritable service en étudiant, dans des préparations très soignées, les nerfs cutanés jusque dans leurs terminaisons les plus périphériques, et il a ainsi déterminé les limites de chaque nerf. Mais on a vu que sur la ligne médiane du corps, ainsi que dans d'autres régions, les nerfs de la peau passent dans la partie voisine, et qu'il n'existe par conséquent pas, à proprement parler, de limites précises ou de zones parfaitement neutres. A cela il faut ajouter que, même près de leur sortie de la moelle épinière, les nerfs spinaux sont en connexion entre eux par des anastomoses dans leur trajet supérieur et inférieur ainsi qu'avec ceux de l'autre moitié du corps, de telle sorte que l'état morbide d'un nerf peut avoir pour conséquence l'irritation et l'inflammation dans le trajet du nerf anastomotique; abs-

de tout ordre, des lésions trophiques profondes, etc., alors que, chez les autres, les mêmes localisations anatomiques ne déterminent que des douleurs moyennes, légères, ou même nulles, n'éveillent aucune sympathie morbide, et ne donnent lieu qu'à des lésions insignifiantes. — Voy. les observ. de LELoir, DREYFOUS, LETULLE, etc., *loc. cit.* — En dernière analyse, tous les états pathologiques qui mettent le système nerveux dans un état de moindre résistance, impression du froid, traumatismes divers, commotions morales prolongées ou violentes, surmenage, dyscrasies sanguines et cachexies diverses, peut-être quelques altérations viscérales par la voie réflexe, celles de l'estomac, par exemple, etc., etc., peuvent être invoqués dans une mesure déterminée.

Mais pour un nombre très important de cas, il faudrait forcer les choses pour trouver dans les antécédents immédiats ou éloignés une cause réelle, et les cas de zonas idiopathiques, de cause inconnue, ne sont pas rares; tous ceux-là peuvent être réclamés pour la théorie zymotique.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

traction faite de ce que, comme dans le zoster double, l'inflammation peut rayonner des deux côtés partant d'un foyer morbide dont le point de départ est la moelle elle-même.

Par suite des nombreuses anastomoses existant entre les ramifications du trijumeau, du nerf facial et des nerfs supérieurs du cou, le zoster facial est le plus variable de tous quant à la région nerveuse.

C'est ainsi qu'il se manifeste souvent comme zona frontal, correspondant à l'étendue du rameau frontal de la première branche. Il survient alors des groupes de vésicules très confluentes, très nettement arrêtés à la ligne médiane, sur une moitié du front correspondant à la sphère du nerf sus-orbitaire et s'étendant de la paupière supérieure jusqu'au vertex; il en est de même des efflorescences qui gagnent jusqu'à l'angle de l'œil, correspondant au nerf fronto-nasal. Ce zoster est très souvent hémorragique ou gangreneux. Par suite de la participation du rameau ethmoïdal et du rameau externe du nerf nasal, il existe ordinairement aussi de la tuméfaction de la muqueuse nasale et une éruption sur la moitié correspondante de la face dorsale du nez jusqu'à son extrémité. Lorsque la maladie s'étend, par suite de la participation des nerfs zygomatique et lacrymal, la partie avoisinante des tempes peut devenir le siège d'une éruption, elle constitue alors le zona ophthalmique.

Cette localisation compte au nombre des variétés les plus douloureuses du zoster, et, dans certaines circonstances, elle devient dangereuse et peut même avoir des conséquences funestes. Tout d'abord, par la participation du rameau ciliaire et de la longue racine du ganglion, il peut survenir une injection des vaisseaux ciliaires, des papules, des vésicules et des ulcères sur la cornée (1), de l'iritis et du xérosis de la cornée; par suite de l'affection du rameau lacrymal, de la conjonctivite, v. Stellvag ne considère pas seulement cet herpès ciliaire que l'on rencontre en même temps que le zoster sur la peau, dans lequel on a constaté le rapport anatomique de l'efflorescence avec un rameau terminal du nerf ciliaire dans la cornée (Iwanoff), comme identique avec le zoster, mais il rapporte aussi les phlyctènes de la cornée, qui surviennent si fréquemment chez les enfants scrofuleux et affaiblis, à une irritation directe des terminaisons des nerfs ciliaires et à la moindre résistance des vaisseaux chez ces sujets.

Les douleurs névralgiques, la photophobie, sont extrêmement vives

(1) Un des phénomènes les plus remarquables, les plus précoces et les plus persistants, consiste dans l'analgésie et l'anesthésie de la cornée; on doit les rechercher dans tous les cas de zona périorbitaire.

E. B. — A. D.

dans ces cas. Enfin, comme dans le cas de Wyss, il peut se produire de la phlébite autour et à l'intérieur du bulbe, de la panophtalmie, de la pyémie, de la méningite par propagation de la phlébite dans la cavité crânienne, la mort pouvant devenir ainsi la conséquence de ces diverses lésions (1).

Une deuxième variété de localisation du zoster facial est celle qui a son siège principal sur la joue et correspond aux petites ramifications du rameau maxillaire supérieur par des groupes qui se terminent vers l'aile du nez et à la paupière inférieure, et qui sont sous la dépendance du rameau intra-orbitaire et de la terminaison du nerf du maxillaire supérieur. En même temps, il peut se produire, par la participation des rameaux palatins et pharyngés, des rougeurs diffuses douloureuses, ou des groupes d'efflorescences d'une durée éphémère, dans la région des joues, du palais et de la muqueuse pharyngienne du côté malade. Souvent une déglutition très difficile, de vives douleurs dentaires sont la suite de cette affection; on voit même persister indéfiniment, ou du moins pendant très longtemps, une paralysie partielle du voile du palais. On a enfin observé consécutivement des névralgies dentaires persistantes, la chute des dents et l'atrophie du prolongement alvéolaire, par suite de l'altération du nerf alvéolaire postérieur (M. Singer).

Au niveau de la troisième branche de la cinquième paire du maxillaire inférieur, il se produit un zoster qui correspond principalement à son rameau inférieur chargé surtout de fibres sensibles. C'est ainsi que surviennent des groupes de vésicules sur la partie antérieure de la conque et de la région temporale avoisinante, dans le conduit auditif externe jusqu'au tympan (nerf auriculaire antérieur); puis des éruptions dans la région de l'angle mentonnier correspondant au rameau mentonnier, et de l'irritation, quelquefois des desquamations épithéliales sur la partie de la langue correspondant au nerf lingual.

Mais il peut encore survenir sur la face postérieure de la conque quelques groupes correspondant au nerf auriculaire postérieur du facial, ainsi que dans la région des tempes, du front, des joues, de la mâchoire inférieure et de la région cervicale supérieure et antérieure.

(1) La description complète du zona ophthalmique, et l'étude des nombreuses questions de physiologie pathologique et de thérapeutique oculaire qu'elle soulève ne peuvent trouver place dans un traité élémentaire de dermatologie. Voy. les traités d'ophtalmologie, et, parmi les travaux cliniques récents, ALF. HINDE, Étude sur le zona ophthalmique. — *Med. Record*, 1886; anal. franç. par BROCC, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2^e série, t. VII, p. 668, 699. E. B. — A. D.

par la participation des rameaux temporal, zygomatique, buccal et des rameaux maxillaire et sous-cutané supérieur du cou, qui forment un plexus par leur réunion avec le mentonnier.

L'étendue du zoster de la face peut s'accroître par l'envahissement des régions qui sont sous la dépendance des nerfs cervicaux supérieurs, c'est-à-dire du grand nerf occipital qui se ramifie sur la nuque et sur la face postérieure de la conque, et part du troisième nerf cervical.

Très souvent, il n'apparaît, dans la région déjà décrite de la face, que des groupes tout à fait isolés de vésicules. D'autres fois, la région entière est envahie par l'éruption, soit par des groupes d'efflorescences hémorragiques presque confluentes, très rapprochés les uns des autres, soit par des vésicules disséminées, développées normalement, parmi lesquelles il y a aussi beaucoup de groupes avec des papules avortées en voie de régénération. Il est plus rare de voir en même temps une éruption à l'occiput et à la nuque, c'est-à-dire une participation de l'anse cervicale des trois premiers nerfs cervicaux (zoster occipito-cervical). Enfin, le cas le plus rare, cependant observé à plusieurs reprises, est un zoster facial double, comme Hebra l'a le premier décrit et comme il l'a reproduit dans son atlas.

Après chaque localisation du zoster facial on a vu, ainsi que je l'ai dit, persister très fréquemment des névralgies, des paralysies musculaires et des troubles trophiques (chute des poils et des dents, atrophie des muscles).

Comme le zoster facial provient d'une maladie du trijumeau ou de quelques-uns de ses rameaux, mais que la paralysie musculaire suppose une affection du nerf facial, l'explication de ce rapport n'est pas facile. Strübing pense que, dans ce cas, l'inflammation envahit, par l'intermédiaire des rameaux périphériques du trijumeau, les branches terminales du facial, voisines et en communication avec elles, d'où une névrite qui de là remonte au tronc du facial. Eulenbourg fait intervenir les nerfs vasomoteurs et trophiques qui, d'après Samuel, Schiff, sont contenus dans le facial (provenant du nerf vague). Ainsi, une inflammation du facial pourrait avoir comme conséquence, par la participation de ces fibres trophiques, un zoster de la face et de la région cervicale, et des états trophiques et paralytiques. Pour certains cas, on a admis une maladie du tronc nerveux dans le canal de Fallope avant la séparation de la corde du tympan, où, par conséquent le facial paraissait primitivement et simultanément atteint. E. Remak pense qu'il est plus naturel d'admettre que cette cause nocive (le refroidissement), qui affecte peut-être les rameaux du trijumeau, a touché dans ces cas aussi le facial et a ainsi occasionné un trouble dans ses fonctions.

Dans le zoster occipito-cervical on trouve, en dehors des groupes

vésiculeux occupant les régions occipitales supérieure et inférieure qui correspondent au nerf grand auriculaire, d'autres groupes sur la face postérieure de la conque, sur le lobule de l'oreille et sur la face postérieure du conduit auditif; enfin, à la partie antérieure, vers la ligne médiane du cou, en passant sous le menton, des groupes correspondant au rameau sous-cutané du cou partant des nerfs cervicaux supérieurs.

Dans le zoster cervico-subclaviculaire, l'éruption commence à la nuque, à la limite du cuir chevelu, monte sur la région latérale du cou se dirigeant de haut en bas et en dehors vers l'épaule, de là vers la partie antérieure, sur la peau comprise entre la clavicule et le mamelon, et sur la région sus-claviculaire. L'étendue correspond à la sphère de distribution du quatrième nerf cervical, des nerfs sous-claviculaires et des nerfs ascendants de la nuque.

Le zoster cervico-brachial a son point de départ dans la région du plexus brachial, qui est formé par la réunion des rameaux antérieurs des quatre nerfs cervicaux inférieurs, et des premier et second nerfs thoraciques.

De ce plexus nerveux partent des rameaux cutanés pour la nuque et l'épaule; du premier et du second nerf intercostal, on voit des rameaux cutanés se diriger vers la partie postérieure et interne du bras, et d'autres vers la partie antérieure du thorax, au niveau des deux premières côtes. Ce zoster descend plus ou moins, aussi bien sur le côté de l'extension que sur celui de la flexion du bras; parfois, il gagne l'avant-bras jusqu'au petit doigt; en même temps, il y a des groupes vésiculeux dans la région des deux premières côtes jusqu'au sternum. Mais parfois, par suite de la participation des nerfs cervicaux moyens qui se sont reliés au plexus, il se fait une éruption dans la région de la nuque jusqu'à l'occiput et même dans la région scapulaire; dans ce dernier cas, l'éruption correspond au nerf cutané brachial supérieur.

J'ai vu une fois un zona double occipito-cervico-brachial, dont les vésicules se continuaient jusqu'à l'extrémité des doigts et à la paume de la main.

C'est dans le zoster pectoral que le type nerveux de la maladie est le plus caractérisé.

Tout nerf dorsal se divise, aussitôt après sa sortie, en un rameau antérieur et un rameau postérieur. Le rameau postérieur traverse les couches musculaires dorsales, qu'il innerve en partie, et envoie des rameaux cutanés dans le voisinage de la ligne médiane. Le rameau antérieur, se dirigeant en avant comme nerf intercostal, se divise en un rameau externe et un rameau interne. Le premier traverse les muscles intercostaux, agit sur la peau de la région dorsale d'un côté, et continue sa marche comme rameau cutané en avant jusqu'à la ligne

médiane, dans la région du thorax, formant les nerfs cutanés pectoraux, et, au niveau de l'abdomen, les nerfs cutanés abdominaux.

Le zoster pectoral se présente, dans certains cas, sous l'aspect d'une série continue de groupes vésiculeux, à partir de l'épine dorsale jusqu'à la ligne médiane antérieure du tronc, lesquels peuvent occuper deux et même trois espaces intercostaux. Ces groupes sont souvent confluent. L'éruption est fréquemment hémorragique, soit partiellement, soit en totalité; dans ce dernier cas, le zona est extrêmement douloureux et ne guérit alors, comme il est facile de le comprendre, qu'avec de la suppuration et une cicatrice, demandant souvent trois mois pour se terminer complètement. D'autres fois, on ne trouve qu'un nombre très restreint de groupes vésiculeux; par exemple, un dans le voisinage de la colonne vertébrale, un autre sur le côté correspondant à la sortie du rameau externe, et un à l'extrémité périphérique, sur la ligne médiane antérieure. Ou bien il n'y a qu'un seul groupe. Les groupes terminaux que l'on observe sur la région dorsale, ainsi que sur la ligne médiane antérieure, dépassent, en général, un peu la limite moyenne.

Le zoster pectoral est très souvent précédé d'une névralgie prodromique. On a cité des cas dans lesquels une névralgie intercostale a existé pendant plusieurs années avant l'apparition du zona. Le zoster pectoral est souvent compliqué d'inflammation pleurétique, ou bien occasionné par une pleurésie, ou encore par la carie ou le cancer des vertèbres; pendant sa durée, il y a ordinairement des points de côté, de l'oppression, et enfin il reste souvent à sa suite un état névralgique.

A propos du zona dorso-abdominal ou du zona lombo-inguinal, je n'ai rien de plus à dire que ce que leurs noms indiquent; je ferai seulement remarquer que les rameaux postérieurs des nerfs lombaires se ramifient dans la région fessière et sur le côté externe de la cuisse jusque vers le trochanter, et qu'il survient également des groupes vésiculeux qui, partant du sacrum, gagnent le trochanter au-dessus des muscles fessiers, le mont de Vénus, la région inguinale et le scrotum, correspondant ainsi au trajet des nerfs iléo-inguinal et scrotal.

Le zoster lombo-fémoral se relie à une affection des deuxième et quatrième nerfs lombaires, et l'éruption paraît sur les points lombaire et sacré de la colonne vertébrale, au-dessus de la région fessière, à la surface antérieure de la cuisse, sur ses faces externe et interne jusqu'au genou et le long du mollet, ainsi qu'au scrotum et à la grande lèvre, correspondant au nerf cutané antérieur externe de la cuisse, au génito-crural, au rameau sensitif du nerf obturateur, et au cutané médian et saphène du crural.

Le zoster sacro-ischiatique et sacro-génital se traduit par des éruptions dans les régions fessières, au sacrum, au périnée, à la face posté-

rière des bourses, à l'anus, aux grandes lèvres et à l'orifice du vagin. Ces dernières localisations, ainsi que celles de la face dorsale du pénis, correspondent au nerf honteux; celles qui ont leur siège dans la région du trochanter et des tubérosités ischiatiques, au grand nerf cutané postérieur, tandis que l'ischiatique n'envoie pas de rameaux à la cuisse, mais, en fournissant seulement à la jambe par l'intermédiaire du péronier pour la face dorsale du pied et la plante du pied, correspond à un zoster localisé en ce point.

Relativement à l'affection qui est sous la dépendance du nerf honteux, je vous signalerai, à titre de fait intéressant, que j'ai eu l'occasion de voir, à plusieurs reprises, un zoster du pénis et du scrotum exactement limité à la ligne médiane.

Les altérations anatomiques du zona doivent être envisagées, d'une part dans les nerfs dont il dépend, et d'autre part, dans l'éruption vésiculeuse. En ce qui concerne le premier point, j'ai déjà appelé votre attention sur la nature des lésions ganglionnaires (page 410, fig. 20 à 22), et j'ai également mentionné les modifications, indiquées par d'autres auteurs, des troncs et des rameaux terminaux des nerfs affectés. L'infiltration de cellules inflammatoires, découverte par Haight autour d'un filament nerveux des couches cutanées profondes, peut se trouver dans toutes les inflammations de la peau, et cette lésion n'est pas plus spéciale au zoster que l'absence de cylindre axe dans l'une ou dans l'autre des fibres nerveuses.

Quant aux modifications survenues dans la peau, ce sont celles que l'on observe dans la formation des vésicules inflammatoires, comme je l'ai décrit pour l'érythème vésiculeux (fig. 49). Haight les a étudiées encore plus spécialement. C'est un fait propre à toutes les formes d'herpès, par conséquent au zoster, que les vésicules naissent dans les couches profondes du réseau de Malpighi, de telle sorte que les cellules de ce dernier paraissent séparées les unes des autres comme dans un réseau à mailles; leurs intervalles étant remplis de caillots fibrineux, de sérum et de cellules d'exsudat (cellules migratrices, leucocytes). Le tissu des papilles, ainsi que celui du chorion, sont également envahis par des cellules d'exsudat et par l'infiltration séreuse, les vaisseaux sont distendus, les mailles du tissu conjonctif beaucoup plus larges. Lesser pense que les processus de prolifération et de dégénérescence dans l'épiderme précèdent les modifications de nutrition dans le corps papillaire. Je crois, moi, qu'ils commencent simultanément; et en tout cas, les processus dans la portion de peau de la couche papillaire alimentée par les vaisseaux sanguins et les nerfs précèdent, soit en tant que cause locale, soit quant au moment de leur apparition et à leur importance. L'hypothèse de Weigert et de Neisser, — d'après

laquelle la mortification de parties périphériques consécutive à l'altération de l'action nerveuse représenterait ce qui est primaire et essentiel dans l'éruption du zoster, et la suppuration ne se produirait dans les efflorescences que par la pénétration consécutive de substances infectieuses, — est contraire aux faits observés.

Plus l'inflammation locale est intense, plus marquées aussi sont l'infiltration et l'exsudation des cellules le long des vaisseaux; plus grosses sont les vésicules, et plus développées aussi sont les mailles de leur réseau. Dans les formes hémorrhagiques, l'infiltration du sang dans les papilles et les couches supérieures du chorion détruit mécaniquement une partie du tissu conjonctif, et produit une perte de substance qui ne guérit que par suppuration et avec une cicatrice. Dans les vésicules ordinaires, il n'y a qu'une partie du réseau muqueux qui disparaît. Sur les papilles intactes, restées pourvues de cellules saines, il se forme un épiderme normal qui remplace la masse vésiculaire desséchée, c'est-à-dire les croûtes, et la guérison se fait sans cicatrice.

Dans le zoster gangreneux et hémorrhagique, la guérison n'est possible, comme il a été déjà dit, que par suppuration, granulation et formation de cicatrice.

On peut se faire une idée assez claire du rapport intime qui lie la maladie des ganglions et des nerfs avec la maladie proprement dite de la peau, soit le zoster caractéristique. N'oublions pas que tout nerf spinal est un nerf mixte, c'est-à-dire qu'il contient des fibres sensitives, motrices, vasomotrices, sécrétoires (éventuellement trophiques). Or, si le processus décrit ci-dessus a irrité les fibres sensitives et vasomotrices, il survient ensuite dans la région périphérique de l'expansion de ces dernières une inflammation sous forme de papules et de vésicules, ou une hémorrhagie, qui prennent ultérieurement le développement et la régression propres à toutes ces formes. Les données histologiques nous révèlent un fait particulier, savoir que cette lésion du nerf (du ganglion) est une lésion brusque et transitoire, donc l'élément irritatif ne dure pas; et, par conséquent aussi, l'inflammation périphérique de la peau ne se renouvelle pas. Même les fortes hémorrhagies des ganglions sont promptement résorbées et les cellules des ganglions et des nerfs se régénèrent certainement d'une manière rapide: et la preuve, c'est qu'il est rare de voir des troubles nerveux durables persister après le zoster.

Si quelques fibres nerveuses ont été tout à fait détruites par ces processus, l'action trophique de ces fibres nerveuses cesse entièrement, et dans la partie correspondant à leur point d'expansion, c'est-à-dire à leur région, il survient immédiatement une nécrose des tissus, une gangrène.