

C'est précisément ainsi, par une persistance de cette altération nerveuse, qu'on explique les paralysies qui s'observent de temps en temps, les altérations de sécrétion, les névralgies par irritation ou destruction des fibres sensibles, motrices, sécrétoires spécifiques correspondantes et la durée de ces symptômes après le décours du zoster; les névralgies par irritation du côté des callosités périnerveuses persistantes, la paralysie par destruction durable des fibres motrices, etc.

Vous voyez donc que, en réalité, comme je l'ai indiqué en commençant, nous avons affaire dans le zoster à un des processus morbides les plus clairs, les plus faciles à interpréter au point de vue pathologique.

Pour le diagnostic, je renvoie à la symptomatologie, dont l'étude permettra de reconnaître facilement un zoster avorté ou à l'état rudimentaire (1). On trouve également dans cette étude tous les éléments du pronostic (2), qui est en général favorable.

En ce qui concerne le traitement, nous sommes bien loin de pouvoir exercer une influence modificatrice ou abrégatrice quelconque sur un processus morbide à évolution si typique, aussi l'action du médecin se borne-t-elle à combattre les symptômes pénibles qui peuvent exister.

Le mode de terminaison le plus favorable du zoster et celui qui présente le moins d'inconvénients est réalisé quand les parois des vési-

(1) Dans la période pré-éruptive, le diagnostic d'un zona peut être présumé, mais rarement établi; les mécomptes les plus fréquents arrivent au praticien qui veut ainsi prédire; mais l'attention étant éveillée, il pourra, par un examen attentif, et surtout direct, des régions hypéralgésiques, saisir les premiers linéaments de l'éruption.

Dans la période éruptive, pour le médecin instruit et attentif il n'y a vraiment pas de difficulté; et l'auteur a raison de dire qu'il suffit d'avoir présent à l'esprit le tableau clinique de la maladie, laquelle, même déformée et fruste dans ses caractères dermatologiques, se retrouve toujours dans la localisation caractéristique: quel qu'en soit le siège, toute éruption nettement latéralisée et limitée en avant et en arrière par la ligne médiane doit être examinée à ce point de vue.

Dans la période post-éruptive, les macules érythémateuses ou pigmentaires, les cicatrices systématisées à un côté du corps, à une région nerveuse nettement individualisée, suffiront à appeler l'attention et permettront de reconstituer aisément les actes pathologiques écoulés.

Mais si ce diagnostic général est aisé; il n'en est plus de même s'il s'agit de différencier les herpès systématisés, les éruptions nerveuses simples, zostéroïdes, du zoster vrai; ce sera alors l'analyse clinique complète, l'étude des antécédents, de la condition anatomique connue, de l'évolution et de la durée, que l'on devra surtout invoquer.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Voyez la note 2, p. 443.

cules sont conservées et que les efflorescences se dessèchent. Par conséquent, il faut proscrire les applications chaudes ou froides conseillées habituellement pour combattre la sensation de brûlure, parce qu'elles ont l'inconvénient de macérer la couche épidermique. Les surfaces éruptives privées de leur épiderme sont alors le siège de très vives douleurs, le corps papillaire étant à nu ou recouvert d'une légère couche d'épithélium.

Ce qu'il y a de mieux à faire à cette période de sensation douloureuse, c'est de saupoudrer les parties malades avec de la poudre d'amidon mêlée ou non avec un peu de poudre d'opium. Par ce procédé, on hâte la dessiccation et on empêche que le linge de corps, en frottant sur les vésicules, ne les déchire et n'adhère ensuite aux parties humides. Si cependant, par suite de l'intensité progressive du processus, les vésicules étant trop remplies de sérosité se rompent, et que des parties lésées d'une certaine étendue se trouvent ainsi mises à nu, ou si, comme dans le zoster hémorrhagique, on est en présence de surfaces purulentes étendues, il est essentiel de recouvrir les plaies avec des corps gras ou des pommades. Il importe toutefois de ne pas employer l'onguent diachylon, qui a une action irritante très marquée, mais l'onguent simple, le cérat, ou une pommade composée de cérat jaune et d'huile d'olive, 1 sur 3, à laquelle on ajoute une petite quantité d'extrait de belladone ou d'extrait aqueux d'opium (5 centigrammes pour 50 grammes de pommade), ou de cocaïne.

Aux douleurs névralgiques vives, à celles de la période prodromique, ainsi qu'à celles qui éclatent au cours de la maladie, de même qu'aux douleurs diffuses autour du foyer morbide, à l'insomnie qui accompagne fréquemment toute la période éruptive, on opposera des injections hypodermiques de morphine, l'administration interne de l'hydrate de chloral, les opiacés, ou l'application locale d'emplâtres calmants, par exemple de l'emplâtre de mélilot ou de ciguë (25 gr.), saupoudré de poudre d'opium (2 gr.).

Malgré ces moyens, il arrive souvent qu'on n'obtient aucun résultat; la cessation des douleurs, le sommeil réparateur ne viennent qu'au début de la période de dessiccation.

La névralgie qui persiste quelquefois après le zoster présente pour la thérapie un problème difficile à résoudre. Abstraction faite des applications calmantes habituelles sur la peau et des injections hypodermiques contre des affections de ce genre, on peut obtenir, dans la forme typique de la névralgie, un soulagement ou la guérison par la quinine, ou, comme cela m'est une fois arrivé, par l'emploi méthodique de la solution de Fowler.

On commence par six gouttes dans 25 grammes d'eau de fenouil ou

d'anis, à prendre en trois fois dans la journée, et on augmente, tous les trois jours, de deux gouttes, jusqu'à environ trente à quarante gouttes par jour. S'il se produit une amélioration marquée, ou s'il survient des crampes d'estomac, de la diarrhée, on diminue graduellement de quinze à douze gouttes (1).

(1) Le traitement du zoster, pour être rationnel, devrait être basé sur la notion de sa condition pathogénique, et sur la connaissance exacte de la lésion pathogène; or, l'une et l'autre restent souvent douteuses.

Dans la théorie du zoster-pyrexie, du zona zymotique ou des zoster infectieux, il n'y aurait que l'abstention analogue à celle à laquelle on se contraint en présence d'une rougeole ou d'une scarlatine, autant par routine doctrinale que par impuissance réelle. Qui songe à arrêter dans son cours une rougeole ou un zona au début par une médication antidotique? Personne. Il faudra encore plusieurs renouvellements de générations pour soustraire les médecins au fatalisme expectant et résigné, et pour leur donner l'ardeur nécessaire pour chercher dans les voies nouvelles, scientifiquement ou empiriquement.

Dans tous les cas, on ne saurait plus omettre, après examen médical ordinaire, de rechercher particulièrement les conditions étiologiques dans la direction que nous avons indiquée, et de faire une étude attentive sur la situation névropathologique du patient, aussi bien pour recueillir toutes les indications utiles au traitement que pour recueillir les éléments d'un pronostic motivé.

L'éruption elle-même, dans tous les cas légers et moyens qui sont les plus habituels, ne réclame que d'être protégée contre les choses du dehors, particulièrement contre le frottement des vêtements et l'adhérence aux linges de corps ou de pansement au moment de la rupture des vésicules. Une lame de coton fin, hydrophile et antiseptique, bien garnie de poudre d'amidon purifiée, maintenue exactement par un bandage approprié, constitue un pansement utile, favorable, suffisant dans la majorité des cas; ce pansement doit être visité au moins toutes les vingt-quatre heures, renouvelé s'il a été souillé, ou plus souvent s'il y a lieu pour une raison quelconque. Quand des portions de la lame de coton ont adhéré aux vésicules rompues, on détache avec précaution le fragment de coton du pansement, et on le laisse attaché à la peau jusqu'à ce que la dessiccation soit complète.

Ce pansement convient parfaitement à tous les cas *ambulatoires*, et permet aux malades de s'exposer à l'air extérieur sans crainte de refroidissement local.

Si l'on a le désir, fort légitime, d'essayer de lutter directement contre la poussée éruptive, ce qui est, en soi, sans aucun inconvénient ni danger, on a à sa disposition plusieurs *moyens abortifs* qui, nous devons le dire, réussissent surtout dans les cas à évolution bénigne, mais ont souvent de graves inconvénients dans les cas à évolution intense ou compliquée.

A titre général, nous proscrivons l'emploi du *collodion* simple ou médicamenteux dont nous recueillons quelquefois les victimes à l'hô-

pital; chez certains sujets, le collodion, à moins d'être parfaitement élastique, détermine sur ces surfaces en état d'infirmité trophonévrotique, des lésions secondaires variées de l'ordre vésicant et ulcéreux. Nous préférons les badigeonnages astringents convenablement faits avec une solution *alcoolique* de perchlorure de fer, à la condition que l'application puisse en être opérée *à temps*, c'est-à-dire avant que la phlycténisation soit avancée, et en ayant, en outre, également recours au pansement protecteur ci-dessus indiqué. Un grand nombre d'autres solutions astringentes diverses pourraient être employées dans le même but, mais il s'agit alors de pansements *humides* dont il faut peser les avantages et les inconvénients possibles selon la condition du sujet, selon la température, la saison, etc., etc. LÉLOIR recommande activement les applications de compresses imbibées de l'alcoolé balsamique et aromatique connu en France sous le nom « d'eau de Botot » et usité comme dentifrice. Dans cette série d'applications, il est indispensable de renouveler le pansement plusieurs fois dans la journée, de n'appliquer les compresses qu'étanchées, de les recouvrir d'une toile imperméable *fine et légère*, et de les maintenir soigneusement par une déligation appropriée.

Quand, par une raison quelconque, les placards zostériens sont devenus érodés, exulcérés, suintants, et à plus forte raison ulcérés, nécrosés, enflammés, ce sont alors des pansements simples qui conviennent (vaseline boriquée, liniment oléocalcaire frais, boriqué, additionné de substances analgésiantes, etc.), recouverts de mousseline, de coton et d'un bandage régulier.

La *douleur* qui torture les patients pendant la nuit surtout, et dans le décubitus, réclame des moyens de soulagement appropriés à chaque cas particulier.

Les *analgésiants* les plus en renom à l'époque actuelle : le salicylate de soude, le sulfate de quinine, l'antipyrine, etc., échouent régulièrement. De même du bromure de potassium, du chloral, de l'opium à l'intérieur, à moins d'élever les doses au point de troubler rapidement l'état général, ou de n'avoir affaire qu'à des cas légers dans lesquels ces moyens peuvent toujours suffire.

On a recours, alors, aux badigeonnages avec les *solutions de cocaïne*, aux compresses imprégnées de décoction de feuilles de coca — 4 grammes par litre d'eau — additionnées de cocaïne. Si l'on se décidait à tenter les applications réfrigérantes de *chlorure de méthyle*, cela ne devrait être fait qu'avec les plus grandes précautions, par le simple badigeonnage au pinceau — BAILLY (de Chambly), — jamais par projection directe, sous peine de produire sûrement une dermite vésicante souvent fort pénible et incapable de supprimer les véritables douleurs zostériennes qui sont des plus rebelles que l'on puisse avoir à combattre.

Mais on obtiendra, presque toujours, un soulagement très précieux à l'aide des *injections hypodermiques* de morphine, de cocaïne, de chloroforme, etc., selon les cas; nous rejetons les injections d'antipyrine dans ces cas, comme dans toutes les conditions où les tissus qui doivent recevoir l'injection sont dans un état paratrophique qui

les prédispose directement au phlegmon, à la nécrose, à l'ulcération.

Le zona terminé, si les douleurs persistent intenses, les mêmes moyens, aidés des autres agents de la médication antispasmodique ou analgésiante, mais surtout alors, très largement et très énergiquement, les *applications ignées* à la racine du zona et aux points d'émergence des branches perforantes. Plusieurs médecins, de divers côtés, sont arrivés à cette pratique généralement, mais non constamment, cela va de soi, avec succès.

Enfin, non seulement les manifestations parésiques ou paralytiques secondaires au zona peuvent trouver dans ces *applications électriques* faites avec compétence un traitement efficace, mais encore les douleurs elles-mêmes.

Le traitement du *zona ophthalmique* exige toute la surveillance la plus étroite du médecin, non seulement en prévision de la gravité des accidents généraux éventuels, mais encore en raison des lésions cornéennes, iriennes, panophtalmiques, etc., qui peuvent survenir, et dont la direction réclame une instruction suffisante dans l'oculistique.

Les pansements locaux doivent être exécutés avec la plus grande attention, et l'emploi des abortifs est ici hautement justifié; c'est dans cette forme, en effet, que les cicatrices consécutives sont le plus inévitables, véritablement défigurantes dans les cas sévères; le médecin, soucieux de sa responsabilité et de sa réputation, aura soin d'informer les intéressés de cette terminaison de la maladie, et d'établir authentiquement par le concours d'un confrère qu'il n'a négligé aucun des secours de la thérapeutique. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

## DIX-NEUVIÈME LEÇON

Herpès labial, herpès progénital, Herpès iris et circiné. — Miliare rouge, blanche et cristalline. — Pemphigus aigu.

Après la description de l'herpès zoster que l'on peut considérer comme servant d'introduction, il m'est permis d'être un peu plus concis relativement aux autres formes d'herpès et de phlycténoses aiguës.

### HERPÈS LABIAL

Sous le nom d'herpès labial, ou, ce qui est préférable pour Hebra, d'herpès facial, on désigne une affection de la peau, caractérisée par l'éruption aiguë d'un ou plusieurs groupes de vésicules dans la région des lèvres, des ailes du nez et autour de la bouche (1).

(1) Sous le rapport *anatomotopographique*, on ne saurait distinguer,

Leur développement et la première période de leur existence s'accompagnent de sensations de cuisson (1). Les vésicules persistent de

et nous ne distinguons que trois groupes : a) l'herpès des muqueuses; b) l'herpès de la peau; c) l'herpès des régions mixtes ou péri-orbitaires.

a) *Herpès des muqueuses*. — Cette localisation, très importante à tous égards, appartient à la pathologie commune; plusieurs de ses variétés sont particulièrement du ressort de la gynécologie, de la laryngologie et de l'ophtalmiatrie.

b) *Herpès de la peau*. — Il peut avoir son siège sur tous les points du tégument. Ses lieux d'élection ordinaires sont les joues, le menton, les ailes du nez, les oreilles, la région fessière, la face interne de la cuisse, la paume de la main. Presque toujours solitaire, quelquefois abortif, il est très souvent névralgique, irritatif, avec adénopathie douloureuse, récidivant sous l'action de toutes les causes de l'herpès, y compris la menstruation, reparaisant sur les mêmes points, et survenant surtout chez des sujets névropathiques, diathésiques, ou diacritiques dans la série goutteuse ou dans des séries à déterminer, et dans lesquelles sont comprises quelques variétés de l'herpès successif et chronique de Bazin. — Voy. l'excellente monographie de BERTHOLLE, De l'herpès récidivant de la peau, in *Gazette des Hôpitaux*, 1876, et les travaux de MAURIAC, *Gazette des Hôpitaux*, 1876, et œuvres ultérieures. — L'herpès génital névralgique de cet éminent syphiligraphie, que quelques auteurs rapportent au zoster, appartient directement à l'herpès récidivant de la peau de BERTHOLLE, et il n'a de particulier que sa localisation génitale; il reste distinct de l'herpès génital proprement dit. Voy. plus loin.

c) *Herpès des régions mixtes, ou herpès orbitaire*. — Cet herpès a des territoires déterminés entourant les orifices naturels, territoires qui, dans un rayon assez étendu, présentent une innervation particulièrement aiguë à l'état physiologique comme à l'état pathologique, et des connexions anastomatiques ou sympatiques avec le système nerveux des cavités.

Herpès du conduit auditif externe, de la conque et du pavillon. — H. péri-orbitaires, sourcilier, palpébral (l'herpès conjonctival et l'herpès cornéen méritent d'être classés et étudiés à part). — H. narinaires. — H. péri-buccal, H. labial. — H. du pénis, du pénil et du pli génito-crural de la vulve, de l'anus et du périnée (non confondus avec les *herpès génitaux* proprement dits ou H. vénériens, ni avec l'herpès névralgique de la peau, lequel peut également avoir son siège aux organes génitaux).

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Trois stades à distinguer : a) pré-éruptif; b) stade d'éruption; c) stade post-éruptif.

a) *Stade pré-éruptif*. — Il ne débute pas, comme on l'a dit, par l'hyperhémie; ce sont d'abord des sensations diverses que les sujets à herpès connaissent et auxquelles ils ne se trompent pas; quelques élancements,