calmants (antipyrine), les pulvérisations légères au chlorure de méthyle.

En présence d'une sciatique subaiguë, à type névritique, il faut insister sur le massage, les frictions, les révulsifs sous forme de pulvérisations répétées de chlorure de méthyle, sous forme de cautérisation ignée ; enfin, il y aura parfois lieu de prescrire un traitement interne, qui variera avec le terrain ou la diathèse.

I. Bruhl.

TROUBLES TROPHIQUES ET VASO-MOTEURS

Les *troubles trophiques et vaso-moteurs* s'observent fréquemment dans un grand nombre d'affections nerveuses. Ils ont été déjà étudiés dans la symptomatologie des lésions du système nerveux central et périphérique ; on verra plus loin qu'ils peuvent exister aussi dans certaines névroses. Mais, en dehors de ces cas, il en est d'autres où les troubles trophiques et vaso-moteurs semblent constituer l'élément fondamental de la maladie : ce sont les faits de ce genre qui vont être décrits dans cette partie de notre Manuel.

Ces troubles, qui intéressent principalement le tégument externe, comprennent : le *zona*, la *sclérodermie*, la *trophonévrose faciale*, l'*asphyxie locale des extrémités*, l'*érythromélalgie*, le *mal perforant* ; nous y ajouterons quelques maladies qui trouveraient difficilement place dans les autres divisions de cet ouvrage : le *myxœdème*, la *maladie osseuse de Paget*, l'*acromégalie*, l'*ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique* (ces trois dernières affections seront réunies sous le nom d'*ostéopathies systématisées*).

Mais il faut reconnaître que ce groupe, établi surtout pour la commodité de la classification nosologique, est mal délimité : on y pourrait tout aussi légitimement ranger des maladies ayant un caractère général, depuis longtemps reconnu, comme le rhumatisme chronique et les formes nerveuses de la lèpre, dont l'étude sera faite ailleurs.

ZONA

Définition. — On entend par *zona* (herpès zoster, fièvre zoster) une éruption à marche aiguë de plaques érythémateuses surmontées de vésicules en groupes, et disposées suivant la direction et la distri-

bution des nerfs sensitifs de la région affectée ; éruption habituellement limitée à un seul côté du corps et accompagnée de douleurs névralgiques.

Historique. — Les médecins de l'antiquité connurent le zona, comme en témoignent les descriptions sommaires de Celse et de Pline l'Ancien. Il faut ensuite arriver à Borsieri (1780) pour en retrouver une trace précise. Ce fut Rayer (1835) qui le premier donna sa vraie valeur à l'élément névralgique du zona. On doit à Parrot (1856) un important travail sur ce point particulier. Mais ce furent surtout les mémoires successifs de Bärensprung (1861-62-63) qui fixèrent définitivement l'histoire du zoster.

Symptomatologie. — Le zona débute dans certains cas d'emblée, annoncé seulement par de légers picotements aux points où vont se montrer les plaques. D'autres fois, l'éruption est précédée de prodromes analogues à ceux qui préludent aux déterminations infectieuses, tels que malaise vague, anorexie, frissonnements, fièvre plus ou moins vive, nausées, vomissements. Localement, une douleur névralgique d'intensité variable, au futur siège des éléments éruptifs, précède souvent leur venue de quelques heures, ou même de quelques jours.

Puis, sur la peau se dessinent des plaques rosées ou rouge vif, à contour irrégulièrement ovalaire, à grand diamètre parallèle à la direction du nerf de la région, s'effaçant sous la pression du doigt, à surface un peu surélevée. Il peut n'exister qu'un placard, mais il y en a généralement plusieurs; leur nombre, très inconstant, peut varier de dix à vingt et même trente. Ils apparaissent, tantôt tous en même temps, tantôt par poussées successives, mais sans nulle règle fixe. En général, il persiste entre eux des intervalles de peau saine, mais ceux-ci peuvent disparaître et l'éruption confluente ceindre une moitié du thorax comme d'un ruban large de plusieurs centimètres : les plaques érythémateuses constituent l'élément essentiel du zona qu'elles suffisent à caractériser, même en l'absence de vésicules.

Bientôt, en plusieurs points, au centre de chaque plaque, font saillie de petites élevures acuminées, en même temps que la rougeur s'y accentue. Ce sont les premiers vestiges des vésicules qui en quelques heures, vingt-quatre au plus, apparaissent transparentes et perlées, grosses tantôt comme une tête d'épingle, tantôt comme une lentille. Elles forment des groupes de quatre à quinze éléments, toujours entourés d'une bordure érythémateuse de 5 à 20 millimètres qui les sépare de la peau saine. D'abord indépendantes les unes des autres, les vésicules d'un même groupe se fondent parfois entre elles, formant de véritables phlyctènes à bords polycycliques. Le

liquide qui emplit vésicules ou bulles, d'abord transparent et citrin, peut demeurer tel durant toute leur évolution ; il est plus fréquent de le voir se troubler au bout de trois à cinq jours pour devenir opalin ou tout à fait purulent. Il n'est pas rare non plus qu'il soit coloré en brun, en rouge, ou en rouge violacé, sans que pour cela il s'agisse de la *forme hémorrhagique* vraie du zona, laquelle se caractérise par la teinte ecchymotique ou purpurique des placards eux-mêmes.

Arrivées à l'état adulte, c'est-à-dire au bout de trois à cinq jours environ, les vésicules s'affaissent, soit par résorption du liquide qui les gonfle, soit par issue de celui-ci au dehors. Dans les deux cas, elles sont remplacées par une croûtelle jaune qui ne tarde pas elle-même à tomber, laissant derrière elle une tache rouge ou pigmentée (brun foncé ou café au lait clair), assez persistante parfois, ou encore de véritables vergetures (Barié).

Dans quelques cas compliqués, les vésicules recouvrent des ulcérations douloureuses, rebelles et ne guérissant qu'au prix de cicatrices indélébiles, détail dont on devra soigneusement prévenir les malades. Cet accident s'observe surtout à la suite du zona hémorrhagique.

Chez les sujets affaiblis par l'âge, le surmenage ou l'alcoolisme, on peut voir au-dessous de chaque vésicule se former autant de petites eschares grisâtres superficielles, de même forme et de mêmes dimensions. Leur élimination laisse après elle des ulcérations à cicatrisation lente et irrégulière. C'est le *zona gangréneux*.

La tuméfaction des ganglions du territoire atteint est fréquente dans le cours du zona, surtout lorsqu'il est franchement inflammatoire. On a vu aussi l'adénopathie précéder l'éruption[1].

Les phénomènes douloureux qui font cortège au zona sont de deux ordres. Les uns, superficiels, ont pour siège unique les éléments éruptifs; ils consistent en sensations plus ou moins intenses et continues de cuisson, de prurit ou de meurtrissure. Les autres, plus profonds, intermittents, périodiques, devançant plus ou moins l'épisode éruptif et susceptibles dans quelques cas rares de lui survivre longtemps (chez les vieillards), sont de véritables névralgies, reconnaissables quelquefois aux points classiques indiqués par Valleix. Tels sont ces deux éléments, que l'on peut observer sur un même sujet, isolés ou combinés en proportions diverses.

Il est fréquent de voir la névralgie apparaître par accès au début de la nuit. Elle affecte en totalité ou en partie les filets du nerf qui sert de centre à l'éruption, et même exceptionnellement ceux des nerfs voisins.

1. Barthélemy (*Soc. de dermatologie*, nov. 1891).

Rien du reste de plus inconstant que les phénomènes douloureux. Presque nuls chez les enfants[1], ils occupent au contraire le premier plan chez les personnes âgées, chez les rhumatisants et les nerveux.

Bärensprung a le premier bien mis en lumière les troubles de la sensibilité cutanée dans le zona. On observe en effet, au niveau des placards, des zones d'anesthésie et d'hyperesthésie, irrégulièrement distribuées et juxtaposées. A la suite des cas graves, il est parfois possible de les retrouver longtemps après la disparition de tout élément éruptif.

Marche. — L'évolution aiguë et rapide est un des caractères constants du zona vrai ; dans les cas simples, l'éruption se déroule en quatre à six jours au moins, huit à douze au plus. Mais les ulcérations peuvent, par la lenteur de leur cicatrisation, porter la durée de la maladie à plusieurs semaines, et même exceptionnellement à plusieurs mois.

Sous sa forme banale, le zona est subaigu et apyrétique. La forme réellement aiguë mérite bien réellement le nom de *fièvre zoster*, elle se caractérise par une température de 38 à 39 degrés pendant toute l'éruption. Quant au zona dit chronique, un grand nombre d'auteurs le considèrent actuellement comme répondant plutôt à des troubles trophiques qu'au zona vrai, qui diffère encore des éruptions secondaires zostériformes, par ce caractère fondamental qu'il ne récidive presque jamais.

Variétés de siège. — Le mot zona (ceinture) a été introduit dans le vocabulaire médical en un temps où l'éruption limitée au tronc était seule connue. On sait actuellement que le zoster est susceptible de germer en des territoires très variés, aussi bien sur les filets périphériques du trijumeau, des plexus des membres, que sur ceux des nerfs *intercostaux*.

Le *zona ophtalmique* est celui qui atteint la branche supérieure du trijumeau. C'est une localisation rare qui tire son intérêt des lésions oculaires qu'elle occasionne fréquemment. Bien décrit pour a première fois par J. Hutchinson, le zona ophtalmique a été l'objet d'un important mémoire de Hybord.

Sans grand retentissement sur l'état général, le zona ophtalmique s'accompagne par contre de douleurs névralgiques constantes. L'éruption consiste habituellement en placards irrégulièrement distribués le long des branches du nerf de Willis, se groupant de préférence au niveau des filets les plus internes, c'est-à-dire sur le tiers interne du front, sur la paupière supérieure et la racine du nez, plus rarement sur la tempe. L'angle interne de l'œil, le trou sous-orbitaire servent souvent de centre à des séries de vésicules rayonnant en éventail. Lorsque plaques et vésicules sont confluentes, l'aspect du front uniformément tuméfié et rouge, semé de bulles, éveille l'idée de l'érysipèle phlycténoïde, d'autant plus que le zona provoque souvent un œdème considérable de la paupière supérieure.

Sur le nez, les vésicules forment de la racine à la pointe des lignes verticales. Un coryza spécial avec expulsion de croûtes révèle l'existence de l'éruption sur la pituitaire, qui précède parfois tout exanthème cutané.

Les lésions oculaires sont très fréquentes (70 pour 100) ; la plus habituelle et la plus bénigne est la conjonctivite ; tantôt hypérémique, tantôt intense avec chémosis véritable, rarement compliquée de la production de vésicules, elle fait suite à la névralgie prémonitoire, mais devance l'éruption cutanée et provoque toujours un abondant larmoiement.

Pour Hybord, la cornée serait atteinte dans la moitié des cas. La kératite ne se montre que du quatrième au huitième jour, alors que l'éruption bat son plein ; elle s'annonce par ses signes habituels (photophobie, injection périkératique, aspect terne de la cornée). Lorsqu'elle se complique d'ulcérations, celles-ci se forment très vite et généralement sans qu'il soit possible de reconnaître les vésicules ou les petits abcès qui en sont l'origine. Tantôt superficielles, en godet, les ulcérations se réparent aisément ; d'autres fois, au contraire, profondes, taillées à pic, elles aboutissent exceptionnellement à la perforation et à la fonte purulente de l'œil. La périphérie de la cornée est leur siège de prédilection, le centre demeurant presque toujours indemne.

L'iris, beaucoup plus rarement touché (dans un cinquième des cas), l'est le plus souvent d'une façon légère ; il résulte parfois cependant de cette atteinte des synéchies postérieures.

Telles sont les principales complications oculaires du zona ophtalmique ; elles éclatent de préférence dans les cas où l'éruption recouvre tout le côté du nez (Hybord).

Bien plus rares sont les paralysies des muscles de l'œil occasionnées par le zona ; elles portent soit sur le moteur commun, soit sur le moteur externe. Enfin la paralysie faciale a été observée une fois consécutivement à un zona ophtalmique (Letulle). Dans tous les cas ces troubles très fugaces disparaissent sans laisser de traces.

Le zona ophtalmique est encore susceptible d'occasionner des douleurs circum-orbitaires rebelles, survivant à l'éruption, et des anesthésies de la conjonctive et de la cornée. L'anesthésie cornéenne plus ou moins complète, constatée dans le cours de la maladie, annonce souvent de graves complications oculaires (E. Besnier).

1. Comby (*Soc. méd. des hôpit.*, 20 nov. 1891).