

Le zona ophtalmique revêt fréquemment la forme hémorrhagique, et pour cette raison est, d'une manière presque constante, suivi de cicatrices indélébiles.

Le *zona du maxillaire supérieur* et celui du *maxillaire inférieur* sont encore plus rares que le zona ophtalmique.

La deuxième branche du trijumeau est-elle intéressée, les plaques se disséminent sur la joue, au niveau du trou sous-orbitaire, sur la paupière inférieure, sur l'aile du nez et la lèvre supérieure. A ce zona, on a rattaché certaines angines avec vésicules sur une amygdale, sur le pilier et sur la commissure labiale du même côté. On a pu exceptionnellement noter la chute des dents provoquée d'un côté de l'arcade dentaire supérieure par un zona du maxillaire supérieur.

Également rare est le zona du maxillaire inférieur. La partie antérieure de la conque, du conduit auditif externe, la lèvre inférieure (nerf mentonnier), les deux tiers antérieurs de la langue, la face interne des joues, les gencives sont les régions sur lesquelles se développent les placards éruptifs.

On a à ce propos agité la question des rapports de l'herpès labial avec le zona. Pour les dermatologistes français ainsi que pour Hébra, ces deux processus seraient bien distincts. Pour Bärensprung au contraire, l'herpès labial serait un zona limité à quelques filets du trijumeau, irrités et comprimés dans les canaux osseux qu'ils traversent, par dilatation des vaisseaux sanguins qui y cheminent avec eux, comme tend à le faire admettre la diffusion possible de l'éruption, à la lèvre supérieure, à l'aile du nez et à la joue. Contre cette confusion, il est permis d'invoquer : la distribution non systématique des vésicules, dans l'herpès labial, l'absence constante de névralgie concomitante, et surtout la fréquence des récidives.

Dans le *zona occipito-cervical* qui n'offre d'ailleurs rien de particulier, les placards se développent suivant le trajet des branches ascendantes du plexus cervical superficiel, semés sur les régions occipitales supérieure et inférieure, sur la face postérieure de la conque, le lobule de l'oreille et le bord inférieur du maxillaire inférieur.

Le *zona cervico-sub-claviculaire* évolue sur le territoire des branches descendantes du plexus cervical.

Le *zona cervico-brachial* suit les rameaux du plexus brachial. L'éruption limitée au bras s'appelle *zona brachial*¹. Cette localisation coïncide souvent avec des névralgies et des paralysies.

Le *zona dorso-pectoral* représente la forme la plus fréquente de la maladie, celle qui sert de modèle aux descriptions classiques. Elle a pour théâtre une ou plusieurs des troisième, quatrième, cinquième,

1. A. ADENOT (Rev. de méd., 1891) a observé le zona radial pendant une rougeole.

sixième et septième paires dorsales. Généralement unilatérale, l'éruption s'étend de l'épine dorsale au sternum, dépassant un peu la ligne médiane en avant et en arrière, en raison des anastomoses entre les rameaux terminaux des nerfs intercostaux.

Le zona pectoral peut être double et symétrique, il forme bien réellement alors une ceinture complète. Mais cette symétrie n'est pas constante. Tel nerf intercostal peut être atteint à gauche, alors qu'à droite, l'éruption occupe le territoire d'un nerf intercostal d'un autre étage, ou siège même sur l'un des membres.

Les vésicules hémorrhagiques s'observent fréquemment sur le thorax, et la névralgie prodromique y est presque constante.

Le *zona dorso-abdominal* occupe le territoire des dernières paires dorsales.

Le *zona lumbo-inguinal* suit les branches abdomino-génitales supérieure et inférieure.

Le *zona lumbo-fémoral* évolue dans le domaine des deuxième, troisième et quatrième paires lombaires, origine des branches inguino-cutanée externe, génito-crurale, crurale antérieure et obturatrice.

Le *zona sacro-ischiatique* se développe suivant le trajet des rameaux cutanés du plexus sacré. Le zona limité aux nerfs honteux internes est connu sous le nom de *zona génital*. Ce dernier est rare, il a pour siège la marge de l'anus, le pli génito-crural, le scrotum ou les grandes et petites lèvres, la peau du pénis, le gland et le prépuce ; il peut envahir la muqueuse uréthrale et causer de la dysurie.

Anatomie pathologique. — Les lésions du zona portent d'une part sur la peau, d'autre part sur les éléments du système nerveux central et périphérique.

Sans spécificité, les lésions cutanées reproduisent celles des vésicules inflammatoires en général : prolifération rapide et extrême de tous les éléments de la couche de Malpighi, amplification énorme des cellules épithéliales, exsudat séreux ou sanguinolent au niveau de cette zone, congestion intense des papilles, enfin parfois, infiltration de cellules embryonnaires dans la couche sous-jacente.

Fréquemment, le derme demeure étranger à ce processus, et aucune cicatrice ne lui survit. Il en advient autrement dans les formes hémorrhagiques, qui provoquent souvent dans sa couche superficielle des infiltrations hématisées, ou une zone de suppuration destructive.

Les cultures tentées avec le liquide des vésicules du zona n'ont jusqu'ici révélé la présence que de germes d'ordre banal, sans spécificité. Les inoculations n'ont pas donné de résultats plus concluants.

D'abord remarquées par Bärensprung, puis par Charcot et Cotard, les lésions nerveuses du zona ont été depuis retrouvées dans un nombre déjà respectable d'autopsies. Sur elles est fondée la majorité des théories pathogéniques. On accorde d'abord une valeur prépondérante aux altérations interstitielles ou parenchymateuses des ganglions spinaux correspondant aux paires atteintes. Les recherches plus récentes aidées d'une meilleure technique ayant montré la fréquence des lésions périphériques, il semble plus probable de considérer comme phénomène initial une névrite des filets terminaux voisins de la surface cutanée; les lésions dégénératives des troncs et des ganglions spinaux passant au rang d'altérations secondaires consécutives. Quant aux lésions médullaires et cérébrales, elles appartiennent moins à l'histoire du zona vrai qu'à celle des éruptions trophiques zostérisiformes¹.

Étiologie et pathogénie. — Un peu plus fréquent chez l'homme que chez la femme, le zona est de tous les âges, mais frappe de préférence les sujets de douze à vingt-quatre ans. La diathèse dite arthritique y prédisposerait, de même les dyspepsies, la glycosurie et certaines intoxications (plomb, arsenic, oxyde de carbone). Les influences saisonnières sont fort obscures. Cependant, à l'exemple de certains érythèmes, de certains purpuras, le zona semble subir une recrudescence au printemps.

Hardy et Parrot considéraient le froid et les émotions morales vives, comme les causes déterminantes les plus habituelles du zona. D'autre part, son éclosion, parfois non douteuse, sous l'influence de constitutions médicales particulières et d'une façon en quelque sorte épidémique, plaide en faveur de sa nature infectieuse. Soupçonnée par Trousseau, admise en principe par M. Landouzy, la contagiosité du zona semble ressortir des faits publiés par Erb et Walther.

Les éruptions zostérisiformes secondaires que l'on observe au cours des affections cérébro-médullaires, ou des névrites par compression ou par traumatisme, n'offrent avec le zona aigu légitime que des analogies d'aspect.

La distribution du zona sur le trajet de filets nerveux, trouvés altérés à leur origine ou à leur terminaison dans quelques autopsies, a été diversement interprétée suivant les auteurs. Considéré par Eulenburg comme une névrose vaso-motrice des couches superficielles de la peau, le zona fut ensuite attribué par Samuel et par Bärensprung à une altération de filets spéciaux chargés d'un rôle

1. Néanmoins M. FÉRÉ (*Rev. de méd.*, 1830, p. 393), se fondant sur l'existence d'une rachialgie diffuse, observée par lui dans plusieurs cas de zona, pense que cette affection procède d'une origine spinale ou méningée.

purement trophique, dont l'existence demeure, du reste, problématique. Ce rôle trophique, Vulpian l'attribuait aux centres sensitifs, dont l'irritation occasionnait, pour lui, l'éruption du zona, en troublant leur action normale sur les éléments anatomiques de la peau.

La tendance actuelle consiste à considérer le zona comme la manifestation extérieure d'une inflammation transmise par continuité de tissu, des filets nerveux aux éléments histologiques de la peau. Mais quel est le siège primitif de cette phlegmasie? Sont-ce les ganglions spinaux, ou les nerfs eux-mêmes, ce point n'est pas encore complètement élucidé. En effet, les lésions ganglionnaires ne sont pas constantes, la névrite périphérique l'est beaucoup plus. Mais il ne s'agirait pas là, assurément, d'une névrite banale, mais d'une névrite symptomatique d'un état général infectieux, suivant la conception de M. Landouzy, et souvent très passagère et très fugace.

Le zona serait donc ainsi une maladie générale probablement parasitaire, analogue aux fièvres éruptives (*fièvre zoster*). Sa marche cyclique, son épidémicité possible, la fièvre qui lui fait souvent cortège, sa non-récidive habituelle, sont autant d'arguments favorables à cette dernière hypothèse.

Diagnostic. — En général, le diagnostic du zona est facile. La distribution si spéciale des éléments éruptifs limités à un seul côté du corps, la névralgie concomitante, son évolution cyclique le dénoncent avec une suffisante évidence.

Entre les vésicules du zona et celles de certains herpès, il existe une analogie presque complète. Seules, leur distribution irrégulière, souvent bilatérale, l'absence de névralgie, la plus grande intensité de la fièvre feront songer plutôt à un herpès.

Les vésicules de l'eczéma aigu sont plus petites, plus nombreuses, plus fugaces que celles du zoster. L'éruption, à évolution plus lente, est habituellement apyrétique et n'occasionne que du prurit.

Certaines éruptions d'érythème polymorphe à forme vésiculeuse ou bulleuse sont capables d'en imposer pour un zona des membres. Mais la symétrie des lésions habituellement bilatérales, le volume plus considérable de bulles assez disséminées suffisent en général à dissiper l'erreur.

Il est des zonas ophtalmiques avec œdème des paupières et tuméfaction rouge du front qui simulent au premier abord l'érysipèle de la face; mais l'absence de bourrelet périphérique, la fièvre moins vive et la marche tout autre de la maladie ne permettent pas une confusion bien longue.

Enfin, la difficulté réelle consiste souvent à distinguer le zona aigu vrai des éruptions similaires symptomatiques de lésions nerveuses centrales ou périphériques. Les vésicules de ces dernières

sont plus nombreuses, plus volumineuses que celles du zona idiopathique, elles ne reposent pas constamment sur un placard érythémateux et se reproduisent par poussées subintrantes, interminables. Enfin, elles laissent souvent à leur suite des ulcérations profondes et rebelles.

Pronostic. — Le zona est une affection presque toujours bénigne. Les formes hémorrhagiques et gangréneuses guérissent plus lentement sans pourtant menacer, par elles-mêmes, l'existence. Le pronostic grave de certains zonas ophtalmiques, capables de compromettre la vision, repose tout entier sur le siège spécial des éléments éruptifs.

Traitement. — Le traitement du zona comporte deux grandes indications ; permettre aux éléments éruptifs d'évoluer rapidement vers une cicatrisation normale ; soulager la douleur névralgique et, s'il y a lieu, la fièvre et l'insomnie.

Dans les cas simples, la poudre d'amidon répandue *larga manu* sur les plaques éruptives et l'enveloppement ouaté composeront tout le traitement local. A l'amidon pourront être associées d'autres poudres inertes (talc, sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc) ou de faibles doses de morphine ou de cocaïne destinées à calmer la douleur locale et le prurit.

Ces divers éléments additionnés de vaseline et d'acide borique peuvent composer des pâtes d'un emploi très pratique et d'un très heureux effet¹.

Néanmoins, la marche du zona demeure cyclique, et nulle médication n'est capable d'abrégér sensiblement la durée de son évolution.

Lorsque le zona occasionne des ulcérations rebelles ou des plaques de sphacèle, il est indiqué de panser ces lésions antiseptiquement, comme de simples plaies.

Le traitement général s'adresse à l'élément infectieux présumé du zona et à la névralgie concomitante. Les sels de quinine sont susceptibles d'influencer favorablement l'un et l'autre ; aussi sont-ils préconisés par nombre d'auteurs ; lorsque la névralgie revêt le caractère périodique, leur indication est formelle. L'antipyrine, l'exalgine, l'acétanilide et autres médicaments nervins de la série aromatique calment heureusement la douleur profonde. Le chloral, les bromures, l'extrait thébaïque, le sulfonal, ici comme ailleurs, seront d'un précieux secours contre l'insomnie.

1.	Acide borique	1	gramme.
	Amidon.....	} aa 2	—
	Oxyde de zinc.....		
	Vaseline	16	—
		(BROCC.)	

Contre les névralgies rebelles consécutives, on conseillera avec avantage l'usage prolongé des préparations arsénicales, les eaux de Nérès, de Ragatz-Pfeffers, de Schlangenbad. Enfin, chez les débilisés, on instituera simultanément la médication tonique.

A. SALLARD.

SCLÉRODERMIE

Définition. — La lésion caractéristique de la *sclérodémie* consiste dans la transformation fibreuse de certaines portions du derme et de l'hypoderme exemptes jusque-là de toute altération appréciable.

Le fait que la sclérose est initiale suffit pour éliminer du cadre de la sclérodémie les cicatrices consécutives aux ulcérations, aux plaies ou aux brûlures, et les dermites chroniques ou pachydermies si fréquentes à la suite des lymphangites à répétition qui ont pour point de départ les ulcères variqueux.

Si la lésion cutanée est l'élément essentiel et constant de la sclérodémie, il n'est pas rare d'observer dans le cours de cette affection des déterminations de même nature dans les divers tissus qui composent l'appareil locomoteur et même dans les viscères. La sclérodémie ne doit donc pas être considérée comme une simple altération de la peau, mais comme une maladie générale qui, n'intéressant le plus ordinairement que l'enveloppe cutanée, peut parfois s'étendre à la plupart des organes.

Étiologie. — La sclérodémie est une affection rare. Pourtant Bouttier, en 1886, en comptait 268 cas ; Lewin en a signalé 345¹. Le maximum de fréquence est compris entre vingt et quarante ans. La femme est exposée environ trois fois plus que l'homme à cette maladie.

La sclérodémie se développe de préférence sur le terrain neuroarthritique. Il est fréquent de relever chez les individus qui en sont atteints des attaques antérieures de rhumatisme aigu ou chronique. Celles-ci doivent être soigneusement distinguées des crises doulou-

1. E. BOUTTIER, *De la sclérodémie* (Thèse de Paris, 1886). — LEWIN, cité par MENDEL (*Soc. de méd. int. de Berlin*, 2-16 juin 1890, et *Deutsche med. Woch.*, 21 août 1890).