

ZONA.

Par E. RIST

ZONA

Étym. : *Zovz*, en grec, ceinture.

Syn. : feu sacré, feu de Saint-Antoine, ceinturon sacré, sangle, érysipèle pustuleux, dartre phlycténoïde en zone d'Alibert, herpès zoster; — en latin, *cingulum, ignis sacer*; — en anglais, *shingles*; — en allemand, *Gürtelkrankheit, Gürtelflechte, Gürtelrose, Feuertümel, Gürtelausschlag* (le mot allemand *Gürtel* signifie ceinture).

I

DÉFINITION — HISTORIQUE

La nature du zona a été, depuis quelques années, l'objet de tant d'études et de recherches, elle a donné lieu à tant de discussions, qu'il semble malaisé, à l'heure actuelle, d'offrir de cette maladie une définition à la fois précise et compréhensive. Ce qui paraissait simple aux auteurs des manuels et des dictionnaires classiques est devenu pour nous, comme le fera voir la suite de cet article, passablement complexe et parfois obscur. Nous dirons donc, en tâchant d'éviter dans cette définition préalable, tout ce qui est matière à controverse, et en nous bornant aux seules caractéristiques cliniques, que le zona est une affection à marche généralement aiguë dont le symptôme capital est une éruption de plaques érythémateuses surmontées de vésicules qui se disposent en groupes, et dont la distribution est en rapport avec un territoire nerveux. Cette éruption, limitée à un seul côté du corps, est presque toujours accompagnée de douleurs névralgiques ayant la même localisation, et se produit souvent au milieu de phénomènes généraux d'allure infectieuse.

La mention que, selon Rayet et Bärensprung, Celse aurait faite du zona, pourrait tout aussi bien, d'après Erasmus Wilson, s'appliquer à diverses formes de lupus ou aux syphilides serpiginieuses. Mais il n'est pas douteux cependant que l'affection qui nous occupe n'ait été connue — sous le nom même que nous lui donnons aujourd'hui — par les médecins du monde gréco-romain, au 1^{er} siècle de notre ère. On trouve à ce sujet, chez Plin l'Ancien et Scribonius Largus, des textes qui pour être brefs n'en sont pas moins explicites.

Bien connu encore au xvi^e siècle, le zona semble être devenu moins familier aux médecins du xviii^e siècle. Frédéric Hoffmann (1720) et Lorry (1776) le distinguent à peine de l'érysipèle. Mais Borsieri en 1780 donne une bonne

description du zona, le différencie très nettement du lupus et de l'érysipèle, et le classe entre ce dernier et les fièvres éruptives. Willan (1808) et Alibert (1822) ne voient dans le zona qu'une affection cutanée et le rangent parmi les dartres avec l'herpès. C'est du reste sous le nom d'herpès zoster qu'il est couramment désigné par tous les dermatologistes classiques; et cette terminologie prévaut encore de nos jours en Allemagne et en Angleterre.

Rayer (1855) fit voir l'importance des douleurs névralgiques qui n'avaient été que sommairement signalées par Mehlis (1818). Romberg, Heusinger, Hebra confirmèrent les observations de Rayer, et Parrot (1856) déclara que le zona est toujours une manifestation secondaire subordonnée à l'existence d'une névralgie. Mais c'est à Bärensprung, qui couronna en 1865 toute une série de travaux par l'examen anatomo-pathologique d'un cas de zona, que l'on doit la notion claire de l'origine nerveuse de cette affection. Il vit que la lésion principale siégeait dans le ganglion spinal et fonda la théorie ganglionnaire du zona. Peu après (1865) Charcot et Cotard publièrent une nouvelle autopsie. Puis les observations anatomiques se succédèrent. Il faut citer celles de Weidner, de Wagner, de Kaposi, de Chandelux, de Lesser, de Pitres et Vaillard, de Curschmann et Eisenlohr, de Dubler. Les uns confirmaient l'opinion de Bärensprung tandis que les autres attribuaient à la névrite périphérique l'importance prépondérante. Le terrain de discussion se déplaça, lorsque, de 1895 à 1896, H. Head fit connaître ses recherches sur la métamérie spinale. Brissaud développa brillamment les idées du neurologue anglais, et soutint que, dans la plupart des cas, le zona est une affection primitivement médullaire, une maladie du métamère spinal. Ces vues eurent d'abord un grand succès. Mais Head, dans un important mémoire publié en 1900 avec la collaboration de Campbell, abandonna ses premières conclusions, et, revenant au point de départ établi par Bärensprung, confirma et consolida la théorie ganglionnaire du zona par des faits qui ont été corroborés depuis par plusieurs auteurs.

C'est avec Erb et Landouzy que commence l'histoire des théories étiologiques du zona. Ces deux auteurs émirent à peu près simultanément (1882-1885) l'idée qu'il s'agissait d'une maladie infectieuse, ayant avec les fièvres éruptives beaucoup de caractères communs, entre autres celui de l'immunité conférée par une première atteinte. On dut alors s'efforcer de disjoindre du zona vrai les érythèmes zostéroïdes d'origine traumatique ou toxique, et les éruptions zostéroïdes apparaissant comme épiphénomènes au cours de diverses affections du système nerveux. L'introduction de la ponction lombaire parmi les méthodes courantes d'investigation clinique a permis récemment de commencer l'étude du zona à ce point de vue spécial de l'infection, et nous aurons à citer plus loin les auteurs qui se sont occupés de ces recherches.

Le zona ophtalmique a été décrit pour la première fois par J. Hutchinson (1868) et il a fait depuis l'objet de nombreux travaux, parmi lesquels il faut citer la thèse de Hybord (1872).

II

DESCRIPTION CLINIQUE

Il arrive que l'éruption du zona apparaisse d'emblée, en pleine santé, sans être annoncée par le moindre symptôme local ou général. Mais le plus souvent elle est précédée de prodromes; ceux-ci, de symptomatologie banale, ont la physionomie commune à l'invasion de beaucoup de maladies infectieuses: un malaise général, avec troubles plus ou moins accusés des fonctions digestives, anorexie, nausées, vomissements; une sensation de lassitude accompagnée de douleurs de tête, de rachialgie, de raideur de la nuque, et, — dans un tiers des cas, selon Blaschko dont la statistique porte sur 127 cas personnels — de la fièvre. Celle-ci, qu'accompagnent des frissonnements plutôt qu'un vrai frisson solennel, peut être parfois très intense, s'élever à 40°, donner naissance à du délire. Mais c'est là une exception. Le plus souvent tout se borne à une élévation modérée de la température avec un état saburral léger.

Il est un symptôme plus caractéristique, plus localisé, et plus constant: c'est la douleur névralgique. Elle précède souvent l'éruption, de quelques heures ou de quelques jours. Il n'est pas rare de noter deux, trois, cinq jours d'intervalle entre le début de la douleur et celui de l'efflorescence cutanée. Exceptionnellement même, le retard peut être de quinze jours et plus. Mais il est plus habituel de voir la douleur coïncider avec l'éruption; parfois même elle survient après elle. Nous analyserons ses modalités après avoir décrit les phénomènes objectifs du côté de la peau.

Ceux-ci apparaissent presque toujours d'une manière assez aiguë. On voit se former à une certaine distance les unes des autres, et séparées par des intervalles de peau saine, des plaques érythémateuses, ovales ou allongées, à grand diamètre horizontal dans le cas du zona thoracique, que nous prenons comme type, et qui est d'ailleurs de beaucoup le plus fréquent. Elles siègent d'un seul côté, dans la région où se faisaient sentir les douleurs prémonitoires, et leur ensemble constitue une bande, une demi-ceinture antéro-postérieure, dont la hauteur varie de deux à six travers de doigt environ, et dont la direction, à peu près horizontale, lorsque le zona est à type pectoral supérieur, devient oblique de haut en bas et d'arrière en avant dans les types plus inférieurs. Sur ces plaques ainsi disposées se développent des papules rouges, miliaires, que remplacent au bout de quelques heures, vingt-quatre heures au plus, des vésicules transparentes à reflets brillants, remarquables par leur fermeté, par la résistance qu'elles opposent aux grattages et à la pression, et dont le volume varie d'une tête d'épingle à un petit pois.

Le nombre des vésicules est aussi inconstant que celui des placards eux-mêmes. On peut dire d'une manière générale que dans les zones des régions céphalique et cervicale les plaques sont plus petites, plus espacées,

plus discrètes, et les vésicules elles aussi de moindres dimensions et en nombre moindre que dans les éruptions siégeant sur le tronc. En moyenne on trouve de quatre à quinze éléments sur chaque plaque. Les groupes n'apparaissent pas nécessairement tous en même temps. Les premiers en date siègent à côté de la ligne médiane, en avant et en arrière, puis au niveau de la ligne axillaire. Les groupes intermédiaires éclosent ensuite pour parachever d'une manière plus ou moins complète la demi-ceinture. Il arrive aussi que

tout se borne à l'éruption d'une ou deux plaques très discrètes portant deux ou trois vésicules, et la maladie est alors facilement méconnue. Le stade érythémato-papuleux peut manquer, et l'on voit souvent du reste, au cours du zona le plus normal, quelques vésicules isolées paraissant surgir d'une peau d'aspect sain. La limitation par la ligne médiane n'est pas toujours absolument nette et un petit groupe aberrant peut prolonger la bande éruptive sur le côté sain, en avant ou en arrière. Pour la plupart des auteurs, toutes les vésicules d'une même plaque sont contemporaines. Barthélemy admet au contraire la possibilité d'éclosions successives, par poussées,

moins intenses, de vésicules sur une même plaque, en même temps qu'apparaissent des plaques nouvelles: on verrait donc des vésicules jeunes au milieu d'éléments déjà desséchés. Tenneson, puis Jeanselme et Leredde ont montré que l'on observe parfois quelques vésicules aberrantes siégeant à une distance souvent très grande du territoire occupé par le zona.

L'éruption une fois constituée, quelques-uns de ses éléments avortent en ne laissant qu'un débris épidermique; mais la plupart augmentent graduellement de volume, et finissent souvent par confluer; ils forment alors des bulles plus ou moins vastes, à contour polycyclique, à surface saillante et aplatie, réalisant ainsi le tableau de l'herpès phlycténoïde. A ce moment, le liquide se trouble, et prend une coloration grisâtre, parfois brunâtre par extravasation d'une certaine quantité de sang. Cet état est atteint au bout de quatre ou cinq jours pour chaque groupe de vésicules. Puis celles-ci se flétrissent, — parfois après une ombilication qui rappelle de très près celle de la pustule variolique, — se rident, se dessèchent, et l'on voit se former une croûte brun jaunâtre ou brun foncé. Celle-ci, du huitième au dixième jour, tombe en laissant une tache brunâtre, pigmentée, qui disparaît au bout de quelques semaines. Mais

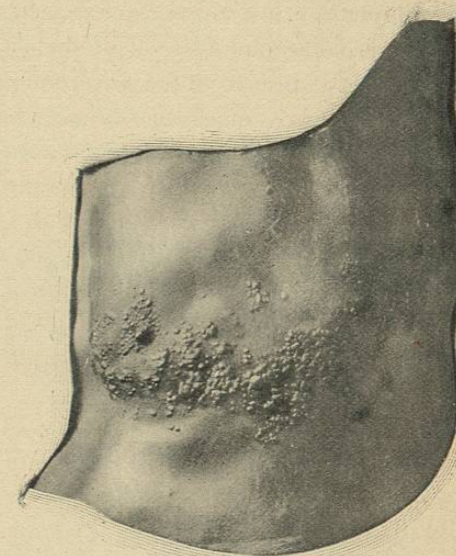


FIG. 210. — Zona du thorax.
(Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 83. Lailler, 1868.)

souvent aussi, et sans qu'il y ait eu nécessairement d'ulcération apparente, la pigmentation fait place à une cicatrice arrondie, blanche, gaufrée, qui est persistante. Leur groupement en plaques allongées est caractéristique de ces cicatrices, qui permettent longtemps après de faire le diagnostic rétrospectif de zona.

Telle est l'évolution normale des vésicules zostériennes. L'éruption n'est pas du reste le seul symptôme objectif de l'affection. On observe très souvent, en effet, un gonflement douloureux des ganglions lymphatiques correspondants. Cette adénopathie, primitive pour ainsi dire, peut survenir en même temps que l'efflorescence cutanée, ou même la précéder; elle doit donc être distinguée de celle qui peut survenir tardivement, lorsqu'une lymphangite a pris son point de départ dans les vésicules infectées secondairement. Blaschko prétend en outre que, dans un grand nombre de cas, on peut sentir, du côté

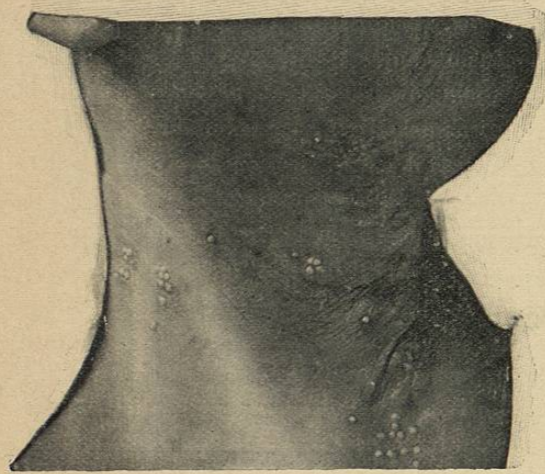


FIG. 211. — Zona cervical.
(Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1373. Feulard, 1891.)

du zona, un épaissement douloureux le long des apophyses épineuses, dans les muscles des gouttières vertébrales; et il se fonde sur cette constatation pour rapprocher le zona du rhumatisme, et en particulier du rhumatisme musculaire.

Les phénomènes généraux qui marquent le début peuvent persister encore quelques jours après l'éruption; mais la fièvre tombe rapidement en général. La douleur est le symptôme subjectif qui persiste le plus longtemps. La forme la plus importante qu'elle revête est la douleur névralgique, dont le type est la névralgie sus-orbitaire qui accompagne le zona ophthalmique, ou la névralgie intercostale au cours du zona thoracique. Elle procède par paroxysmes souvent très réguliers et surtout vespéraux et nocturnes. Elle possède un caractère lancinant d'une acuité parfois assez vive pour immobiliser la paroi thoracique correspondante et simuler le point de côté pleurétique. On la réveille en exerçant une pression au niveau des points d'émergence des nerfs cutanés. Mais elle peut aussi s'étendre au domaine des nerfs voisins de ceux dont relève le zona, comme l'avait déjà vu Bärensprung. En effet elle n'est point nécessairement proportionnelle à l'étendue de l'éruption, et la dépasse communément.

Cette douleur névralgique profonde peut manquer, en particulier chez l'enfant. Mais il est exceptionnel de ne pas noter, à un degré plus ou moins

accentué, de l'hyperesthésie et de l'hyperalgésie cutanées. Subjectivement, le malade perçoit une sensation spontanée — parfois très désagréable — de meurtrissure, de cuisson ou de brûlure au niveau des plaques et des vésicules. Fabvre cite une observation de zona avec démangeaison; mais le prurit proprement dit est rare, de même que les fourmillements et les autres paresthésies subjectives. En revanche l'analyse objective de ces phénomènes révèle presque toujours des altérations profondes de la sensibilité que Rendu le premier a étudiées en détail. Des territoires anesthésiques et analgésiques alternent sans systématisation avec d'autres domaines où la moindre piqûre provoque une sensation de brûlure intense. L'anesthésie douloureuse s'observe en plusieurs endroits. Gerhardt prétend même avoir obtenu dans presque tous les cas une réaction sensitive de dégénérescence, caractérisée par une diminution de la sensibilité faradique et une augmentation de la sensibilité galvanique par rapport au côté sain. Ces divers phénomènes peuvent être localisés aux plaques zostériennes, mais souvent aussi ils en dépassent les limites, et l'on peut observer de l'anesthésie douloureuse, par exemple sur des points où la peau est saine en apparence. Jarisch a insisté sur ces cas de zona incomplet, où il n'y a qu'un groupe de vésicules au voisinage du rachis, mais où la bande d'hyperesthésie se prolonge néanmoins jusqu'au sternum. Selon Mackenzie, il y aurait même des zonas sans érythème, dont les seuls symptômes seraient la névralgie et l'hyperesthésie cutanée dans le domaine d'un nerf spinal.

De plus, la lymphadénite, primitive ou secondaire, et la lymphangite qui succède parfois à la suppuration des vésicules peuvent être l'origine de phénomènes douloureux. Et enfin Blaschko réclame une mention spéciale pour la douleur rhumatoïde qu'il a notée si souvent au niveau des muscles des gouttières vertébrales, et que Féré avait déjà décrite sous le nom de rachialgie.

Le zona n'occupe généralement qu'un territoire cutané restreint, en conservant son caractère si frappant d'unilatéralité. Ce n'est donc qu'à titre tout à fait exceptionnel qu'on le voit se développer sur les deux régions symétriques, de façon à constituer par exemple une ceinture complète autour du thorax. Il est un peu moins rare de le voir envahir deux ou même plusieurs territoires cutanés voisins ou distants les uns des autres. E. Fournier a publié récemment un cas — probablement unique — de zona généralisé à la presque totalité de la moitié gauche du corps.

Nous discuterons plus tard la question de savoir si les éruptions zostériennes se font suivant une systématisation nerveuse répondant au rhizomère ou au myélomère, et en terminant ce chapitre descriptif nous nous bornerons à passer en revue les différentes localisations du zona, au simple point de vue de leur physionomie clinique.

Le type le plus fréquent est le *zona thoracique* ou *intercostal*: c'est celui que nous avons eu en vue dans les pages précédentes. Les bandes qu'il forme sont dans leur ensemble obliques de haut en bas et d'arrière en avant, et se relèvent un peu avant d'atteindre la ligne médiane antérieure. Dans les types supérieurs l'horizontalité est presque parfaite, mais à la bande thoracique s'ajoute

presque toujours une bande brachiale, s'étendant le long de la face interne du membre supérieur (*zona dorso-brachial*) et illustrant les connexions anastomotiques qui existent entre le



FIG. 212. — Zona génital. Gland.
(Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 2160. Du Castel.)

plexus brachial et les trois premiers nerfs intercostaux.

C'est au contraire la face externe du membre supérieur, c'est la région scapulaire et le moignon de l'épaule qui sont intéressés dans les cas de *zona cervical* et *cervico-brachial*. Dans le *zona occipito-cervical* et *sous-occipital*, l'éruption occupe le cuir chevelu, le pavillon de l'oreille, la nuque.

La moitié sous-ombilicale du corps est, elle aussi, rarement atteinte. On distingue les types *lombo-inguinal*, siégeant sur la paroi abdominale, la région inguinale, les organes génitaux externes; *lombo-fémoral*, localisé à la région lombaire, inguinale externe et fémorale; *fémoral*, où le membre inférieur est seul pris; *sacro-ischiatique*, avec participation de la région fessière, du sacrum, du périnée, des organes génitaux.

La région céphalique est le siège de variétés plus importantes. Le zoster y occupe le plus souvent le pourtour de l'œil. Que la première ou la deuxième branche du trijumeau soit en cause, les deux paupières, la supérieure et l'inférieure, peuvent être atteintes. Mais c'est sur le territoire de la branche ophtalmique que siège le zona dans 19 cas sur 20 d'après Wangler, et le *zona ophtalmique* constitue une forme assez fréquente et pleine d'intérêt de l'affection qui nous occupe. Souvent, le nerf frontal et le sus-orbitaire sont seuls pris. Les plaques érythémateuses, de forme ovale, à grand axe vertical, se distribuent alors, parfois en stries parallèles ou convergentes, sur le front et la moitié antérieure du cuir chevelu. La limite au niveau de la ligne médiane est des plus nettes; la région frontale externe est d'ordinaire indemne. Les vésicules siègent surtout au niveau de la moitié interne de la paupière supérieure, et parmi les poils du sourcil; si elles atteignent la commissure externe, il faut admettre une participation du nerf lacrymal. Mais celle-ci n'a pas besoin d'être invoquée pour expliquer le larmolement, phénomène constant et qui se produit parfois d'une manière paroxystique. La paupière supérieure, très œdématiée, se soulève difficilement au-dessus de la pupille; il y a presque toujours de la photophobie et un certain degré d'injection



FIG. 215. — Zona du membre supérieur droit à disposition rhizomérique.
(Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 2053. Du Castel et Froussard, 1899.)

conjonctivale. En général, les phénomènes douloureux — la névralgie sus-orbitaire et l'hyperalgésie locale — atteignent dans cette variété de zona une intensité toute spéciale. Le ganglion préauriculaire est presque toujours tuméfié.

Lorsque les groupes éruptifs occupent la commissure interne et la face correspondante du nez, le nerf nasal est impliqué dans le processus. On sait qu'il pourvoit à l'innervation de la cornée, de la conjonctive et de l'iris, soit directement par les longs nerfs ciliaires, soit indirectement par la racine sensitive qu'il envoie au ganglion ophtalmique. On doit donc redouter en présence de cette localisation que le processus ne s'étende au globe oculaire lui-même. Mais il n'est pas absolument exact que le bulbe de l'œil — comme le voulait J. Hutchinson — soit toujours atteint en même temps que les filets cutanés du nerf nasal. Bowman, Vernon, Coppez, Cohn ont observé des cas où l'œil fut atteint sans participation du nerf nasal; et d'autre part les faits de Douglas, de Jeffries, de Mœrs, de Turner se rapportent à des zones du rameau nasal avec intégrité de l'œil. Il ne suffirait pas, selon Wilbrand et Sängner, d'invoquer des anomalies de distribution nerveuse pour expliquer ces dérogations à la loi d'Hutchinson, laquelle reste vraie dans son ensemble. Quoi qu'il en soit, le *zona ophtalmique* s'accompagne souvent de *zona oculaire*, dans plus de la moitié des cas selon les statistiques concordantes de Hybord, de Pacton, de Kock, etc. Il est vrai que tout peut se borner à de l'hyperémie conjonctivale, mais celle-ci peut aussi atteindre à la véritable conjonctivite avec hypersécrétion abondante et chémosis; les vésicules zostériennes se forment sur la conjonctive, et il y a le plus souvent de l'épisclérite concomitante. Dans un tiers des cas la cornée est atteinte; l'anesthésie cornéenne — signe sur l'importance duquel E. Besnier a justement insisté — précède toujours l'apparition des vésicules, qui donnent le tableau de la kératite phlycténulaire. Mais on peut voir aussi des opacités et des ulcérations cornéennes sans qu'il y ait eu de vésicules visibles. La tension intra-oculaire est diminuée. Les troubles pupillaires, parmi lesquels le myosis est le plus commun, sont constants. On imagine sans peine que ces lésions puissent être le point de départ de graves complications: nous y reviendrons plus loin.

Souvent aussi la participation du rameau nasal est marquée par une éruption de vésicules sur la muqueuse des cornets supérieur et moyen. Dans les cas, très rares du reste, de zona de la deuxième branche de la cinquième paire, on en voit sur le cornet inférieur, au niveau de la voûte palatine et du voile du palais; la confusion avec l'angine herpétique est alors malaisée à éviter. Le zona de la troisième branche s'accompagne de même d'une éruption vésiculeuse sur la langue et les gencives, et de névralgies dentaires. Les groupes cutanés qui prédominent à l'émergence du nerf mentonnier sont souvent difficiles à distinguer d'avec le banal herpès labial.