

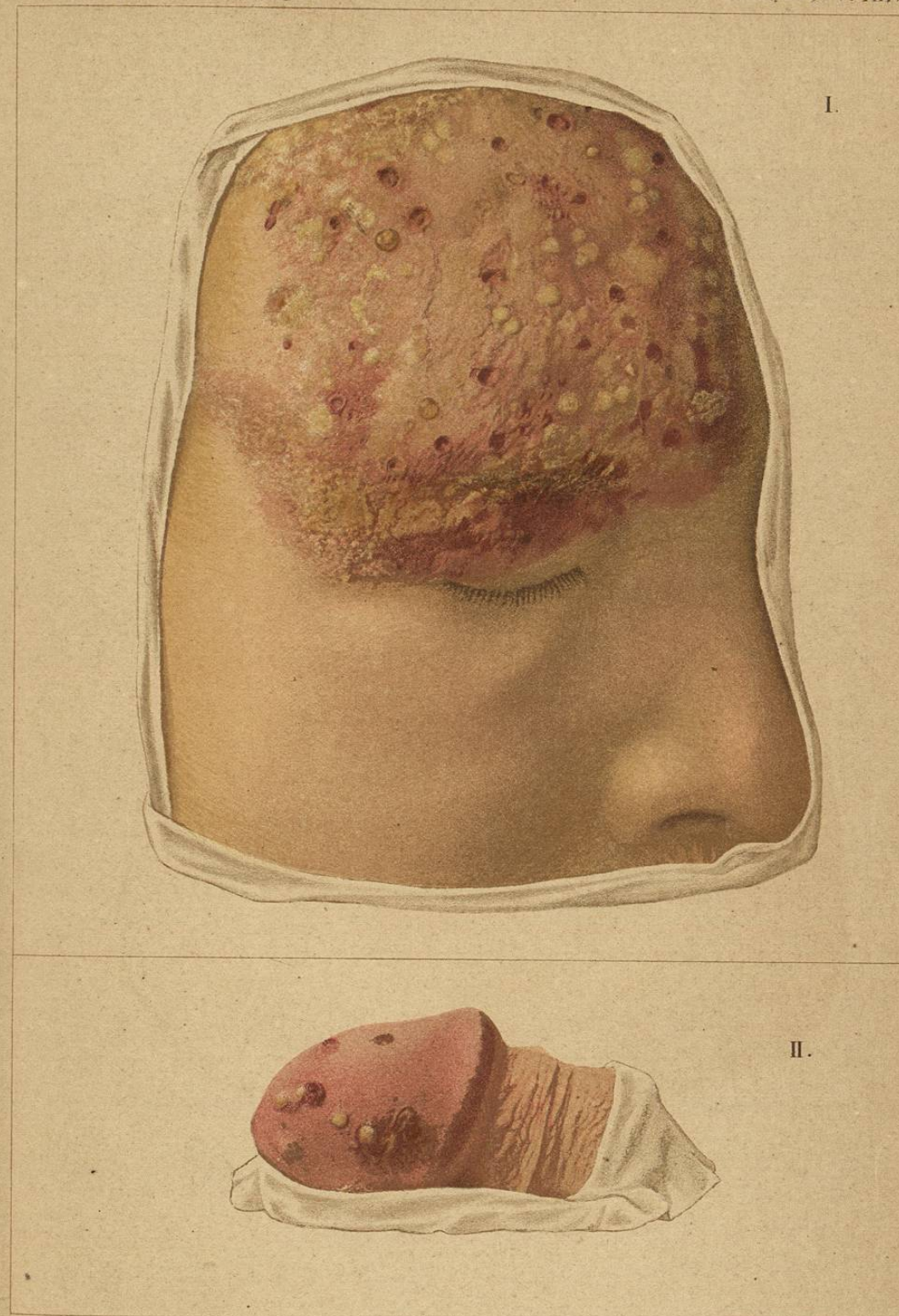
## III

## MARCHE — COMPLICATIONS — PRONOSTIC

Le zona est une maladie aiguë. Sa durée est donc ordinairement courte, parfois même très courte, de quatre à six jours. Le plus souvent, l'éruption s'étant faite en vingt-quatre ou quarante-huit heures, l'affection s'étend sur une période de huit à douze jours : au bout de ce temps la rougeur a disparu, les vésicules se sont affaissées, et il ne subsiste plus que des débris superficiels d'épiderme et des macules cicatricielles. Mais il n'est pas rare cependant de voir se produire des poussées éruptives successives, ce qui prolonge la durée des phénomènes cutanés jusqu'à quinze et vingt jours, et même plus. Les cicatrices blanches, à pourtour plus ou moins pigmenté, que presque tout zona laisse après lui, et qui ressemblent beaucoup à des cicatrices de variole, sont indélébiles; leur disposition et l'anesthésie qui persiste indéfiniment à leur niveau, ainsi que l'a fait voir Rendu, sont pathognomoniques.

Le zona hémorragique constitue à peine une complication, et ne paraît guère comporter de pronostic spécial. Nous avons vu du reste qu'il y a toujours, au cours de l'herpès zoster le plus régulier, quelques vésicules qui se remplissent de sang extravasé. Ce qui est plus fâcheux, ce sont les ulcérations qui se produisent soit à la suite de grattages, soit spontanément : elles se recouvrent d'un enduit pseudo-membraneux grisâtre, suppurent souvent et ne guérissent qu'avec une extrême lenteur. Le zona gangreneux, au cours duquel on voit se former sous chaque vésicule une escarre noirâtre bien limitée, qui devient grisâtre et tombe en laissant place à de petites ulcérations à tendance serpiginieuse, peut être rapproché de la varicelle gangreneuse et constitue probablement comme elle une infection secondaire par des bactéries anaérobies. C'est une complication grave. Nous avons parlé déjà de la lymphangite, consécutive à la suppuration des vésicules; les méthodes aseptiques permettent ordinairement de l'éviter. Mais, chez les jeunes sujets en particulier, la faible intensité des phénomènes douloureux peut au début laisser le zona passer inaperçu, et le médecin n'est alors appelé à intervenir que lorsque l'infection secondaire s'est déjà produite. J'ai vu ainsi à l'hôpital des Enfants-Malades un petit garçon de quatre ans succomber à une septicémie suraiguë dont la porte d'entrée était un zona cervico-brachial. On voit donc que toutes les précautions sont justifiées en présence d'une éruption zostérienne.

Une complication beaucoup plus fréquente du zona — et de la possibilité de laquelle les malades doivent être prévenus — est constituée par la persistance, parfois presque indéfinie, des douleurs névralgiques. Peu intenses et parfois nulles chez l'enfant, elles ont au contraire, chez les sujets âgés, rhumatisants

Masson et C<sup>ie</sup> Éditeurs, Paris.Imp. Firmin Didot et C<sup>ie</sup> Paris.I. Zona ophthalmique - Musée S<sup>t</sup> Louis N<sup>o</sup> 1871 (Danlos)II. Zona génital - Musée S<sup>t</sup> Louis N<sup>o</sup> 2160 (Du Castel)



ou névropathiques, une tendance fâcheuse à survivre à l'éruption cutanée. Elles s'apaisent parfois pendant quelques semaines, pour revenir par accès; ou bien elles s'installent d'une manière presque définitive, empoisonnant véritablement l'existence des sujets. Plus rarement, on voit se produire après la guérison du zona, des paralysies musculaires, ordinairement localisées à la région précédemment atteinte par l'éruption; quelquefois cependant elles se produisent à distance, conservant presque toujours le caractère d'unilatéralité si spécial au zoster. Parfois légères et passagères, elles sont plus souvent rebelles, graves et définitives. Elles ont beaucoup de caractères communs avec la paralysie spinale de l'enfance et s'accompagnent comme elle d'atrophie musculaire et de réaction de dégénérescence. On peut les observer à la suite du zona thoracique, surtout lorsqu'il est de type supérieur; elles atteignent alors le membre supérieur, comme dans les deux cas publiés par Joffroy. On les voit aussi au niveau des membres inférieurs. Hardy a rapporté, l'un des premiers, un cas de myélite ascendante mortelle consécutive à un zona thoracique. Des faits de ce genre seraient sans doute interprétés aujourd'hui plutôt comme des éruptions zostéroïdes symptomatiques d'une affection médullaire. Mais les rapports des paralysies avec le zona légitime sont loin d'être élucidés. Une des plus souvent observées est la paralysie faciale; elle survient surtout après le zona cervical; Klippel et Agnand en ont récemment rassemblé 17 cas. Elle est rare au contraire après le zona ophtalmique. Mais, selon Epstein, il y aurait toujours des troubles sensitifs dans le domaine du trijumeau, hyperesthésies, anesthésies, névralgies, dont l'intensité ne serait du reste nullement proportionnelle à la gravité de la paralysie. De même l'étendue de l'éruption peut être minime, alors que les troubles moteurs sont profonds et persistants. Cette discordance se retrouve dans les faits assez nombreux d'ophtalmoplégie consécutive au zona ophtalmique. La troisième paire est le plus souvent atteinte, en partie ou en totalité. Dans un cas de J. Hutchinson, il se produisit six jours après l'éruption une paralysie totale du nerf moteur oculaire commun avec ptosis et mydriase. Dans d'autres cas l'accommodation est seule épargnée. Le ptosis est constant. Hutchinson, Gosetti, Weidner et Bowman ont décrit quelques cas de paralysie de la sixième paire. Il n'existe qu'un seul cas, dû à Lesser, de paralysie de la quatrième. Enfin il faut mentionner certains faits exceptionnels, comme celui de Brissaud, où l'ophtalmoplégie s'est accompagnée d'hémiplégie croisée. Presque toujours ces accidents finissent par guérir après un délai plus ou moins long.

Mais le zona ophtalmique est susceptible d'engendrer d'autres complications encore. Nous avons parlé déjà des éruptions phlycténoïdes qui peuvent atteindre la cornée. Elles précèdent souvent, mais pas nécessairement, comme l'ont montré Sulzer et Wangler, des kératites parenchymateuses, laissant après elles des opacités persistantes. Les ulcères de la cornée peuvent prendre une allure serpiginieuse, et donner lieu, par infection secondaire, à une panophtalmie, ou dégénérer en kératite neuroparalytique. L'iritis se produit



rarement seule; souvent au contraire elle accompagne la kératite. Elle peut se compliquer d'hypopyon avec synéchies postérieures consécutives, ou même d'iridocyclite et de choroïdite. Il n'existe dans la littérature qu'un seul cas, celui de Collins, où le zona ophtalmique avec ophtalmoplégie se soit compliqué d'opacité du cristallin. Enfin il y a quelques faits bien établis de rétinite et de névrite optique consécutives au zona ophtalmique. Dans celui de Sulzer, il n'y eut pas d'atrophie ultérieure, mais dans plusieurs autres, la vision fut compromise d'une manière durable. Celui de Bowman évolua vers l'amaurose définitive.

On voit que la fréquence des complications oculaires doit rendre le pronostic du zona ophtalmique très réservé. Les autres variétés de zoster guérissent le plus souvent d'une manière absolue, lorsque le sujet est jeune. La possibilité des douleurs névralgiques persistantes doit toujours être envisagée chez les malades âgés, surtout lorsqu'ils ont des tendances rhumatismales ou neuropathiques. Quant aux paralysies autres que les ophtalmoplégies, elles constituent un accident tout à fait exceptionnel.

Le zona légitime ne récidive pas. C'est ce qui le distingue essentiellement des éruptions zostéroïdes. Mais ce point soulève des discussions que nous ne pourrions aborder utilement que plus loin, lorsque nous aurons étudié la pathogénie et l'étiologie de l'affection.

## IV

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET TOPOGRAPHIE

Les vésicules du zona ont, comme l'a fait voir Unna, une structure tout à fait différente de celle de la plupart des autres vésicules. En effet, dans les autres affections bulleuses, et en particulier dans l'herpès, les cellules de la couche épineuse commencent par se tuméfier; leur protoplasma devient un réticulum creusé de petites cavités; celles-ci confluent, puis les cellules œdématisées s'ouvrent les unes dans les autres: c'est la dégénérescence réticulée de Unna, l'altération vésiculeuse de Leloir. Dans le zona, au contraire, il se produit une variété de dégénérescence épithéliale que l'on ne retrouve guère — encore qu'à un beaucoup moindre degré — que dans la variole et la varicelle. Les cellules du corps muqueux conservent tout d'abord leurs dimensions, mais elles perdent leur revêtement épineux; leurs filaments d'union se détachent, pour joncher plus tard le plancher de la vésicule. Puis les cellules deviennent opaques, perdent leur caractère et leurs réactions protoplasmiques pour prendre les réactions colorantes de la fibrine (dégénérescence fibrineuse). Enfin un grand nombre d'entre elles se mettent à se gonfler dans des proportions extraordinaires; elles prennent alors l'aspect d'énormes boules creuses, dont l'enveloppe dégénérée et amincie retient un grand nombre de noyaux; on peut en rencontrer jusqu'à vingt ou trente dans une même cellule; leur divi-

sion ne se fait pas par mitose. Unna a donné à l'ensemble de ce processus le nom caractéristique de dégénérescence ballonnisante. La colossale tuméfaction de ces cellules agit sur d'autres groupes cellulaires en les comprimant; on rencontre donc de longues rangées d'éléments aplatis, ayant perdu leur cohésion par la chute des filaments d'union. Aussi n'y a-t-il pas de cloisonnement dans les vésicules du zona, et la confluence des vésicules se fait-elle avec une grande facilité. Ce que certains auteurs, comme Head et Campbell, ont pris pour des cloisons, n'est pas autre chose que l'ensemble de ces traînées de cellules dégénérées suspendues au plafond de la vésicule constitué par la couche cornée. Le plancher, à l'acmé du processus, est représenté par les papilles toutes nues, jonchées de débris. Les grandes cellules ballonnisées occupent le centre de la cavité, et les vides sont comblés en majeure partie par une masse granuleuse et filamenteuse, souvent à demi coagulée, et qui est très riche en fibrine. La portion fluide du contenu vésiculaire est donc en majeure partie inter-épithéliale, tandis qu'elle est intra-épithéliale dans l'herpès et les autres processus analogues.

Les papilles à la base de la vésicule sont, suivant Head et Campbell, profondément enflammées et infiltrées par d'abondantes cellules rondes qui prennent énergiquement la couleur. Les vaisseaux et les fentes lymphatiques sont dilatés. Pour Unna, les phénomènes inflammatoires du côté du derme sont peu intenses et ne s'étendent guère qu'à quelques épaisseurs de papilles au delà de la vésicule. L'épiderme environnant est, lui aussi, presque normal au début. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que les épithéliums circonvoisins s'œdématisent et subissent en partie la dégénérescence réticulée. En même temps, commence la diapédèse des globules blancs, qui infiltreront le corps papillaire et pénétreront, non seulement dans la vésicule, mais encore dans les cellules ballonnisées elles-mêmes. Il y a toujours quelques éosinophiles parmi les leucocytes. Lorsque n'intervient pas une suppuration secondaire, la vésicule sèche et se convertit, avec tout son contenu fibrineux et cellulaire, en une croûte. Le processus de réparation commence de bonne heure; dès que l'évolution vésiculeuse a atteint son apogée, un épithélium jeune, riche en mitoses, vient revêtir le fond de la cavité. Il se fait de même une prolifération karyokinétique active dans la couche épineuse d'alentour, et au niveau de l'endothélium des capillaires.

Les annexes de la peau sont peu atteintes; pourtant la couche épineuse du follicule des poils qui traversent la vésicule subit aussi la dégénérescence ballonnisante. On ne trouve aucune lésion nerveuse visible au niveau de l'épiderme. Mais Head et Campbell ont constaté par la méthode de Marchi la dégénérescence des fibres nerveuses sous-dermiques.

Les ganglions lymphatiques correspondant au territoire zostérien sont toujours augmentés de volume. Head et Campbell y ont trouvé des lésions inflammatoires très marquées.

Nous devons aborder maintenant les lésions du système nerveux, qui jouent dans la pathologie du zona un rôle primordial. Elles sont souvent discernables