

guérison n'a lieu qu'au bout de quatre, de six ou de huit semaines. Lorsque l'ulcération a été profonde et lorsque la guérison a été lente à se produire, il peut rester, comme vestiges de la maladie, des cicatrices indélébiles. Plus rarement, au moment de la dessiccation spontanée des vésicules, la guérison est retardée par le développement de furoncles développés à la région atteinte ou dans ses environs. Dans deux cas, j'ai vu également, après la disparition d'un zona, survenir un phlegmon sous-cutané peu étendu, terminé par suppuration.

Comme terminaison plus grave et signalée d'ailleurs par la plupart des auteurs, je ne dois pas omettre l'apparition de la gangrène autour et au-dessous des plaques vésiculeuses. On voit alors survenir autour des ulcérations et sur les parties ulcérées elles-mêmes des plaques grises, de véritables eschares, se détachant peu à peu, et donnant lieu à une perte de substance plus ou moins profonde, laquelle demande plusieurs semaines pour se cicatrifier. En même temps se développe un mouvement fébrile intense, avec fréquence et faiblesse du pouls, avec sécheresse de la langue, et autres phénomènes dynamiques qui caractérisent les affections gangréneuses. Cette complication grave, qui se déclare exclusivement chez les gens affaiblis par l'âge ou par toute autre circonstance, peut occasionner la mort.

Mais comme terminaison commune du zona il ne faut pas oublier la névralgie persistante et rebelle ; au lieu de s'éteindre avec l'éruption ou peu de temps après elle, la douleur peut en effet subsister à la région atteinte, et c'est alors une véritable névralgie qui se prolonge pendant des semaines, des mois et quelquefois même des années. J'ai vu un assez grand nombre d'exemples de malades atteints, à la suite de zona, de douleurs soit continues, soit revenant par accès de plusieurs jours et même de plusieurs semaines, et entraînant de l'insom-

nie, de l'inappétence et un trouble général de l'économie. Ces accidents névralgiques se rencontrent principalement chez les individus âgés, ou nerveux sujets aux migraines, aux névralgies ou aux douleurs rhumatismales.

Je dois mentionner encore comme une terminaison rare du zona la paralysie, dont j'ai observé deux cas. Dans l'un il s'agissait d'un zona intense de l'extrémité inférieure droite, suivant le trajet du nerf sciatique, et qui fut suivi d'une paralysie des muscles animés par ce nerf, avec atrophie musculaire du membre. Cette paralysie amyotrophique, analogue à une paralysie infantile, quoiqu'elle ait eu lieu chez un adulte bien portant antérieurement, fut de longue durée et ne s'améliora que très lentement ; après le retour de la force musculaire, il restait encore de l'atrophie du membre. Dans l'autre cas, le zona avait été thoracique ; après la disparition de l'éruption, les douleurs persistèrent à un degré intense ; elles s'étendirent de l'autre côté, de manière à figurer la ceinture complète ; puis quelques semaines plus tard se développèrent des douleurs et de la paralysie dans les membres inférieurs ; la paralysie gagna ensuite les membres supérieurs, et le malade mourut par asphyxie. Il y avait eu évidemment une névrite, puis une myélite ascendantes. Plusieurs exemples de paralysies d'une semblable origine ont été publiés récemment.

Relativement à la marche du zona, il est encore une particularité intéressante à noter dans son histoire : c'est la rareté de ses récidives. Il est exceptionnel de rencontrer des malades atteints d'une éruption zonique et qui accusent avoir déjà été atteints d'une semblable affection. Kaposi cependant dit avoir vu un cas de neuf récidives, mais il cite ce fait comme une rareté ; pour ma part, je n'ai vu que deux exemples de zona survenus deux fois chez le même individu. On doit donc admettre la récurrence du zona comme une exception.

*Diagnostic.* — Le zona est ordinairement facile à reconnaître : la présence de vésicules distinctes, localisées, groupées sur des plaques rouges, la disposition en traînée, la coïncidence habituelle d'une douleur névralgiforme, et surtout la disposition unilatérale absolue de l'éruption, sont des circonstances qui caractérisent suffisamment la maladie. Toutefois on doit être prévenu que lorsque l'affection siège sur le tronc, dans une partie couverte par les vêtements, ce qui est le cas le plus ordinaire, si l'on n'examine pas par la vue la région affectée, il peut arriver que le zona ne soit pas reconnu ; on ne fait attention qu'à la douleur, et l'on croit facilement à l'existence d'une névralgie intercostale ou d'une pleurodynie. J'ai vu d'assez nombreux exemples de ces erreurs, par défaut d'observation suffisante, pour que je croie utile de signaler la nécessité pour le médecin, en cas de douleur thoracique ou abdominale, de faire découvrir et de regarder la région douloureuse.

Au début de la maladie, on pourrait confondre le zona avec l'érysipèle ; j'ajoute même que cette confusion a été faite par les anciens médecins, qui décrivaient les deux affections sous le nom commun d'*ignis sacer*. Toutefois, dans l'érysipèle, le gonflement sous-cutané est plus considérable et bien limité par un bord saillant, la rougeur est plus continue, les vésicules sont moins distinctes les unes des autres et passent vite à l'état de bulles ; la maladie s'étend progressivement et fait la tache d'huile en envahissant les parties voisines ; la ligne médiane n'est pas respectée ; l'engorgement douloureux des ganglions de la région précède souvent l'éruption ; la fièvre est bien plus intense et les phénomènes généraux sont plus prononcés : et si l'hésitation dans le diagnostic différentiel peut se comprendre au premier moment, elle ne doit pas se prolonger.

J'ai vu quelquefois confondre le zona avec l'eczéma ; c'est là une erreur qu'on peut éviter en faisant attention

que dans l'eczéma les vésicules sont plus petites, plus confluentes, qu'elles se rompent plus facilement, qu'elles sont remplacées par des croûtes molles, jaunâtres ; que l'affection n'est pas unilatérale ; que le phénomène subjectif est plutôt une cuisson ou une démangeaison qu'une douleur lancinante ; la maladie eczémateuse est habituellement apyrétique, sa marche est moins régulière et sa durée est plus longue.

Lorsqu'il s'agit du zona facial, ophthalmique, labial ou nasal, et surtout lorsqu'il n'existe qu'un petit nombre de plaques éruptives, on peut facilement croire à l'existence d'un herpès fébrile ; dans ces cas, l'intensité et la durée du mouvement fébrile précédant l'éruption, le petit volume des vésicules, leur passage rapide à la suppuration et à la dessiccation, leur dissémination sans règle, leur présence sur la ligne médiane ou des deux côtés, l'absence de douleur, l'existence antérieure de maladies semblables, sont des circonstances importantes au diagnostic et qui doivent faire reconnaître la nature de l'herpès. J'ajoute que c'est à l'herpès qu'il faut rapporter ces éruptions vésiculeuses récidivant fréquemment et facilement chez certaines personnes à la face, aux parties génitales ou ailleurs, et qui ont été considérées par certains auteurs comme des zonas récidivants.

Dans ces derniers temps on a décrit comme appartenant au zona des éruptions ayant une forme vésiculeuse semblable à celle de cette maladie, et qui surviennent à la suite de lésions traumatiques ou autres d'un nerf, dans le cours de certaines maladies du système nerveux, et particulièrement chez les tabétiques. C'est par un abus de langage qu'on a désigné ces éruptions sous le nom de zona ; elles diffèrent de cette affection par l'absence de fièvre, par leur cause, par leur marche, par leurs récidives possibles, par leur nature en un mot : ce sont des éruptions zoniformes, ce ne sont pas de véritables zonas.

Quant à établir le diagnostic entre le zona et l'herpès phlycténoïde, je ne crois pas utile de le faire, car dans mon opinion, contrairement à l'opinion des auteurs classiques, je persiste à penser que l'*herpès phlycténoïde* n'est autre chose qu'un zona des membres ou de la face. Dans les observations de cette variété d'herpès citées dans les livres ou dans les journaux, on retrouve les plaques rouges vésiculeuses, la douleur névralgiforme, la marche aiguë et la localisation unilatérale qui caractérisent le zona.

*Pronostic.* — Le zona est ordinairement une maladie peu grave, qui se termine promptement et heureusement; il est particulièrement bénin et peu douloureux chez les enfants, chez les jeunes gens et chez les individus forts et ayant une bonne santé habituelle; toutefois la possibilité de la persistance indéfinie de la douleur névralgique et d'une terminaison, heureusement très rare, d'une névrite ascendante viennent un peu assombrir le pronostic: comme je l'ai déjà dit, la névralgie persistante est à craindre chez les gens affaiblis, et particulièrement chez les vieillards débiles, chez les personnes nerveuses, impressionnables, atteintes de migraines, de douleurs névralgiques habituelles ou de rhumatisme. La terminaison du zona par ulcération est fâcheuse; elle est accompagnée de douleurs assez vives, surtout au moment du pansement, et elle prolonge la maladie, mais elle n'entraîne pas un pronostic absolument grave et la guérison finit toujours par arriver; il faut être prévenu seulement, dans ces cas, de la persistante des cicatrices. L'apparition de la gangrène est autrement grave et peut se terminer par la mort; toutefois, lorsque les plaques gangréneuses sont peu étendues et lorsque les phénomènes généraux ne sont pas très graves, l'élimination des parties mortifiées peut se faire et la guérison peut survenir après un temps plus ou moins long.

Dans la description des phénomènes éruptifs du zona, j'ai dit que les vésicules pouvaient contenir du sang, et quelques auteurs ont indiqué cette circonstance comme constituant une variété du zona qu'ils ont désignée sous le nom de *zona hémorrhagique*. Il semble au premier abord que cette forme hémattique doive se rencontrer chez les gens affaiblis et cachectiques, mais je dois dire que j'ai vu souvent le sang mélangé à la sérosité des vésicules chez des personnes bien portantes antérieurement, sans que je pusse expliquer cette circonstance, et en tout cas je n'ai pas constaté que le zona hémorrhagique fût plus grave que le zona ordinaire.

*Étiologie.* — Le zona se développe à tous les âges, à peu près également, sauf pour la première enfance, dans laquelle on en observe peu d'exemples. Quoiqu'on ait dit qu'il est plus commun pendant les saisons froides et humides, l'examen impartial des statistiques fournies par les divers auteurs fait voir qu'il a été observé avec une fréquence à peu près semblable dans toutes les saisons. Il atteint également les individus forts, les individus faibles; aucune maladie, aucun état diathésique ne paraît avoir d'influence sur son développement, et c'est pour satisfaire des idées théoriques qu'on a dit avec Bazin, contrairement à l'observation, qu'il était commun plus particulièrement chez les rhumatisants, chez les individus dits *arthritiques*; c'est à tort également que Leudet a considéré la phthisie comme une cause prédisposante du zona: il y a là, comme pour d'autres maladies chroniques, une simple coïncidence. Mais il semble que la maladie peut se développer, en toute saison, sous l'influence d'une certaine constitution médicale; il est certain qu'après être resté longtemps sans rencontrer un seul exemple de zona, on en observe souvent plusieurs cas en même temps ou à des époques rapprochées; et ces observations simultanées sont d'autant plus remarquables, que

le zona ne figure pas parmi les maladies les plus communes.

Quant aux causes déterminantes, le refroidissement me paraît être celle qu'on peut le moins révoquer en doute ; je l'ai retrouvée bien souvent chez les malades que j'ai eu occasion d'observer, et je la considère comme la cause la plus habituelle du zona. On a signalé aussi l'influence possible d'une émotion vive et particulièrement d'un accès de colère ; j'ai rencontré quelques cas pour lesquels cette influence morale pouvait être invoquée à bon droit.

Quelques auteurs ont cru à la faculté contagieuse du zona. Trousseau a observé un zona thoracique chez un jeune homme dont la mère entrait en convalescence d'une maladie semblable à la même région ; et d'après ce seul fait il se demande s'il n'y avait pas là lieu de croire à la contagion. Avec plus d'autorité et avec un plus grand nombre d'observations, Erb (*Neurologisches Centralblatt*, 1<sup>er</sup> décembre 1882) tend également à admettre que le zona peut se développer sous l'influence d'une infection contagieuse. Pour ma part, je n'ai jamais vu un seul fait dans lequel on pût soupçonner la transmission du zona par contagion, et je suis porté à rapporter à l'influence épidémique ou à de simples coïncidences ce qui a été attribué à la contagion.

On a admis encore des zonas traumatiques : on a cité des cas dans lesquels des zonas s'étaient développés à la suite de coups, de blessures. Le professeur Bouchard a communiqué à la Société de biologie deux observations de zona consécutifs à des traumatismes ; des faits semblables ont été rapportés par le professeur Charcot et plusieurs autres. Je ne nie pas ces faits ; mais dans quelques-uns des cas cités, et particulièrement dans les cas de lésions des nerfs, il s'agit plutôt de ces éruptions zoniformes que j'ai déjà signalées à propos du diagnostic que de véritables zonas ; dans les autres, l'émotion ressentie

au moment du traumatisme a pu jouer un rôle principal dans la production de la maladie ; mais du reste je ne fais pas difficulté d'admettre la possibilité d'un trauma comme cause du zona, quoique je considère ce fait comme peu commun.

*Traitement.* — Le traitement du zona est très simple, car il s'agit d'une maladie qui a un cours régulier et dont il faut savoir attendre la terminaison naturelle. On doit surtout empêcher la rupture prématurée des vésicules en les protégeant contre le frottement des vêtements et des objets extérieurs, et en recommandant de ne pas faire usage de topiques émollients susceptibles de ramollir l'épiderme. Pour modérer l'inflammation locale, on se trouvera bien de saupoudrer la partie malade avec de la farine, de la poudre d'amidon ou de lycopode, auxquelles on pourra ajouter un dixième ou un sixième d'oxyde de zinc et un vingtième de camphre, et en ayant soin, pour fixer la poudre, d'étendre préalablement une couche d'huile ou de pommade de concombre. En recouvrant le tout d'une forte couche d'ouate et d'un bandage approprié à la région, on obtient un excellent pansement. Pour protéger plus efficacement encore les vésicules, on a proposé de les recouvrir avec une couche de collodion ; j'ai employé plusieurs fois ce moyen de traitement, et j'y ai renoncé : la pression exercée par l'enduit imperméable est souvent douloureuse, et il m'a semblé que la suppuration et les ulcérations consécutives étaient plus communes.

Lorsque la résolution n'est pas obtenue et lorsque la maladie se termine par ulcération, il ne faut pas se contenter de topiques pulvérulents, et l'on doit alors au contraire faire sur la partie malade des lotions émollientes avec une décoction de laitue ou de guimauve et de pavot, appliquer des cataplasmes de farine de riz ou de fécule de pommes de terre ; et plus tard, lorsque les phéno-

mènes inflammatoires sont disparus, il faut panser les ulcérations avec du cérat ou du cold-cream mélangés à une faible dose d'oxyde de zinc ou de sous-nitrate de bismuth. Si les ulcérations deviennent végétantes, il est quelquefois nécessaire de les toucher avec du nitrate d'argent. Les bains sont rarement indiqués, il vaut mieux s'en abstenir ; ils pourraient augmenter les douleurs.

Dans le cas où le zona se termine par gangrène, on devra favoriser le détachement des eschares par l'application de cataplasmes de farine de lin, par des lotions alcoolisées et camphrées, par des décoctions de quinquina, par des solutions d'acide phénique ou de chloral au centième ; et en même temps il est indispensable de soutenir l'économie par des préparations de quinquina, par des boissons vineuses ou alcooliques et par une alimentation suffisante.

Mais, dans le traitement du zona, l'indication principale est de calmer la douleur, souvent si intense, qui accompagne l'éruption. Pour arriver à ce but, on administrera au début l'extrait d'opium à la dose de deux à trois centigrammes matin et soir, l'extrait de belladone ou de datura stramonium à la dose d'un centigramme matin et soir ; en cas de recrudescence périodique de la douleur, on se trouvera bien du sulfate de quinine. Pour obtenir du sommeil, on pourra avoir recours au chloral ou à une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine, laquelle injection doit être encore employée pour calmer des douleurs trop vives.

Enfin, lorsque la douleur névralgique subsiste après la disparition de l'éruption, il faut alors la combattre par les moyens employés habituellement contre les névralgies, savoir par les onctions avec des pommades au chloroforme, à l'extrait d'opium, par les vésicatoires simples ou morphinés, et principalement par les injections hypodermiques au chlorhydrate de morphine. En cas de

douleurs rebelles, on peut avoir recours à l'électricité sous forme de courants continus, lequel moyen est surtout applicable aux paralysies musculaires consécutives au zona. Enfin contre des douleurs rebelles accompagnées d'excitations nerveuses générales, j'ai vu souvent réussir les eaux minérales, et particulièrement les eaux de Nérès, ainsi que celles de Plombières, de Schlangenbad, de Ragatz, de Wildbad et de Gastein.

*Nature du zona.* — Après avoir donné la description du zona envisagé comme un genre nosologique bien distinct, il reste encore une question à traiter, c'est celle qui est relative à la nature de cette maladie. La plupart des auteurs modernes ont pensé avec Alibert qu'elle devait être rangée dans les maladies inflammatoires de la peau, maladies locales sans cause diathésique ; les recherches récentes sur l'altération anatomique des nerfs et des ganglions nerveux correspondants à la région atteinte ont agrandi le cercle des phénomènes inflammatoires, et ont démontré que l'éruption était sous la dépendance d'une névrite, mais en permettant toujours de considérer la maladie comme une affection locale. Cependant quelques auteurs ont cru devoir ranger le zona au nombre des maladies générales. Pour Borsieri, cette maladie devait être considérée comme une fièvre éruptive. Sans se prononcer positivement, Trousseau, en se fondant sur la faculté contagieuse très problématique du zona et sur ses rapports de ressemblance avec l'érysipèle, paraît également pencher vers l'opinion de Borsieri. Tout récemment, dans une leçon clinique (*Semaine médicale*, 20 septembre 1883), un de nos agrégés les plus distingués, le docteur Landouzy, a rajeuni ces opinions et a cherché à démontrer que le zona, analogue aux fièvres éruptives, est une maladie générale infectieuse. A l'appui de cette manière de voir, il invoque la régularité cyclique du zona, la fièvre qui précède et qui accompagne l'érup-

tion ; il insiste sur la coïncidence assez fréquente de plusieurs zonas au même moment, apparaissant sous une forme presque épidémique, sur quelques faits supposés de contagion, et surtout sur la non-récidive du zona, procurant ainsi aux personnes atteintes une immunité contre une nouvelle invasion, immunité qui n'existe ordinairement que pour certaines maladies infectieuses spécifiques, telles que les fièvres éruptives, les oreillons, la coqueluche, etc. Malgré ces arguments, j'avoue que je persiste à considérer le zona comme une maladie inflammatoire locale : la circonscription si précise de l'éruption et de la douleur, l'absence fréquente de fièvre et de phénomènes généraux, la présence très habituelle d'une cause banale, telle que le refroidissement, la localisation si nette des lésions anatomiques atteignant le système nerveux, m'empêchent de reconnaître dans cette maladie les caractères d'une maladie générale infectieuse et spécifique, m'engagent à ne voir dans le zona qu'une maladie locale accidentelle, c'est-à-dire en dehors d'une cause diathésique, et me font persister à la considérer comme une névrite spéciale caractérisée par une éruption toute particulière.

Quant à l'opinion qui veut faire du zona une névralgie, opinion émise d'abord par Parrot, je n'ai pas à m'y arrêter ; je n'ai pour la réfuter qu'à rappeler que la douleur névralgique n'est pas constante et qu'il existe dans le zona des lésions anatomiques nerveuses positives qui ne sont pas rencontrées dans les névralgies.

#### 4<sup>o</sup> PEMPHIGUS.

*Définition. — Classification.* — Le mot *pemphigus* vient de l'expression grecque *πέμφιξ*, qui signifie bulle ou soulèvement épidermique d'un volume assez considérable. Il s'applique aujourd'hui à une affection caractérisée par

des bulles de dimensions variables survenant spontanément sur la surface cutanée et sur certaines muqueuses, et contenant, soit de la sérosité simple, soit un liquide purulent, soit un mélange de sérosité et de sang.

Cette maladie, si remarquable par ses caractères objectifs, a été connue des anciens médecins, ainsi qu'on peut le voir particulièrement dans les œuvres d'Hippocrate, de Galien et d'Aétius ; mais c'est à Sauvages qu'on doit d'avoir donné le nom de pemphigus à la maladie que je vais étudier. Les auteurs qui se sont occupés spécialement de dermatologie, Lorry, Plenck, Willan, Bateman, Alibert, Bielt et ses élèves, ont donné de bonnes descriptions de cette affection et de ses différentes formes. On cite surtout Gilibert (de Lyon), auteur d'un livre sur le pemphigus (1814) ; mais dans cet ouvrage, beaucoup trop vanté, la maladie est considérée à tort comme se présentant sous la forme habituelle d'une fièvre éruptive ; les discussions hypothétiques relatives à la cause et à la nature de la maladie y tiennent une place considérable, et je regarde cette œuvre comme peu utile pour la pratique.

Willan et Bateman, et les auteurs qui ont classé les maladies de la peau d'après leurs lésions élémentaires, placent le pemphigus dans l'ordre des éruptions bulleuses. Bateman décrit séparément et comme deux genres distincts le *pemphigus* et le *pompholyx*, le premier étant constitué par une affection fébrile dans laquelle se développent sur la peau des bulles entourées d'une auréole inflammatoire : c'est la maladie indiquée par certains auteurs sous le nom de fièvre bulleuse et décrite particulièrement par Gilibert ; dans le pompholyx, il n'y a pas de fièvre et les bulles ne présentent autour d'elles aucune trace d'inflammation. Cette distinction n'a pas été maintenue, et le mot pemphigus seul a été conservé pour désigner une affection bulleuse avec ou sans fièvre, avec