

d'autres régions, permettent de reconnaître l'*eczéma*, qui d'ailleurs se traduit rarement sur les régions génitales par la présence de placards assez petits pour être confondus avec l'herpès.

Il suffit de rappeler que, quel que soit son siège, l'herpès doit être considéré *a priori* comme une affection deutéropathique ou symptomatique et que, une fois le diagnostic de la lésion cutanée établi, il faut toujours rechercher sous quelle influence elle s'est développée, ce qui nécessite un examen complet du sujet et parfois une étude attentive des diverses fonctions nerveuses.

Pronostic. — Lésion sans gravité par lui-même, l'herpès comporte uniquement le pronostic de l'affection générale ou de l'altération nerveuse dont il dépend et qu'il traduit. Aussi l'herpès fébrile, qui, dans la pneumonie et la fièvre typhoïde, peut être considéré, en général, comme d'un bon augure, n'a pas toujours la même signification, témoin sa présence à peu près constante dans la méningite cérébro-spinale.

Traitement. — Quand l'herpès est encore à l'état de plaques rouges, légèrement saillantes, sans soulèvement vésiculeux, on peut parfois, ainsi que l'a montré Leloir, le faire avorter en appliquant à sa surface des tampons d'ouate imprégnés d'alcool rectifié, additionné ou non de substances aromatiques ou antiseptiques (eau de Cologne, résorcine à 2 pour 100, thymol à 1 pour 100, etc.).

Une fois développé, s'il occupe les parties découvertes, on peut se contenter de poudrer avec des poudres inertes, et, lorsque les vésicules se sont rompues, d'enduire de vaseline boriquée, puis de poudrer à l'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth, au dermatol ou au talc.

Dans les régions qui sont naturellement humides ou exposées à des frottements répétés, des lavages avec un liquide légèrement antiseptique, et non irritant, tel qu'une solution d'acide borique à 5 pour 100, de résorcine à 1 pour 100, ou avec un liquide astringent (eau blanche, décoction de feuilles de noyer), l'isolement des parties au moyen de poudres inertes et d'un linge fin suffiront à prévenir la gêne apportée par l'éruption. Ces soins doivent être surtout pris avec une grande régularité dans l'herpès vulvaire.

Dans toutes les localisations de l'herpès, on aura toujours soin d'éviter l'emploi des préparations irritantes, sous quelque forme que ce soit : elles ne peuvent que prolonger la durée de la lésion et la rendre plus douloureuse.

De nombreux moyens ont été préconisés pour enrayer la marche des herpès récidivants et le plus souvent sans succès. On peut cependant essayer, quelquefois avec profit, des agents nervins, sulfate de quinine, bromure de potassium, belladone, parfois de la révulsion sur le rachis. Dans l'herpès récidivant des organes génitaux, les traitements thermaux à Uriage, Luchon, Royat produisent souvent des résultats très favorables, en éloignant ou même en supprimant les récidives.

ZONA

Définition. — On désigne sous le nom de zona ou sous celui d'herpès zoster, dénomination plus particulièrement usitée en Allemagne, une affection caractérisée par le développement de groupes de vésicules d'herpès sur une zone

cutanée correspondant à un territoire nerveux; la lésion nerveuse qui détermine cette éruption est la manifestation d'une maladie générale infectieuse, dont l'agent pathogène est encore indéterminé.

Cette deuxième partie de la définition élimine du zoster, suivant la distinction proposée par L. Landouzy, les éruptions herpétiques commandées par une lésion nerveuse quelconque ou relevant d'une altération plus ou moins profonde des centres nerveux : ces éruptions zostérisées seront signalées plus explicitement à propos du diagnostic du zona.

Description. — Le zona, et c'est de là qu'est venu son nom, occupe le plus souvent la région thoracique, où il siège d'un seul côté, formant une demi-ceinture plus ou moins complète dont la hauteur varie de 2 ou 3 centimètres à 10 ou 12 centimètres; cette demi-ceinture est à peu près horizontale lorsqu'elle occupe la partie supérieure du thorax; à sa partie inférieure, elle n'est plus horizontale, mais oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Les groupes éruptifs sont limités exactement par la ligne médiane; cependant il n'est pas absolument rare de voir un petit groupe aberrant la déborder soit en avant soit en arrière.

Des douleurs offrant les caractères de la névralgie intercostale précèdent souvent l'éruption du zona, pendant un temps variant de quelques heures à plusieurs semaines. Outre ces douleurs, à caractère nettement profond, à points maxima correspondant aux points classiques de la névralgie intercostale, le zona se traduit au niveau même de la peau par une sensation de brûlure, quelquefois fort pénible; cette sensation de brûlure, qui lui a valu les noms d'*ignis sacer* et de feu de Saint-Antoine, est due à l'évolution des lésions cutanées elles-mêmes et est absolument comparable à celle qui accompagne l'évolution des plaques d'herpès vulgaire. Elle dure peu.

En même temps que cette douleur apparaissent les lésions cutanées; elles consistent d'abord en plaques d'un rouge vif, saillantes, de forme arrondie ou allongée, souvent mal délimitées.

Les premières plaques se développent ordinairement dans les points correspondant à l'émergence des filets des nerfs intercostaux et aux maxima de la douleur des névralgies intercostales, c'est-à-dire en arrière et en avant en dehors de la ligne médiane, et latéralement sur la ligne axillaire. Ces plaques rouges ne tardent pas à se recouvrir de vésicules arrondies formant à la surface comme des gouttelettes transparentes du volume d'une grosse tête d'épingle et réunies en groupes souvent serrés. Pendant quelques jours, apparaissent, autour et dans l'intervalle des premières, de nouvelles plaques rouges à la surface desquelles se développent des vésicules. Arrivée à son maximum de développement, l'éruption est caractérisée par un nombre variable de groupes vésiculeux; ces groupes, disposés irrégulièrement sur la partie centrale des taches rouges, ont des dimensions variées qui peuvent atteindre celles d'une pièce de 20 centimes, et une forme très irrégulière, sinueuse; les vésicules qui les composent se réunissent les unes aux autres pour former des soulèvements irréguliers, festonnés, à contour polycyclique. La base rouge sur laquelle les vésicules se sont développées s'efface; celles-ci, dont les contours sont devenus plus nets qu'au début, sont souvent un peu aplaties à leur sommet; les

(1) LANDOUZY, Fièvre zoster et exanthèmes zostérisés. *Semaine médicale*, 1885, p. 245.

groupes de vésicules confluentes ont alors l'aspect d'un lac blanchâtre ou jaunâtre à contours extrêmement variables et irréguliers; par places, on rencontre des vésicules isolées. Les vésicules du zoster sont fermes, résistantes, ne se rompent que par des pressions prolongées ou des grattages répétés. Elles sont au début remplies de sérosité citrine; mais, même dans des cas absolument bénins et réguliers, quelques-unes d'entre elles deviennent livides ou noirâtres par suite du mélange d'une petite quantité de sang à leur contenu; à une période plus avancée, les vésicules se rompent, ou se dessèchent en formant une croûte jaunâtre ou brunâtre, assez adhérente au début, dont le contour reproduit, en en atténuant les irrégularités, celui du groupe vésiculeux; la chute rapide de ces croûtes peut être la cause d'exulcérations parfois rebelles.

Dans quelques cas rares, toutes les vésicules peuvent être le siège d'épanchements hémorragiques; elles peuvent aussi suppurer ou être l'origine d'une gangrène attribuable surtout à la gravité des lésions nerveuses, qui facilite l'entrée en scène d'agents infectieux divers, et, plus rarement, à l'état général du malade.

Parfois le zona ne se caractérise, au point de vue des lésions cutanées, que par une seule plaque de vésicules, siégeant en un point quelconque de la surface cutanée: ces *zonas abortifs* sont souvent d'un diagnostic très embarrassant, et parfois la persistance des douleurs névralgiques et la production de cicatrices consécutives permettent seules de les reconnaître.

Quel que soit son siège, on peut observer, en dehors du territoire qu'occupe le zona et à distance plus ou moins grande, quelques rares éléments isolés. Ces vésicules aberrantes ont été signalées par Tenneson, Jeanselme et Leredde⁽¹⁾.

Le zoster s'accompagne de troubles de la santé générale: son début est souvent marqué par un état fébrile ordinairement modéré, plus rarement intense; en même temps, il y a de l'inappétence, un état saburral des voies digestives, quelquefois des vomissements, plus souvent une légère céphalalgie, en un mot, des symptômes qui justifient la dénomination de fièvre zostérienne appliquée par L. Landouzy au zona et qui dépendent de l'infection dont il est la manifestation.

Les douleurs névralgiques qui précèdent parfois le zona l'accompagnent plus souvent dans son cours; elles peuvent disparaître entièrement en même temps que lui, ou lui survivre plus ou moins longtemps: c'est surtout chez les sujets âgés que le zona s'accompagne de névralgies intenses, rebelles et indéfiniment persistantes; chez les enfants, au contraire, la réaction douloureuse est modérée et souvent nulle.

Le zona ne récidive pour ainsi dire jamais: les observations de récidive publiées par différents auteurs⁽²⁾ ne sont pour la plupart que des cas d'herpès fébrile, à localisation pseudo-zostérienne, des herpès névralgiques récidivants n'ayant pas de rapports avec le zona, plus rarement des éruptions zostériformes survenues au cours de lésions de la moelle.

Siège du zona. — Les éruptions zostériennes peuvent occuper les différentes régions du corps; elles y conservent toujours le caractère d'unilatéralité qui

⁽¹⁾ JEANSELME et LEREDDE, Sur les vésicules aberrantes du zona. *Société médicale des hôpitaux*, 29 juillet 1898, p. 619.

⁽²⁾ GRINDON, Recurrent Zoster. *Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, 1895, p. 191 et 252.

donne une physionomie si particulière aux lésions du zona thoracique. Nous étudierons successivement les localisations du zona sur l'extrémité céphalique, le cou, le tronc et les membres.

A l'extrémité céphalique, le zona occupe le plus souvent le pourtour de l'œil où sa disposition rappelle la distribution de la branche ophtalmique du trijumeau (zona ophtalmique). L'éruption, composée de groupes allongés, occupe alors une des moitiés du front, se prolonge en arrière jusque sur le tiers antérieur du cuir chevelu; ses groupes se voient sur les paupières souvent œdématisées, parfois sur la racine du nez. La topographie de l'éruption, limitée verticalement par la ligne médiane, est des plus frappantes.

Ce zona est redoutable par les complications oculaires graves qui peuvent l'accompagner et qui l'accompagnent souvent. Les classiques expliquent ces complications par ce fait que le nerf nasal émané de la branche ophtalmique fournit, à la fois directement et par l'intermédiaire du ganglion ophtalmique, des filets nerveux à l'iris, à la conjonctive et à la cornée; elles peuvent varier depuis la simple kérato-conjonctivite phlycténulaire, avec œdème conjonctival plus ou moins prononcé, à évolution et à réparation rapides, jusqu'à la perforation de la cornée avec perte de l'œil ou à l'iritis grave; elles peuvent même compromettre l'intégrité de l'œil du côté opposé. Les complications oculaires du zona ophtalmique sont surtout à redouter, ainsi que Hutchinson⁽¹⁾, Hybord⁽²⁾ en ont fait la remarque, lorsque les groupes éruptifs du zona occupent la racine du nez au-dessous de l'angle interne des paupières, ce qui, dans la doctrine classique, s'explique par une disposition anatomique bien connue: l'innervation de cette région par le nerf nasal qui fournit la racine sensitive du ganglion ophtalmique et des filets au globe de l'œil. On devra redouter l'apparition rapide de troubles oculaires lorsque la sensibilité de la cornée sera abolie, d'où la nécessité de l'explorer attentivement dans tous les cas de zona ophtalmique (E. Besnier). Cette localisation du zona s'accompagne de douleurs céphaliques violentes, parfois de phénomènes généraux fébriles très intenses à son début et d'accidents cérébraux très graves que nous signalerons plus loin à propos des complications du zona.

Le zona peut occuper encore la partie inférieure de la face, rappelant la distribution des deux autres branches du trijumeau; mais, si l'on exclut, comme on le doit faire, du cadre du zona l'herpès fébrile de la lèvre, il ne reste plus qu'un très petit nombre de cas méritant le nom de *zona maxillaire supérieur* et *zona maxillaire inférieur*. La première de ces localisations du zona s'accompagne du développement sur le voile du palais et la voûte palatine (nerfs palatins et sphéno-palatins du ganglion de Meckel) de vésicules d'herpès donnant lieu à une variété spéciale d'angine herpétique unilatérale qui respecte l'amygdale et le pharynx; dans la seconde on observe une éruption semblable sur la langue; dans les deux, les malades accusent au niveau des dents des douleurs qui accompagnent parfois des vésicules d'herpès sur les gencives.

Le cou est atteint d'une façon relativement rare par le zona; les groupes éruptifs peuvent se disposer en traînées rappelant la distribution des branches ascendantes du plexus cervical superficiel (*zona occipito-cervical* de Bæren-

⁽¹⁾ HUTCHINSON, A clinical report on herpes zoster frontalis seu ophthalmicus. *The Royal London ophthalmic hospital Reports*, 1866.

⁽²⁾ A. HYBORD, Du zona ophtalmique et des lésions qui s'y rattachent. *Thèse de Doctorat*, Paris, 1872.

sprung), occupant le cuir chevelu, l'oreille, la nuque; il faut noter, en raison des erreurs de diagnostic auquel peut exposer un groupe unique de vésicules dissimulé sous les cheveux, l'existence d'un zona limité à la portion postérieure du cuir chevelu (*zona sous-occipital*). D'autres fois le zona occupe la partie inférieure du cou, ses groupes se répandent au-devant de la clavicule, sur l'épaule, la partie supérieure de la région scapulaire et la partie supérieure du bras à sa face externe (*zona cervico-brachial*).

Le zoster occupe le plus souvent le thorax (*zona thoracique* ou *intercostal* des auteurs). Lorsqu'il siège à la partie supérieure du thorax, on voit ordinairement un ou plusieurs groupes éruptifs allongés dans le sens de l'axe du bras, le long de la partie interne de celui-ci (*zona dorso-brachial*), particularité que les classiques expliquent par les anastomoses des trois premiers nerfs intercostaux avec ceux du plexus brachial. Lorsqu'il occupe la région costale inférieure, il déborde le thorax et répand ses groupes sur la partie supérieure de l'abdomen (*zona dorso-abdominal*).

Plus rarement le zona siège à la région lombaire, et occupe la paroi abdominale, ou la région inguinale et les organes génitaux externes (*zona lombinguinal*).

Le zona est rarement limité à l'un des *membres supérieurs*: lorsqu'il les atteint, il s'agit le plus souvent, comme nous venons de le voir, soit d'un zona thoracique, soit d'un zona cervical atteignant l'épaule et le bras: dans tous les cas, l'éruption se dispose toujours en traînées parallèles à l'axe du membre, et souvent très étendues.

Aux membres inférieurs, les groupes du zona, généralement peu considérables, occupent de préférence les points d'émergence des filets nerveux correspondant aux points névralgiques de Valleix; ils peuvent occuper la région lombaire, la région inguinale externe, ou la face postérieure du membre, localisation qui constitue le *zona lombo-fémoral*; lorsque le zona est limité à la cuisse, on lui donne le nom de *zona fémoral*. Le *zona sacro-ischiatique* occupe la région fessière, le sacrum, le périnée, les organes génitaux.

Le zona n'occupe généralement qu'un territoire restreint de la surface cutanée. On le voit très exceptionnellement envahir plusieurs territoires éloignés les uns des autres, très exceptionnellement aussi se développer sur les deux régions symétriques, de façon à constituer par exemple une ceinture complète autour du thorax. Dans quelques cas, d'une extrême rareté, ses lésions sont étendues à une grande partie de toute la surface cutanée, tout en formant des groupes éruptifs dont la disposition rappelle celle des groupes que l'on voit dans les cas vulgaires. Dans un fait de ce genre, récemment publié par E. Fournier⁽¹⁾, elles occupaient la presque totalité de la moitié gauche du corps.

Marche. — Le zona suit le plus habituellement une marche cyclique: les groupes éruptifs se développent successivement les uns au voisinage des autres, sans se reproduire jamais à la même place; dans l'espace de 2 à 5 semaines, rarement de 4 à 6 semaines, au maximum de 2 mois, ils ont entièrement disparu et, à la place des croûtes qui ont succédé à la rupture des vésicules, on ne trouve plus que des macules brunâtres; celles-ci sont remplacées à leur tour, au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, par des taches blanches,

⁽¹⁾ EDM. FOURNIER, Zona généralisé à la presque totalité de la moitié gauche du corps. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1895, p. 175.

cicatricielles et indélébiles. Les cicatrices sont parfois désagréables en raison de leur siège, par exemple dans le zona ophtalmique, où elles ont une grande analogie avec des cicatrices de variole. Les cicatrices peuvent s'observer à la suite de zones parfaitement simples, très régulièrement soignées, et résultent de l'évolution spéciale des lésions du zona, qu'elles contribuent à différencier des formes vulgaires de l'herpès névropathique; à leur niveau, les téguments sont, ainsi que l'a fait voir H. Rendu, le siège d'une anesthésie absolue et persistante qui peut, au même titre que la disposition des cicatrices, servir à établir l'existence antérieure du zona.

Rappelons que la névralgie peut survivre, pendant un temps variable, au zona qu'elle a accompagné.

Complications. — Outre les accidents oculaires qui peuvent accompagner le zona ophtalmique, outre les névralgies qui peuvent succéder aux zones de tout siège et les complications locales qui peuvent se surajouter à l'éruption dans quelques cas, on peut voir survenir à la suite du zoster des complications graves du côté du système nerveux; ces complications sont surtout fréquentes à la suite du zona ophtalmique, où elles peuvent consister soit en paralysies plus ou moins persistantes des nerfs oculo-moteurs, soit en une paralysie faciale ou encore en une hémiplegie ordinairement croisée⁽¹⁾. On peut observer aussi, à la suite du zona thoracique et plus souvent à la suite du zona des membres, des atrophies musculaires⁽²⁾ ou des paralysies portant soit au voisinage de la région atteinte de zona, soit à une distance variable, mais qui presque toujours sont unilatérales. Ces diverses paralysies, rares en réalité relativement à la fréquence du zona, sont parfois légères et passagères, plus souvent graves, rebelles, ou même définitives.

Étiologie. — Le zona peut s'observer à tout âge, et, quoi qu'on en ait dit, il est loin d'être rare dans l'enfance, où il passe souvent inaperçu en raison du peu d'intensité des troubles fonctionnels à cet âge.

Survenant souvent à la suite d'un refroidissement, il peut se développer au cours de maladies diverses, de la syphilis, de la tuberculose (Leudet, Barié) dont il peut précéder l'écllosion (Lemonnier), dans la convalescence des diverses maladies infectieuses (fièvre typhoïde, variole, rougeole). S'agit-il là de causes prédisposantes ouvrant la porte à une infection secondaire ou bien la maladie infectieuse est-elle la cause de la neuropathie zostérigène? Ces questions ne peuvent être encore résolues. On peut être plus affirmatif en ce qui concerne le zona survenant au cours de certaines maladies chroniques, le diabète, le rhumatisme, etc., qui n'engendrent certainement pas le zona à elles seules, mais en facilitent seulement le développement. Par contre, les intoxications par l'oxyde de carbone (Leudet), l'arsenic (Hutchinson), dans lesquelles on observe des éruptions d'herpès d'origine nerveuse, les produisent par l'intermédiaire des névrites périphériques auxquelles elles donnent naissance, et ces éruptions zostériformes doivent être distraites du zona vrai.

Le zona serait, au dire de Dreyfous et de Letulle, particulièrement fréquent chez les membres de la famille neuropathique, prédisposés, névropathes, dégénérés, etc.

⁽¹⁾ BRISSAUD, Leçons sur les maladies nerveuses. Deuxième série, Paris 1899.

⁽²⁾ JOFFROY, Deux observations de zona et d'atrophie musculaire du membre supérieur. *Archives de physiologie*, 1882, t. IX, p. 170.

S'il en est réellement ainsi, la prédisposition résultant de l'état originel du système nerveux ne peut jamais que localiser sur un de ses départements l'infection qui aboutit à la production du zoster sans créer à elle seule la maladie zostérienne. Des maladies antérieures de la moelle, telles que la paralysie infantile, ou des déformations rachidiennes, semblent en favoriser le développement.

Un fait mieux établi est l'apparition du zona par séries correspondant le plus souvent aux mois d'avril, mai, juin et juillet. Le fait a été remarqué depuis longtemps : à l'hôpital Saint-Louis, il est bien connu qu'un zona ne se présente jamais seul à la consultation ; les statistiques de E. Besnier ont mis hors de doute cette prédilection du zona pour certains mois de l'année. De là à parler d'épidémies de zona, il n'y a qu'un pas, et, de fait, à certaines années, dans ces époques de recrudescence du zona, les cas sont assez fréquents pour que le mot ne soit pas exagéré. Kaposi, entre autres, en a publié des relations. Si l'on pouvait suivre la transmission du zona d'un sujet à l'autre, ou reconnaître plus nettement l'existence de foyers (épidémies de maisons, de pensions, etc.), le doute ne serait plus possible. Quelques faits rares de zona développés simultanément ou consécutivement chez des sujets vivant ensemble (Trousseau, Erb) ou habitant successivement un même logement (G. Walther) doivent cependant faire admettre que l'infection zostérienne peut se transmettre directement.

Anatomie pathologique. — Les lésions histologiques de la peau, au niveau des vésicules zostériennes, ont été surtout étudiées et précisées par Unna. Il résulte de ses recherches, confirmées par Darier, que ces vésicules ont un mode de développement qui leur est presque spécial et ne se rencontre, et encore avec moins de netteté, que dans la varicelle et dans la variole. Dans la plupart des processus vésiculeux, les cellules de la couche épineuse de l'épiderme s'ouvrent les unes dans les autres après s'être tuméfiées (altération vésiculaire de Leloir) ; ici, au contraire, elles n'augmentent pas de volume, deviennent troubles, prennent les réactions colorantes de la fibrine, et perdent leur adhérence entre elles. Certaines d'entre elles, devenues de véritables cellules épithéliales géantes, sont énormes, rondes et creuses comme des ballons, renfermant de 20 à 50 noyaux, produits par karyokinèse. Unna donne à cette altération le nom de dégénérescence ballonnisante ; c'est sans doute elle qui a fait croire à l'existence d'amibes, décrits dans les vésicules zostériennes par Pfeiffer et par Gilchrist.

Le liquide contenu dans les vésicules n'est pas intra-cellulaire, mais extra-cellulaire ; il renferme des cellules migratrices qui pénètrent jusque dans les cellules ballonnisées. Quant au derme, il ne présente d'après Unna que des lésions peu considérables, fait quelque peu contradictoire avec l'existence de cicatrices consécutives.

Les lésions cutanées ne sont pas les seules altérations observées dans le zona. Le système nerveux, sur lequel l'attention a été appelée par les caractères cliniques et la topographie de l'éruption, a été trouvé altéré dans toutes les autopsies. Mais ces altérations sont variables et de valeur très inégale.

Dans les premières autopsies, dues à v. Bærensprung, Charcot et Cotard, Wagner, O. Wyss, Kaposi, etc., les lésions portaient constamment sur les ganglions spinaux et consistaient en une hyperplasie de la trame ganglionnaire avec dégénérescence des cellules nerveuses, et ainsi s'établit sans conteste la théorie ganglionnaire du zona. Mais à ces autopsies, on peut reprocher l'absence

d'examen des nerfs périphériques et de la moelle ; à quelques-unes d'entre elles on peut objecter qu'elles avaient trait à des zones secondaires (cancer du rachis, mal de Pott, pachyméningite, pneumonie, etc.), qui avaient pu modifier les caractères anatomiques propres au zona.

Dans une autopsie de Chandelux⁽¹⁾, les ganglions spinaux étaient sclérosés avec disparition des cellules nerveuses ; l'examen des nerfs périphériques ne donna pas de résultats probants. Plus récemment, Pitres et Vaillard⁽²⁾ ont rapporté l'examen d'un cas de zona thoracique double trouvé à l'autopsie d'une jeune femme en même temps qu'une pneumonie, sur laquelle les renseignements cliniques font défaut ; dans ce cas, singulièrement anormal par l'existence d'une double lésion cutanée, les nerfs périphériques correspondant à un zona étaient le siège d'une névrite scléreuse avec diminution des tubes nerveux ; les ganglions rachidiens correspondants et les racines rachidiennes étaient indemnes et la moelle ne présentait pas de lésions appréciables.

Dans d'autres cas, généralement moins complètement étudiés que le précédent, il existait également des lésions des nerfs périphériques (Curschmann et Eisenlohr, etc.).

Telles sont les données, quelque peu contradictoires, fournies par l'examen nécroscopique du système nerveux.

Nature et pathogénie. — Au milieu des données confuses et contradictoires fournies par l'étiologie et l'anatomie pathologique du zona, et des caractères cliniques qui peuvent permettre de reconnaître la nature de l'affection, deux faits se dégagent.

D'abord la spécificité du zona ou du moins de certains des cas décrits sous ce nom, ensuite les relations du zona avec le système nerveux.

L'existence, au début de l'affection, de phénomènes généraux, souvent peu accusés, parfois intenses et analogues à ceux des infections en général, sa marche clinique, l'absence de récurrences, — ou en d'autres termes l'immunité produite par une première atteinte, — dans tous les cas où le zona n'est pas sous la dépendance de lésions antérieures du système nerveux, constituent déjà un ensemble d'arguments en faveur de sa spécificité. Si on ajoute son développement saisonnier, le caractère quasi épidémique que lui donne sa fréquence considérable en certaines années, la multiplicité des cas à une époque donnée, on a toute une série d'arguments qui avaient fait émettre timidement par quelques auteurs l'idée d'une analogie avec les fièvres éruptives et qui ont permis à Landouzy⁽³⁾ de formuler catégoriquement l'opinion que le zona est une maladie infectieuse et spécifique, et mérite le nom de fièvre zoster. On peut, avec cet auteur, ajouter aux précédents arguments la possibilité de la contagion dans quelques cas, rares à la vérité, mais qui seraient peut-être plus fréquents si on les recherchait et dont je crois avoir observé deux exemples. On peut encore ajouter aux arguments précédents que les tentatives expérimentales de reproduction du zona chez les animaux ont jusqu'ici toujours échoué.

La preuve de cette spécificité serait faite si on découvrait, dans les vésicules

⁽¹⁾ CHANDELUX, Observation pour servir à l'histoire des lésions nerveuses du zona. *Arch. de physiol.*, 1879, p. 674.

⁽²⁾ PITRES et VAILLARD, Contribution à l'étude des névrites périphériques non traumatiques. *Archives de neurologie*, 1885, p. 215.

⁽³⁾ LANDOUZY, *loco citato*.