

ou mieux encore au niveau même des lésions nerveuses ou dans le sang des sujets atteints de zona, un microbe spécial : les recherches faites dans cette direction n'ont donné aucun résultat : Pfeiffer, Boinet, etc., n'ont trouvé dans les vésicules du zona que des micro-organismes sans valeur et provenant de l'extérieur, comme ceux de l'herpès.

Mais pour admettre la spécificité du zona, il faut distraire de son cadre les éruptions ayant l'apparence du zona et se produisant au cours d'affections différenciées du système nerveux, telles que le tabes, les méningites, le mal de Pott, le cancer du rachis, etc. Ces *éruptions zostérisiformes*, suivant la dénomination proposée par Landouzy, sont au zona ce que les éruptions scarlatiniformes sont à la scarlatine ; elles en ont les caractères cliniques extérieurs, mais non la nature et l'étiologie spécifique.

Ce qu'il faut également remarquer c'est que le zona diffère de l'herpès : ce n'est pas un herpès à caractères spéciaux et à localisations particulières, à pathogénie différenciée ; c'est une éruption objectivement analogue à l'herpès, mais en différant par son étiologie, par ses caractères cliniques locaux et par ses lésions histologiques : les recherches de Unna, en montrant que ces dernières lésions sont très spéciales au zona et absolument différentes de celles de l'herpès, ont confirmé une donnée qui en clinique était établie par la topographie spéciale du zona et par l'existence de cicatrices consécutives.

La théorie infectieuse du zona ne préjuge en rien le mécanisme de la production de ses lésions. La clinique a démontré que ce mécanisme ne pouvait être qu'un mécanisme nerveux, depuis que Parrot, en 1856, a insisté sur les relations du zona et des névralgies et a fait remarquer la disposition de ses lésions si analogue à la distribution périphérique des nerfs. Depuis lors, il n'y a guère à noter que l'opinion discordante de Pfeiffer<sup>(1)</sup> qui attribue la topographie du zona à la distribution des artères dans la peau, opinion qui n'a guère eu d'écho et que le simple examen des territoires de distribution artérielle permet d'éliminer.

Le siège des lésions nerveuses qui produisent le zona a été des plus discutés. Les premières autopsies de zona avec examen du système nerveux ont montré des altérations de ganglions spinaux ; et on a pu décrire des zones de chaque ganglion, les zones céphaliques étant attribués à des altérations des ganglions des branches du trijumeau ; la topographie des lésions, considérée comme répondant à la distribution cutanée des nerfs périphériques, permettait aussi de superposer les zones aux nerfs provenant des ganglions atteints : les anastomoses entre les nerfs expliquaient les anomalies apparentes.

Les lésions de névrite périphérique constatées par divers auteurs et surtout par Pitres et Vaillard ont fait admettre que les nerfs pouvaient, aussi bien que les ganglions spinaux, être le siège des lésions pathogènes du zona : Besnier, à propos de cet éclectisme des théories pathogéniques, faisait remarquer qu'on s'explique difficilement qu'une maladie aussi nettement différenciée que le zona puisse indifféremment avoir son siège dans des portions différentes du système nerveux. On n'en citait pas moins à l'appui de cette opinion les éruptions zostériennes ou zostérisiformes survenues à la suite de traumatisme des nerfs, comme à la suite de lésions du système nerveux central.

Récemment, Brissaud<sup>(2)</sup>, puis Achard<sup>(3)</sup> ont fait remarquer que la topographie

(1) PFEIFFER, *Die Verbreitung des Herpes zoster längs der Hautgebiete der Arterien*, Iéna, 1889.

(2) BRISSAUD, *loco citato*.

(3) ACHARD, Sur la topographie du zona, *Bull. Société médicale des hôpitaux*, 1896, p. 246.

de l'éruption zostérienne, qu'on s'efforçait toujours de superposer aux territoires de distribution cutanée d'un nerf périphérique, ne leur correspondait pas, et que, même en appelant au secours les anastomoses des nerfs entre eux, il y avait des écarts inexplicables. Brissaud, comparant les territoires atteints par le zona aux territoires occupés par des troubles nerveux divers, montra qu'ils correspondaient aux schémas des troubles de sensibilité ressortissant aux lésions des racines rachidiennes (schémas de V. Mott pour les anesthésies consécutives aux sections des racines) ou à des troubles des centres sensitifs de la moelle (schémas de Head pour les hyperesthésies causées par des troubles viscéraux). Il fut ainsi amené à attribuer le zona à une altération de la moelle ; de même, pour le zona ophthalmique, il a incriminé une altération cérébrale, en se basant sur la coïncidence avec cette affection de paralysies d'origine manifestement pédonculaire. Rappelant le développement du système nerveux, par segments superposés auxquels Hœckel a donné le nom de métamères, et qui tiennent sous leur dépendance la formation des cordons périphériques correspondants, il a supposé que l'altération nerveuse qui produit le zona porte sur une portion de la moelle correspondant à un métamère et entraîne des lésions de l'expansion périphérique de ce métamère. La *théorie métamérique* peut s'appliquer à d'autres lésions cutanées, aux angiomes et à la sclérodémie. Elle manque encore de preuves anatomiques, la moelle n'ayant pas été l'objet de recherches suffisamment précises. Le principal reproche qu'on puisse lui faire est qu'elle ne rend pas compte de la localisation unilatérale des lésions.

**Pronostic.** — Le zona présente peu de gravité dans ses formes régulières : l'éruption une fois disparue, il ne reste aucune autre trace de son passage que les cicatrices généralement persistantes et le malade n'a pas à craindre le retour offensif de la maladie.

Cependant les complications diverses qui peuvent apparaître dans son cours ou survivre à la dermopathie en font parfois une maladie sérieuse, voire même des plus redoutables. Tels sont les lésions oculaires et les troubles cérébraux qui accompagnent le zona ophthalmique ; telles sont encore la gangrène, les hémorragies au niveau de l'éruption, telles les névralgies souvent persistantes et rebelles qui peuvent succéder au zoster quel qu'en soit le siège, telles encore les amyotrophies. Ces complications peuvent survenir inopinément, sans que rien les ait fait prévoir, dans le cours ou à la suite du zona le plus bénin en apparence. Aussi le pronostic doit-il toujours être réservé dans cette maladie, et plus encore lorsqu'elle survient chez des sujets avancés en âge ou cachectisés par une maladie antérieure, ou lorsque d'autres cas observés simultanément ont tendance à revêtir une forme maligne et grave.

**Diagnostic.** — Le diagnostic du zona est facile : la limitation unilatérale de l'éruption, la correspondance avec un territoire nerveux, les douleurs névralgiques, le caractère nettement vésiculeux de l'éruption et son évolution rapide ne prêtent guère au doute. L'embarras n'existe que dans les cas où la manifestation cutanée est réduite à son minimum : lorsqu'un ou deux groupes éruptifs représentent seuls la maladie, ils ne donnent pas à l'œil l'impression d'une affection d'origine nerveuse et si, de plus, le caractère vésiculeux de l'éruption n'est pas très apparent, ce qui arrive souvent dans ces zones avortées, ils risquent d'être pris pour une plaque érythémateuse sans importance : l'examen attentif

de la lésion, la coexistence de douleurs névralgiques, quelquefois leur persistance un peu plus prolongée que celle d'une plaque érythémateuse, et plus tard la présence de cicatrices permettront d'éviter cette erreur.

Le zona ophtalmique peut être confondu, à un examen superficiel, avec l'érysipèle de la face; il en diffère par sa limitation à une moitié du front, par l'intensité moindre des phénomènes fébriles, par la disposition des groupes de vésicules en lignes verticales rappelant le trajet des filets nerveux.

L'herpès dit *fébrile* se distingue facilement du zoster, par son siège aux lèvres, par sa bilatéralité fréquente et par la facilité avec laquelle il récidive chez certains sujets, enfin par ses relations ordinaires avec quelque maladie infectieuse nettement caractérisée ou quelque trouble plus ou moins accentué de la santé générale.

Le point le plus important du diagnostic du zoster n'est pas de reconnaître qu'il s'agit d'une éruption de plaques d'herpès en relation topographique et pathogénique avec le système nerveux, mais bien de reconnaître si cette dermatoneuse dépend de la maladie spécifique et infectieuse qui porte le nom de zoster ou si elle dépend d'une lésion plus profonde et plus durable du système nerveux (*éruptions zostériiformes*).

En premier lieu, il est facile de distinguer du zoster l'affection à laquelle on donne le nom d'herpès névralgique récidivant ou mieux d'*herpès récidivant*: une ou plus rarement deux plaques d'herpès de petites dimensions se développent sur une région toujours la même, ou sur des points symétriques, précédées ou non par une douleur névralgique parfois intense qui cède aussitôt après l'apparition de la plaque; la plaque évolue à la façon des groupes qui constituent l'éruption du zoster, mais elle ne laisse jamais de cicatrice à sa suite; en outre elle récidive à intervalles plus ou moins rapprochés.

La distinction est parfois plus difficile avec les éruptions à forme herpétique survenant au cours des maladies des centres nerveux ou des nerfs périphériques. L'existence antérieure de troubles nerveux dans le détail desquels il est impossible d'entrer ici, et dont la nature a pu être établie précédemment (tabes dorsal, méningo-myélite chronique, mal de Pott, cancer du rachis, etc.), permet de soupçonner que l'éruption à forme de zona n'est en réalité qu'un pseudo-zoster d'origine centrale; les récives fréquentes en pareil cas soit sur le territoire précédemment atteint, soit sur des territoires plus ou moins éloignés, viennent le plus ordinairement fixer le diagnostic. Inversement, une éruption zostérienne peut être la première manifestation d'une lésion du système nerveux central, le tabes par exemple s'il s'agit d'un zona intercostal ou d'un zona des membres inférieurs, la paralysie générale s'il s'agit d'un zona ophtalmique. L'étude complète des diverses fonctions nerveuses (motilité, sensibilité, réflexivité, etc.) et l'examen attentif du crâne et du rachis s'imposent donc chez tous les sujets atteints d'une affection cutanée revêtant les caractères cliniques du zoster.

Dans les névrites périphériques, on peut également observer des lésions cutanées rappelant le zoster; mais les plaques d'herpès surviennent d'une façon irrégulière, non cyclique, elles ne se produisent que sur une portion limitée du territoire d'un tronc nerveux, ou bien atteignent irrégulièrement les territoires de plusieurs troncs et s'accompagnent de troubles sensitifs prononcés et d'autres altérations cutanées trophiques ou vaso-motrices.

**Traitement.** — La thérapeutique locale d'une éruption de zoster doit être aussi simple que possible. La plupart des applications locales irritantes, astringentes, etc., auxquelles on a recouru dans le but de faciliter la réparation des lésions, n'ont abouti qu'à les aggraver et à rendre plus apparentes les cicatrices dont on espérait éviter le développement. Dans la grande majorité des cas, une large application de poudre isolante (amidon, talc, etc.), et de coton hydrophile aseptique sur la région atteinte sera le meilleur moyen de laisser les lésions cutanées se réparer. Avant la rupture des vésicules, un enduit de collodion élastique ou de pellicule à l'acétone peut protéger la peau contre les irritations extérieures; mais, lorsqu'elles sont ouvertes, on s'abstiendra de ces applications, qui aggraveraient l'infection et peut-être provoqueraient la gangrène; on pourra encore, avant la rupture des vésicules, enduire la surface de vaseline boriquée. Dans tous les cas et à toutes les périodes de la maladie, on s'abstiendra de topiques liquides et surtout de cataplasmes dont les applications sont presque toujours suivies d'ulcérations rebelles; les pommades elles-mêmes sont généralement mal supportées; les seules qui puissent être employées sont les pommades à l'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth ou au dermatol. Lorsque les plaques sont très douloureuses et très enflammées, au début de l'affection, ou après leur ulcération, on se trouvera parfois bien d'enduire les parties malades de liniment oléo-calcaire frais et aseptique.

Lorsque les ulcérations sont rebelles ou qu'il s'est produit des gangrènes, on pansera avec des poudres de charbon, de quinquina, etc.

Les douleurs névralgiques qui précèdent et accompagnent le zona nécessitent souvent une médication spéciale: la quinine, l'aconitine, la belladone, la valériane, le gelsemium pourront les calmer. Lorsqu'elles sont rebelles et qu'elles persistent après la cicatrisation complète des lésions cutanées, mais seulement alors, on peut recourir aux pommades calmantes, au stypage ou aux traitements thermaux (Néris, Plombières, etc.). Quant aux injections de morphine, elles doivent être proscrites du traitement de ces névralgies prolongées, en raison même de leur longue durée et de la possibilité du développement de la morphinomanie.

Les complications oculaires du zona ophtalmique seront soumises à un traitement régulier qui relève de l'oculistique.

Les parésies et les atrophies musculaires seront combattues par l'emploi de l'électricité.

## V

## LES DERMATOSES BULLEUSES

La classification et la nosologie des affections bulleuses restent, malgré de nombreux travaux, parmi les questions les plus obscures de la dermatologie.

Le nom de *pemphigus*, qui sert à désigner quelques-unes d'entre elles, a reçu de certains auteurs une extension telle, qu'il avait fini par perdre tout sens précis. Bazin lui-même considérait ce terme comme presque équivalent à celui de dermatose bulleuse et décrivait des pemphigus de cause externe ou locale et des pemphigus de cause interne. La signification abusive donnée à cette dénomination a provoqué un travail de démembrement qui se poursuit encore à l'heure