

celles-ci, l'action du froid extérieur. Une chaleur excessive ne conviendrait pas non plus; car, les démangeaisons qu'elle suscite ou exagère, gênantes par elles-mêmes, peuvent en outre, par le grattage qu'elles provoquent, rendre plus facile l'érosion ou l'ulcération cutanée, qu'il faut éviter autant que faire se peut. Celle-ci, une fois produite, les lavages antiseptiques (eau phéniquée à 1 pour 200, ou boriquée à saturation) nous paraissent indiqués, avant l'application, que l'on doit faire 2 fois par jour sur ces plaies, de poudre d'iodoforme ou de salol.

L'usage du nitrate d'argent solide peut devenir nécessaire, soit pour aviver, exciter les plaies sanieuses, blafardes ou atoniques, soit pour réprimer les bourgeons exubérants, au moment où tend à se produire la cicatrisation. Enfin, un traitement général est souvent indispensable. Le fer et le quinquina, dans l'anémie; l'iodure de potassium, dans le lymphatisme et la serofule; la liqueur de Van Swieten, précédant ou accompagnant l'iodure, dans la syphilis, trouvent, suivant les cas, leurs indications isolées, simultanées ou successives.

Les bains de mer, prescrits l'été, peuvent bien souvent prévenir ou atténuer les atteintes d'engelures, qui, sans leur intervention, surviendraient fatalement ou se produiraient plus intenses, l'hiver suivant.

Il est parfois utile, plusieurs années de suite, de recourir à ce traitement, préventif par excellence, en raison des modifications profondes qu'il apporte à l'état général et à la nutrition, en raison, aussi, de la tonification qui en résulte pour l'organisme tout entier et le tégument externe lui-même.

XVIII

ZONA

PAR M. RENÉ MILLON

Médecin des Dispensaires d'enfants de la Société philanthropique.

Le zona est une affection dont la connaissance est très ancienne. Les anciens la désignaient sous des noms variés : *ignis sacer*, *feu de Saint-Antoine*, etc. Longtemps confondue avec l'érysipèle et les dermatoses à extension progressive, elle n'est entrée dans la nosographie qu'avec Borsieri qui la décrit comme une maladie *sui generis* et lui consacra un chapitre dans ses *Institutes*. Son existence véritable ne date toutefois que du jour où l'on sut rattacher son origine à une lésion du système nerveux. Romberg, en 1851, qui signala l'influence des lésions des nerfs sur les fonctions des tissus; Lasègue (1852); Charcot (1859), montrant l'influence du système nerveux sur certaines affections de la peau et commençant ainsi l'histoire des trophonévroses; Samuel (1860), émettant la théorie des nerfs trophiques, tous ces auteurs préparèrent le terrain et facilitèrent les découvertes ultérieures. Bærensprung enfin (1861 et 1865) décrit une lésion des nerfs intercostaux et des ganglions spinaux en rapport avec le développement d'un zona thoracique. A partir de ce moment, on accorda au zona l'attention qu'il mérite. Il est impossible, en effet, à un état morbide de présenter un intérêt plus complexe : se rattachant simultanément aux dermatoses, aux lésions du système nerveux périphérique et central et aussi aux maladies infectieuses, son intérêt grandit chaque jour.

Chez l'enfant, on ne s'est pourtant jamais beaucoup intéressé à cette maladie, qui, d'ailleurs, se présente avec des caractères atténués et une bénignité évidente. Généralement les traités ne lui accordent qu'une brève mention et c'est à peine si quelques auteurs se sont particulièrement occupés de cette question. Bierbaum¹ lui consacre, par deux fois, une courte étude. Lee² en fait une monographie spéciale. Bohn³ s'en occupe à plusieurs reprises et en trace une esquisse dans le manuel de Gerhardt. Signalons encore Kaposi⁴ et plus récemment Taylor⁵. En France, Trousseau, Hardy, parlant du zoster en général, donnent de bons aperçus de sa variété infantile; Fabre⁶, de Commeny, dans son mémoire bien connu, en présente un certain nombre d'observations; Henri Leroux, dans l'article du *Dictionnaire encyclopédique*, et M. Descroizilles, dans son *Traité des maladies des enfants*,

⁽¹⁾ BIERBAUM. *J. f. Kinderkr.* Erlang., 1860 et 1865.⁽²⁾ LEE. On herpes zoster in children. *Med. Press et Circ.* London, 1868, XLV, 656.⁽³⁾ BOHN. *Jahrb. f. Kinderh.* Leipzig, 1868-1869, II, et art. MAL. DE LA PEAU, in *Handbuch der Kinderkr. von Gerhardt*. Nachtrag, 1885.⁽⁴⁾ KAPOSI. Bemerk. zur Etiologie des Zoster. *Wien. med. Wochenschr.*, 1889.⁽⁵⁾ TAYLOR. Herpes zoster in children. *Phila. Polycl.*, 1894, III, p. 511.⁽⁶⁾ FABRE. *Mém. sur le zona*. Paris, 1882.

font de la maladie un tableau assez net, mais c'est M. Comby¹ qui dégage la véritable physionomie de cette affection dans le jeune âge et montre combien, au point de vue clinique, elle se différencie de ce que l'on observe chez les adultes et les vieillards.

Malheureusement, le zona est une maladie assez rare et, quelque soin que l'on ait apporté à son étude, on ne possède encore sur sa pathogénie, sur ses complications, sur ses rapports avec les affections du système nerveux que des documents très incomplets. Sur ces points, il faut s'en rapporter à ce qui a été publié chez l'adulte.

Pour l'ensemble de cette étude, j'ai pu grouper 84 observations de zona chez les enfants qui se décomposent ainsi : 18 viennent du mémoire de M. Fabre, 55 sont dues à M. Comby, 5 à M. Coulon², 2 à M. Cesare Cattaneo³, 1 à M. Gevaert⁴ et 27 sont des faits observés personnellement. Ce chiffre déjà respectable, mais encore très insuffisant, m'a permis de vérifier ce qui a été écrit sur le sujet et d'en montrer les caractères principaux en insistant sur les symptômes, l'étiologie et la pathogénie.

Symptômes. — La symptomatologie du zona chez l'enfant ne varie que par des nuances de celle du zona chez l'adulte. C'est, de part et d'autre, une affection caractérisée par l'éruption d'une trainée vésiculaire en forme de bande et en rapport avec une distribution nerveuse. Les principales différences résident dans l'atténuation des phénomènes douloureux et dans l'appréciation de certains signes généraux. C'est pourquoi nous allons prendre et examiner successivement l'éruption, la douleur, les signes généraux, la fièvre en particulier.

Éruption. — L'éruption est précédée généralement de plaques rouges. C'est une maculation à grandes taches sur le trajet que doit occuper la trainée vésiculeuse. Bientôt surviennent de légères papules, puis apparaissent les vésicules caractéristiques. Celles-ci se produisent par groupes, en véritables bouquets et ce sont ceux-ci qui, se groupant en trainée, donnent à l'éruption sa forme générale en bandelette.

L'éruption ne se fait jamais d'emblée dans sa totalité, mais, chez l'enfant, le peu de réaction produite et l'absence de douleur font souvent découvrir un zona dans son état définitif. Kaposi a bien montré que si tous les éléments sont contemporains sur chaque groupé, tous les groupes ont une apparition successive à plusieurs heures, même à plusieurs jours d'intervalle les uns des autres. Les poussées nouvelles sont, comme les premières, précédées de la rougeur caractéristique, mais la transformation de l'élément primitif en vésicule n'est pas obligatoire. Il n'est pas rare que, en partie ou en totalité, le zona, chez l'enfant, reste à l'état maculeux ou papuleux.

Lorsqu'elle se produit, la vésicule, au début, est nette, ferme, brillante et nacrée. Elle peut conserver longtemps cet état, se flétrir et se sécher sur place, c'est assez fréquent chez les enfants. Elle peut se rompre spontanément ou être crevée par les pressions et les grattages. Il arrive quelquefois

(¹) COMBY. *Union méd.*, 1885. — *Revue des mal. de l'enf.*, 1889. — *Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1891.

(²) COULON. Obs. de zona infantile, in *Méd. infant.*, juillet 1895.

(³) CESARE CATTANEO. *La Pediatria*, mai 1901.

(⁴) GEVAERT (de Middelkerke). *Arch. de méd. des enf.*, 1905.

que des vésicules, augmentant de volume, fusionnent avec leurs voisines et donnent lieu à des bulles de plus ou moins grandes dimensions sur les bords desquelles on retrouve une dentelure polycyclique, indice de leur premier état. On a signalé chez l'enfant de ces bulles qui avaient atteint la dimension d'une pièce de cinq francs.

Le contenu de la vésicule est, au début, séreux et limpide, mais il se trouble par la suite. Il peut devenir séro-purulent. Quelquefois, du fait des grattages, du sang peut se mêler au contenu et lui donner une teinte noirâtre. Chez l'adulte et le vieillard, on a relaté des formes graves, hémorragiques, mais celles-ci n'ont jamais été observées dans l'enfance.

Quand la vésicule sèche sur place, sans se rompre, on voit apparaître, en son point le plus saillant, une mince croûte. Si la vésicule est grande, cette croûte peut, au début, figurer un semblant d'ombilication. Puis les croûtes s'étendent, se fusionnent les unes avec les autres et l'éruption se trouve ainsi guérie au bout de quelques jours, par dessiccation spontanée des vésicules intactes. C'est la forme la plus habituelle dans le jeune âge. Quand, au contraire, la vésicule crève, alors survient une période de suintement qui se prolonge plus ou moins longtemps suivant le milieu, le traitement et surtout suivant que l'exulcération a été ou non infectée secondairement.

Dans les cas moyens, au bout de 8 à 12 jours, les croûtes tombent. A leur place, apparaissent des macules rosées et lisses, qui laisseront quelquefois après elles des taches cicatricielles, blanchâtres ou pigmentées, indélébiles. Ces cicatrices présentent un phénomène particulier : en l'absence de tout trouble nerveux ou complication concomitante, elles sont le siège, pendant un temps variable, d'anesthésie à la douleur. Ce phénomène peut s'observer chez l'enfant. L'anesthésie siège sur la macule cicatricielle seule; au pourtour, les téguments présentent la sensibilité normale.

Les vésicules du zona peuvent siéger sur les muqueuses; on en a signalé dans la bouche, sur le pharynx, sur les muqueuses génitales externes, sur la conjonctive. Dans cette localisation, l'état vésiculaire dure peu, il se produit très rapidement une érosion de la muqueuse, cuisante, douloureuse, à contours arrondis.

Enfin, pour en finir avec la vésicule en elle-même, Kaposi a signalé, dans tous les cas, des éléments frustes qui surviennent surtout à la fin de la période éruptive; ce sont des vésicules tardives à évolution avortée.

A part la rougeur prééruptive, les éléments zostériens peuvent occasionner des phénomènes inflammatoires locaux. Quelquefois les vésicules sont à peine cerclées d'une légère aréole rouge; d'autres fois, au contraire, il y a une infiltration très manifeste du derme. Il y a, dans ce cas, une inflammation des vaisseaux lymphatiques qui se traduit presque aussitôt par un engorgement des ganglions de la région. Cette adénopathie peut même précéder la manifestation cutanée; M. Barthélemy¹ a signalé des cas où elle aurait été nettement prééruptive.

(¹) BARTHÉLEMY. *Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 23 janvier 1892.

Les bouquets zostériens se composent d'un nombre variable de vésicules : de cinq à six à une vingtaine; leur forme générale est celle d'un groupe ovalaire ou d'une traînée régulière de un à plusieurs centimètres de long. Leur grand axe est, en général, parallèle à celui du zona tout entier. Ces bouquets vésiculeux se groupent eux-mêmes en série longitudinale avec quelques intervalles de peau saine entre eux. C'est cette disposition en bande qui a valu à la maladie le nom de zona (ou mieux d'hémizona, comme le préféraient Piorry et Hardy).

Il n'est pas rare cependant de voir quelques bouquets s'égarer en dehors de la traînée principale et quelquefois, même, dans un territoire assez éloigné et qui semble indépendant, au point de vue de la distribution nerveuse, du territoire principal. Ces groupes erratiques ne doivent pas être confondus avec ce que M. Tenneson¹ a appelé les *vésicules aberrantes* du zona et qui ont été décrites ensuite par son élève Molinié². Celles-ci sont des éléments semblables à ceux qui constituent le zona, mais isolés, distribués à une grande distance, irrégulièrement et sur toutes les parties du corps. Elles naissent successivement, pendant plusieurs jours, sont toujours en très petit nombre et passent le plus souvent inaperçues. Pour s'en rendre compte, il est nécessaire d'examiner le malade nu. Elles se rencontrent 9 fois sur 10 de zona typique et sur les enfants, aussi bien que sur les adultes. Il n'est pas rare d'ailleurs d'observer, en même temps qu'un zona véritable, de petits groupes d'herpès qui se localisent à la bouche ou aux organes génitaux.

Douleur. — On connaît l'intensité des douleurs dans le zona de l'adulte et surtout du vieillard. Celles-ci sont quelquefois très persistantes et leur gravité n'est pas en rapport avec celle de l'affection : tel zona, qui paraissait léger, peut entraîner, à sa suite, des névralgies rebelles qu'aucun traitement ne peut atténuer. Or, chez l'enfant précisément, l'appréciation de ce symptôme subjectif constitue un des éléments qui séparent le plus nettement le tableau clinique de celui de l'adulte. Autant l'affection est douloureuse chez ce dernier, autant la douleur est peu appréciable chez beaucoup d'enfants. C'est une remarque que plusieurs auteurs, Hardy, Fabre, avaient déjà faite et que M. Comby a puissamment fait ressortir.

Il y a lieu de distinguer cependant. Chez les jeunes enfants, le zona est peu douloureux, souvent il ne l'est pas du tout; mais chez les sujets au-dessus de 10 ans, au moment de l'éruption, il se manifeste une sensibilité très appréciable et qui, dans certains cas, rappelle la douleur de l'adulte. Dans le zona pectoral, notamment, ils se plaignent d'un endolorissement vague et peu précis qui rappelle plutôt le point de côté que la névralgie intercostale. Dans le zona ophthalmique, presque toujours on signale un état douloureux très manifeste. La sensibilité cutanée change quelquefois d'expression; les enfants se plaignent alors de picotements, de brûlures, souvent de démangeaisons. Ce qui manque constamment, chez l'enfant, à tout âge, c'est l'endolorissement prémonitoire de la région, de même que les

(¹) TENNESON. *Traité de dermatologie*, 1895.

(²) MOLINIÉ. *Vésicules aberrantes dans le zona. Thèse de Paris*, 1895-1896.

névralgies si intenses qui persistent même longtemps après la dessiccation et la chute des croûtes.

Symptômes généraux. — La présence ou l'absence de symptômes généraux, leur gravité plus ou moins grande est une question à laquelle on attache beaucoup d'importance, depuis qu'une opinion nouvelle a fait du zoster une maladie générale infectieuse. Auparavant, on avait noté cependant déjà quelques troubles gastriques avec un peu de fièvre. Trousseau remarquait, au nombre des accidents prodromiques, un léger malaise avec mouvement fébrile qui s'apaise ou même cesse dès que l'éruption est faite. C'est à cela généralement que se bornent les phénomènes généraux de la maladie chez les enfants; le zona s'annonce par un léger malaise, avec anorexie, embarras gastrique, état fébrile léger (Comby). Puis tout rentre dans l'ordre quand l'éruption fait son apparition. La fièvre dépasse rarement 38° ou 38°,5, elle ne persiste pas plus de 2 à 3 jours et du début de l'éruption va jusqu'à la dernière poussée des vésicules.

Plus rarement, l'état général gagne en intensité, il y a de la céphalalgie, de l'inappétence, de l'abattement, de la diarrhée ou des vomissements, et cet état peut se prolonger plusieurs jours, même après la poussée herpétique. La fièvre alors peut s'élever jusqu'à 39°, même 40°, et persister pendant la plus grande partie de la maladie. Il faut d'ailleurs distinguer la fièvre qui précède l'apparition des vésicules de celle qui résulte, soit de la suppuration des éléments, soit du retentissement de la dermite sur les ganglions lymphatiques.

Il ne faudrait pas croire cependant que l'admission des symptômes généraux dans le tableau clinique du zona doive être considérée comme une règle générale chez les enfants. Un certain nombre de zonas infantiles demeurent absolument apyrétiques et dépourvus de signes généraux. Chez beaucoup, la découverte d'un zona est un effet du hasard; l'enfant se sent si peu malade, qu'il joue et mange comme à l'ordinaire. Sur 27 cas que j'ai observés, 8 fois la fièvre et les symptômes généraux ont été assez marqués pour donner vraiment à l'affection le caractère d'une maladie générale; dans les autres observations, le zona ne s'était révélé que par ses signes locaux. On ne peut cependant, entre les cas fébriles et ceux qui ne le sont pas, noter au point de vue de la forme ou de l'évolution de l'éruption de signe distinctif.

Il faut remarquer que l'absence de signes généraux n'entraîne pas l'absence de douleur. Les deux éléments sont absolument indépendants l'un de l'autre : un zona apyrétique n'est pas forcément un zona indolore.

Marche. — La bénignité du zona chez les enfants rend l'appréciation de sa durée assez difficile. Ne souffrant pas, et les symptômes généraux s'étant rapidement amendés, l'enfant néglige de revenir à la consultation. On peut cependant évaluer que, dans les cas ordinaires, l'affection comprend de 10 à 15 jours de durée.

En règle générale, après 2 ou 3 jours de prodromes plus ou moins apparents, l'éruption se fait en 48 heures, elle dure de 3 à 5 jours, après lesquels les vésicules se recouvrent de croûtes. La période consécutive présente une

durée très variable, car elle est liée à l'état d'intégrité ou d'ulcération des vésicules zostériennes.

Il y a des cas légers qui ne durent que 3 ou 4 jours; il ne se fait alors qu'une poussée très restreinte de vésicules, encore celles-ci n'atteignent-elles pas toujours l'état adulte, beaucoup d'entre elles restent à l'état papuleux et desquamement simplement sans donner lieu à des croûtes. C'est ce que l'on appelle le *zona abortif*.

De même, il est des cas prolongés où, par suite d'une éruption successive d'éléments nouveaux, la durée de la maladie se trouve reculée d'autant. La guérison se fait alors attendre quelquefois jusqu'à la fin du troisième septénaire; mais, dans l'enfance, ces cas prolongés sont tout à fait exceptionnels.

Topographie. — Le *zona* peut se manifester dans tous les points de la surface du corps. On admet généralement que la distribution des nerfs sous-jacents au plan cutané commande la répartition des lésions. Nous verrons les objections que l'on peut soulever à ce propos. Toujours est-il que l'on groupe les zones suivant le territoire nerveux dans lequel ils apparaissent. La portion extérieure du trijumeau, le plexus cervical superficiel, les nerfs intercostaux, lombaires et honteux, les nerfs des membres représentent les principales distributions de l'éruption.

Ce qui frappe tout d'abord c'est que le *zona* est unilatéral; les vésicules terminales empiètent quelquefois sur la ligne médiane, mais de quelques millimètres seulement. Très rarement, on a signalé des zones doubles, c'est-à-dire paraissant simultanément sur l'un ou l'autre côté du corps. La lésion, alors, est généralement symétrique par rapport à l'axe du corps. On en a signalé à la face et sur le tronc: Fabre en rapporte un cas chez un garçon de 11 ans siégeant symétriquement de chaque côté de la colonne vertébrale au niveau du neuvième espace.

On a longtemps discuté pour savoir si l'exanthème se localisait de préférence sur le côté droit ou sur le côté gauche du corps. Jusqu'à Rayer, on soutenait que le *zona* est plus fréquent à gauche, mais, après lui, on a prétendu le contraire. Fabre trouve égalité des deux côtés. C'est également la conclusion de M. Comby en ce qui concerne le *zona* infantile; c'est aussi la mienne.

Quant au siège qu'il occupe, si l'on s'en rapporte aux observations rassemblées, le *zona cervical* constituerait la variété la moins fréquente. Encore serait-il rarement pur; dans presque tous les cas, on remarque des vésicules qui vont se perdre du côté de la face, de l'oreille ou de l'épaule.

Le *zona des membres* est d'une fréquence moyenne, peut-être les bras seraient-ils plus souvent atteints que les jambes. La bande zostérienne est, rarement, limitée au membre lui-même, elle participe souvent d'une éruption qui prend son point de départ au plexus cervical, aux nerfs intercostaux ou bien aux lombes ou aux régions abdomino-génitales.

Plus fréquents sont les *zonas lombo-abdominal, génital* ou *fessier*. Le premier descend par une traînée unique ou par une série de bouquets en décrivant autour du corps une courbe oblique en bas et en avant; quelque-

fois il se limite à quelques placards de topographie beaucoup moins précise. Le *zona fessier* peut exister seul, limité à un placard abondant et qui ne rappelle guère plus la disposition typique en ceinture de l'exanthème. Le *zona génital* peut descendre jusque sur le scrotum et la verge; chez les petites filles, il s'accompagne généralement de lésions muqueuses, qui occasionnent une cuisson douloureuse et un certain état de vulvite. Toutes ces variétés, d'ailleurs, sont rarement simples, elles s'entremêlent presque toujours les unes aux autres.

Le *zona pectoral*, c'est-à-dire celui qui siège au niveau des espaces intercostaux, constitue, sans contredit, chez l'enfant, la variété la plus fréquente. Il se montre à lui seul aussi fréquent que toutes les autres variétés réunies. Son étendue, variable, peut se limiter à un seul groupe ou, au contraire, s'étendre sur une longue surface, depuis la crête vertébrale jusqu'au sternum, formant ainsi la demi-ceinture caractéristique. Il ne se limite pas forcément à un seul espace, on en a vu qui, même chez de tout jeunes sujets, occupaient plusieurs espaces parallèles.

Au sujet surtout du *zona pectoral*, une remarque s'impose. Malgré l'opinion courante, malgré les lésions constatées des nerfs sous-jacents, on ne peut pas dire que, dans tous les cas, la distribution du zoster se rattache absolument à la distribution anatomique du nerf sous-jacent. Bien souvent, et c'est un fait qui n'avait pas échappé à Trousseau, il y a discordance manifeste entre le trajet nerveux et celui de l'exanthème. Ainsi, dans le *zona* de l'espace intercostal, le trajet décrit est moins oblique que le nerf: le plus ordinairement la demi-ceinture formée par l'éruption est à peu près perpendiculaire à l'axe du corps, tandis que les nerfs intercostaux sont loin de suivre un trajet analogue. Parrot et plus récemment Potain⁽¹⁾ ont essayé d'expliquer cette bizarrerie en disant que le *zona* est commandé non par le trajet des troncs nerveux, mais par celui des rameaux émanés du tronc et se rendant à la peau de la région. Cette explication est ingénieuse, mais elle ne peut vraiment rendre compte de certains désaccords de distribution.

Quant au *zona* du trijumeau, il nécessite, surtout pour la variété ophthalmique, l'ouverture d'un paragraphe spécial.

Zona du trijumeau. L'éruption sur les deux dernières branches, nerfs maxillaires supérieur et inférieur, est rare. On ne doit pas compter, en effet, au nombre des zones vrais, l'herpès si fréquent du pourtour de la bouche. Quelques auteurs, cependant, ont voulu en faire une modalité du *zona* des muqueuses; pour quelques-uns même (Ollivier, Herzog), l'amygdalite herpétique serait une forme de *zona* à répétition. L'opinion moyenne, à l'heure actuelle, admet, il est vrai, dans quelques cas, un *zona bucco-pharyngien*, mais à condition que l'éruption soit limitée exactement à une moitié de la bouche, qu'elle ait un début fébrile et qu'elle s'accompagne de douleurs. C'est ainsi qu'on a signalé un *zona* de la langue affectant une des moitiés latérales de l'organe. Chez l'enfant, on n'a encore rien signalé de pareil.

(¹) POTAIN. *Journal de méd. et chir. pratiques*, 1879.

Le zona de la première branche du trijumeau, ou *zona ophtalmique*, a été étudié plus que tout autre. Il est cependant d'une remarquable rareté. Dans l'enfance, il ne paraît pas plus fréquent que dans l'âge adulte. Hybord¹, sur 98 cas, en trouve 6 au-dessous de 10 ans et 4 de 10 à 15. D'autre part, sur 70 zonas de l'enfance, je n'ai trouvé cette localisation que 4 fois seulement. Le zona ophtalmique est remarquable par sa circonscription dans un des secteurs supérieurs de la face, sans empiéter sur la ligne médiane du front ou de la crête nasale. Il est complet ou incomplet, suivant qu'il intéresse un, deux ou trois des rameaux terminaux de la branche ophtalmique (nasal, frontal ou lacrymal). Incomplet, il occupe presque toujours le territoire frontal. Cette règle, qui avait été émise par Von Jacks², souffre des exceptions, ainsi que l'a montré Haltenhoff³. Depuis Hutchinson, on sait que les lésions de l'œil manquent rarement quand le nerf nasal externe est pris, c'est-à-dire quand les lésions siègent à la racine du nez, au-dessous de l'angle interne des paupières. Les lésions peuvent atteindre non seulement l'enveloppe externe de l'œil, mais aussi ses membranes intérieures en raison de ce que ce nerf nasal fournit directement et par l'intermédiaire des ganglions ophtalmiques des filets nerveux à l'iris, à la conjonctive et à la cornée. En tant que lésion oculaire, il faut distinguer la localisation de quelques vésicules sur la conjonctive des troubles de nutrition du globe de l'œil; la première constitue une extension normale du zoster à la muqueuse, tandis que les seconds figurent une véritable complication de la maladie et seront étudiés comme tels.

La conjonctive, en effet, est, dans les exanthèmes confluents, rarement indemne. Elle porte généralement, comme toute muqueuse, dans le territoire d'un zona, une ou plusieurs vésicules herpétiques qui s'ulcèrent rapidement. Ces lésions s'accompagnent de congestion de la conjonctive, de photophobie, d'épiphora et aussi d'anesthésie de la cornée. M. Jocs⁴ a même signalé des cas où la maladie consistait seulement en quelques vésicules d'herpès, disséminées sur la cornée; c'est ce qu'il appelle le *zona ophtalmique fruste*.

Chez l'enfant, le petit nombre d'observations recueillies ne permet pas de conclusions définitives. Ce que l'on peut dire néanmoins, c'est que, à cet âge, le zona ophtalmique n'acquiert pas l'intensité douloureuse ni l'acuité des phénomènes généraux qui le caractérisent chez l'adulte. Il est pourtant assez douloureux même chez les tout jeunes et s'accompagne de fièvre dans presque tous les cas. La localisation conjonctivale vésiculeuse manque et la réaction locale se résume en une inflammation catarrhale banale avec sécrétion muco-purulente et œdème de la paupière. Chez l'enfant comme chez l'adulte, ainsi que Hutchinson l'a fait remarquer, le zona ophtalmique est suivi, plus que dans tout autre localisation, de cicatrices indélébiles, mais celles-ci sont chez le premier beaucoup moins inévitables que chez le second.

(¹) HYBORD. *Zona ophtalmique. Thèse de Paris*, 1872.

(²) VON JACKS. *Zur Casuistik des Herpes ophtalmicus*. Breslau, 1870.

(³) HALTENHOFF. *Annales d'oculist.*, 1895.

(⁴) JOCS. *Zona opht. fruste. La clinique ophtalmologique*, juillet 1896.

Complications. — L'extension de la phlegmasie locale et l'exagération des phénomènes inflammatoires périvésiculaires occasionnent parfois des traînées lymphangitiques et exagèrent l'adénopathie ordinaire. Celle-ci peut devenir particulièrement douloureuse et en imposer pour une névralgie. D'un autre côté, à la période d'état, les mouvements de l'enfant, ses grattages amènent l'ulcération des placards, l'extension des lésions et le derme dénudé peut, comme en toutes circonstances, former une porte d'entrée à une infection strepto-staphylococcique. Mais ce ne sont là, à vrai dire, que des lésions banales pouvant se rencontrer dans toute éruption vésiculeuse.

Les véritables complications du zona sont d'un ordre plus spécial, elles ressortissent à la nature névropathique de l'affection.

Du côté des yeux, en dehors de la localisation vésiculaire possible sur la conjonctive, que nous avons signalée, ou à sa suite, peuvent se produire des ulcérations de la cornée, rebelles à la guérison, laissant longtemps après elles des taies cornéennes. D'un autre côté, le zona peut déterminer, dans les milieux de l'œil, des troubles trophiques particuliers et souvent graves. Ce sont des kératites, type de la kératite neuro-paralytique, de l'iritis et même des abcès intra-cornéens pouvant amener la fonte de l'œil. D'après Pacton¹, l'iritis serait la complication la plus fréquente; chez l'adulte on l'observerait dans un tiers des cas de zona ophtalmique. Ces altérations de l'iris et de la cornée ne précèdent jamais l'éruption; elles se montrent toujours au moment où celle-ci est à son maximum. De plus, toujours du côté des organes de la vision, on a signalé des cas où la fonction était affaiblie par amblyopie (Bowater, Vernon), atrophie de la papille (Bowmann), névrite optique. Chez l'enfant, à part l'inflammation conjonctivale ordinaire, ces complications graves sont inconnues (Hutchinson, Jessop, Dagnenet, Kalt, Antonelli).

Toutefois, j'ai observé deux fois une opacité transitoire de la cornée due à une kératite légère et Gevaert², dans le cas qu'il a rapporté, a signalé une photophobie qui a duré un mois.

Il est bien certain que les complications graves du côté des organes de la vision tiennent à des lésions sérieuses du système nervo-sensoriel. Toute l'histoire du zona, en effet, procède de la participation plus ou moins évidente du système nerveux à ses manifestations. Chez l'enfant, cette participation est presque cachée. Au premier abord, le zona apparaît comme une affection simple ayant les caractères bien nets d'une lésion locale sans gravité. Mais de ce que les phénomènes nerveux sont très atténués dans le jeune âge, il ne s'ensuit pas qu'ils soient inexistantes et, pour dégager la véritable physiologie de la maladie, il est utile d'en offrir la comparaison avec ce qui existe à un âge plus avancé.

Chez l'adulte, il est un phénomène qui domine, c'est l'importance de la douleur. Celle-ci est non seulement contemporaine de l'éruption, mais elle se manifeste aussi postérieurement et à titre de véritable complication. Il y a alors un état névralgique qui dure souvent très longtemps; chez l'en-

(¹) PACTON. *Zona ophtalmique. Thèse de Paris*, 1878.

(²) GEVAERT. *Loc. cit.*