

fant, de même que l'éruption est peu douloureuse, de même n'observe-t-on jamais de névralgie persistante.

A côté de ces névralgies, on a observé d'autres troubles de la sensibilité : c'est un mélange d'anesthésie et d'hyperesthésie occupant le territoire du nerf sur lequel siège l'éruption. On peut observer aussi de l'anesthésie douloureuse, c'est-à-dire que la peau, insensible aux excitations extérieures, devient le siège de douleurs spontanées extrêmement vives. Ce qui est remarquable, ainsi que Rendu l'a fait remarquer, c'est que ces plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie sont sans rapport absolu avec la distribution topographique nerveuse de l'éruption. Ces perturbations de la sensibilité n'existent pas chez l'enfant. Aussi n'ont-elles jamais été signalées. J'ai pu cependant noter deux fois, dans les semaines qui suivirent l'éruption, une zone d'anesthésie nette siégeant sur la cicatrice, mais sur celle-ci seulement.

A côté des troubles de la sensibilité, il faut faire une grande place aux troubles moteurs. On a commencé par signaler des paralysies des muscles de l'œil, dépendant probablement de lésions du moteur oculaire commun ou même du moteur oculaire externe et s'accompagnant de ptosis, strabisme ou mydriase. Ces paralysies durent en général peu de temps et cependant on en a signalé de fort longues. De plus, elles ne se bornent pas toujours au territoire nerveux correspondant directement à l'exanthème. On peut observer des paralysies faciales à la suite de zona cervical ou de la nuque. Hardy, Verneuil, Letulle, Strübing, Darabseth, Tryde, Rabbe¹, en ont rapporté des exemples. On a noté également des paralysies des membres et M. Brissaud a publié des cas de zona ophthalmique suivis d'hémiplégie.

Ces troubles moteurs n'ont pas de rapport avec l'intensité de l'éruption, ils peuvent survenir à la suite de zonas peu importants (G. Walter, Joffroy). S'ils ne sont pas jusqu'à présent signalés dans le jeune âge, M. W. Ebstein², qui les a particulièrement étudiés, rapporte toutefois le cas d'un garçon de 17 ans, tuberculeux héréditaire, atteint d'une insuffisance mitrale, qui, à la suite d'un zona important de la région occipito-cervicale avec propagation légère à la face, fut atteint, deux jours après, du même côté, d'une paralysie faciale; plus tard, une diminution très accusée de la sensibilité se montra dans le domaine du trijumeau.

Anatomie pathologique et pathogénie. — L'anatomie pathologique et la pathogénie du zona sont encore assez incertaines. C'est Bærensprung qui, en 1861, décrivit une lésion des nerfs intercostaux en rapport avec le développement d'un zona thoracique. En 1865, il y ajouta une lésion bien nette des ganglions spinaux avec extension de l'inflammation non vers la moelle, mais vers la périphérie. C'est sur un enfant précisément qu'il fit cette importante découverte. Il s'agissait d'une fille d'un an et demi morte de tuberculose, peu après avoir été atteinte d'un zona qui siégeait au niveau des 6^e, 7^e, 8^e nerfs intercostaux. Bærensprung trouva les ganglions correspondants tuméfiés et injectés; il existait une prolifération du tissu connectif, mais les cellules

(¹) RABBE. Paralysie faciale dans le zona. *Thèse de Paris*, 1896.

(²) EBSTEIN. *Archiv. f. path. Anat. und Phys.*, 1895.

nerveuses lui semblèrent normales. Les troncs nerveux partant de ces ganglions présentaient également des lésions portant sur les éléments conjonctifs.

Ces lésions ganglionnaires furent trouvées également en 1865 par Charcot et Cotard, puis par Wagner, Chandelux, Sattler, Kaposi. Les altérations des nerfs furent précisées par Pitres et Vaillard, qui trouvèrent des lésions allant depuis la simple segmentation de la myéline jusqu'à la destruction complète du tube nerveux avec sclérose du nerf.

La provenance du zona fut donc, pendant quelques années, attribuée à une altération d'origine indéterminée portant sur un ou plusieurs ganglions avec lésions plus ou moins marquées des nerfs efférents. Mais, peu après, l'importance de la lésion ganglionnaire fut contestée. Des recherches de Pitres et Vaillard, de Cursehmann, d'Eisenlohr, de Dubler montrèrent que des lésions des nerfs périphériques, les ganglions étant intacts, peuvent à elles seules produire le zoster. La vésiculation serait due, d'après Neisser et après lui Lesser¹, à un trouble trophique, attribuable à la suppression de certaines impressions nécessaires à la nutrition de la peau.

Des recherches plus récentes ont mené les recherches sur un autre terrain. A la suite de ponctions lombaires pratiquées dans le cours ou à la suite de zonas, on a été conduit à penser que, dans certains cas, la moelle elle-même ou ses enveloppes participent au processus morbide. En 1901, MM. Brissaud et Sicard² ont constaté la présence d'éléments lymphocytiques nombreux dans le liquide céphalo-rachidien de deux malades atteints de zona thoracique. Cette lymphocytose, après eux, a été constatée par M. Achard et M. Chauffard, mais d'une façon inconstante.

Il semble donc établi qu'à côté des zonas purement névritiques et de ceux qui prennent leur origine dans une lésion des ganglions spinaux, il existe des zonas myélopathiques, à détermination ou à retentissement médullaire ou méningé.

Cette admission d'une troisième variété anatomique du zoster n'a rien d'ailleurs qui contredise la clinique, au contraire. Plus on attache d'importance à la connaissance des complications du zona et plus on sent qu'une névrite seule, même prenant sa source dans un ganglion, ne peut rendre un compte absolu des accidents observés. En effet, il existe souvent, entre le trajet du nerf et la distribution de la lésion cutanée qui s'y rapporte, un désaccord manifeste: nous avons insisté sur ce fait dans notre description de l'éruption. Or, si ce désaccord existe, on trouve, au contraire, une concordance absolue entre la topographie du zona et celle des troubles sensitifs d'origine médullaire. D'autre part, la douleur n'est névralgique que d'apparence, elle présente rarement les points caractéristiques de Valleix (Basse-reau); de plus, elle s'accompagne de petites plaques d'hypoesthésie et d'hyperesthésie et de troubles de la sensibilité variés au voisinage de la plaque surtout; il y a dans le zona et dans la syringomyélie de grandes analogies de disposition: le zona des membres, par exemple, présenterait parfois une topographie conforme à celle de la dissociation syringomyélique de la sensi-

(¹) LESSER. *Zur Pathogenese des herpes zoster*. IV^e Congrès des dermat. allem., 1895.

(²) BRISSAUD ET SICARD. *Soc. méd. des hôp.*, mars 1901.

bilité¹. Enfin, on observe dans le zoster des douleurs symétriques, parfois même de la douleur rachidienne. Tout cela, joint à l'histoire si curieuse des complications nerveuses du zona, constitue une série d'arguments qui viennent à l'appui de la théorie de l'origine médullaire du zona primitif.

M. Brissaud², qui peut, avec M. Achard³, être considéré comme le promoteur de la théorie centrale, avait, avant même que des preuves anatomiques en aient été apportées, émis, pour expliquer la disposition paradoxale de l'éruption, l'hypothèse d'une lésion spinale étendue non pas à un seul échelon de la chaîne ganglionnaire, mais à un segment plus vaste correspondant à plusieurs ganglions superposés. Ce ne serait pas dans l'innervation telle que l'indique l'anatomie descriptive qu'il faudrait chercher la topographie du zona, mais dans les rapports embryologiques qui rattachent à chaque segment métamérique de la moelle un segment du tégument externe.

A un autre point de vue, l'unicité du zona peut être attaquée. Dès 1885, M. Landouzy, frappé à la fois des symptômes généraux accompagnant l'éruption, de la presque constante immunité conférée par la maladie, et aussi de l'observation de quelques cas où la maladie sembla revêtir une allure épidémique et même contagieuse, émit l'opinion que le zoster n'était pas une maladie locale, qu'elle était au contraire une infection spécifique. Un grand nombre de faits viennent corroborer cette opinion. Cependant, elle ne semble pas devoir rester absolue et, ainsi que l'émettait M. Gaucher, il reste jusqu'à présent établi qu'il y a deux variétés de zonas : 1° un zona d'origine centrale qui peut être primitif et infectieux ou symptomatique d'une lésion médullaire ; et 2° un zona d'origine nettement périphérique.

On a cherché quel pouvait être l'agent infectieux de la maladie et l'on a exploré le liquide des vésicules zostériennes. Pfeiffer (1889), puis Wasiliewski (1892), ont trouvé dans l'épiderme des vésicules des protozoaires auxquels ils ont dévolu un rôle pathogène, mais dont la réalité n'est même pas démontrée. D'autres auteurs ont fait les mêmes recherches ; ils ont conclu que, pendant un certain temps, le contenu de la vésicule herpétique est stérile et que, dans la suite, on n'y trouve que des espèces microbiennes banales. D'ailleurs, il paraît difficile, *à priori*, de trouver dans la lésion cutanée la cause première de l'affection. Plus intéressantes sont les recherches de MM. Achard et Lœper⁴ qui, dans deux cas de zona lombo-crural, examinant le liquide céphalo-rachidien ponctionné, ont isolé un microbe offrant les caractères de certaines variétés de coli-bacille.

Étiologie. — Le zona, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, est une affection rare. On s'est demandé longtemps s'il était plus fréquent dans les premières années de la vie ou inversement : Parrot, Caillault, Horand, croyaient le zoster plus rare chez l'enfant. Bærensprung, Bohn, Fabre, émettaient une opinion contraire. A l'heure actuelle, la proportion des cas semble égale de part et d'autre.

D'ailleurs, dans l'enfance, la fréquence de l'affection est difficile à établir.

(¹) Cf. DONGRADI. *Thèse de Paris*, 1896.

(²) BRISSAUD. *Bull. méd.*, 11 et 26 janvier 1896.

(³) ACHARD. *Soc. méd. des hôp.*, 28 février et 10 avril 1896.

(⁴) ACHARD et LœPER. *Soc. méd. des hôp.*, mars 1901.

M. Descroizilles dit en avoir vu une trentaine en dix ans d'exercice à l'hôpital ; à Prague, Steiner (1880) donne, dans la statistique de l'hôpital des enfants, le pourcentage, peut-être un peu fort, d'un cas d'herpès idiopathique sur 215 enfants hospitalisés ; d'après M. Comby, l'affection ne se rencontrerait à peu près qu'une fois sur 1000 enfants inscrits à une consultation externe ; dans le même dispensaire, j'ai fait une évaluation un peu différente : j'ai trouvé 1 zona sur 600 enfants.

On éprouve les mêmes difficultés à évaluer à peu près l'âge auquel se produit le plus souvent la maladie. Malgré les assertions de Billard, le zona peut se produire même chez de tout jeunes sujets. Bohn l'a vu sur des enfants à la mamelle, Comby à 8 et à 16 mois, Henoch à 1 an ; Lomer¹ rapporte un cas de zona chez un enfant âgé de 4 jours. En rassemblant 84 observations de zona chez les enfants, j'arrive aux résultats suivants : de 0 à 1 an, 2 cas ; de 1 à 2 ans, 2 cas ; de 2 à 4 ans, 8 cas ; de 4 à 8 ans, 26 cas ; de 8 à 12 ans, 50 cas ; de 12 à 16 ans, 16 cas. Il semble donc établi que le zoster, bien que possible, est d'une absolue rareté au-dessous de 2 ans : jusqu'à 4 ans, il est encore exceptionnel ; au-dessus de cet âge jusqu'à la douzième année, il prend une fréquence égale, pour devenir un peu plus rare passé cet âge.

La prédominance du sexe est mieux établie ; notre statistique nous donne en effet un nombre de filles double de celui des garçons. Ce résultat confirme les assertions de M. Comby et de M. Descroizilles.

Quant à la question du terrain, elle est loin d'être élucidée, dans l'enfance surtout. La détermination zostérienne étant, de toutes façons, une affection dans laquelle le système nerveux joue un grand rôle, on a recherché si la maladie ne frappait pas de préférence les sujets à hérédité névropathique. Dreyfous² et M. Letulle³ ont insisté beaucoup sur ce point en parlant du zona en général ; pour eux le zona serait une névrite spéciale, spécifique et de nature infectieuse, développée sur un terrain préparé par l'hérédité nerveuse. M. Comby a montré que fréquemment le zona sévissait sur les enfants nerveux, mais les troubles de cette nature, dans ses observations, ne consistent qu'en nervosisme assez prononcé, sans grosse tare originelle. D'autre part, M. Féré⁴ a observé quelques cas de zona chez des enfants épileptiques ; or, il ne lui semble pas que l'affection soit plus fréquente chez les individus de ce genre que chez les autres. Dans tous les cas que j'ai observés, j'ai trouvé quelquefois un nervosisme assez accusé surtout chez les filles, mais jamais je n'ai trouvé de tare névropathique vraiment appréciable.

On a incriminé aussi les troubles dyspeptiques chroniques. C'était déjà un peu l'opinion de Parrot ; Fabre, de Commentry, dit qu'il ne lui répugne pas d'admettre une certaine influence de la dyspepsie dans l'étiologie du zona. Sur 55 cas, M. Comby a trouvé 9 fois des troubles digestifs (dyspepsie ancienne, dilatation d'estomac) ; parmi ces 9 malades, 4 au moins étaient rachitiques. Sur 27 zosteres infantiles, j'ai, pour ma part, trouvé 9 fois la

(¹) LOMER. *Centralbl. f. Gynäk.* Leipzig, 1889, p. 778.

(²) DREYFOUS. *France méd.*, février 1889.

(³) LETULLE. *France méd.*, n° 9, 1889.

(⁴) FÉRÉ. *Revue méd.*, 1892, p. 595.

coïncidence de la dyspepsie chronique. A peu près un tiers des enfants porteurs de zona présenteraient donc des troubles invétérés de l'appareil gastro-intestinal. Ce qui est certain, c'est que les enfants porteurs de zona ont un habitus extérieur spécial. Ce sont pour la plupart des enfants maigres, chétifs, anémiques.

Chez l'adulte, on a signalé les rapports du zona avec le diabète (Vergely), avec le rhumatisme chronique et d'autres manifestations arthritiques. Rien de semblable ne peut s'observer chez les jeunes sujets, mais y a-t-il une relation entre l'exanthème zostérien et les pyrexies infectieuses? On a bien décrit des herpès simples à localisations diverses dans certaines maladies: coryza, angine, pneumonie; Féréol en a cité deux cas au cours du typhus et de la scarlatine, mais les observations de zona vrai bien caractérisé sont plus rares. M. Letulle¹ affirme pourtant en avoir vu assez fréquemment au début ou dans l'évolution de maladies infectieuses, et cite 9 observations au cours de grippe, scarlatine, fièvre puerpérale, lymphangite gangreneuse et même blennorrhagie. Potain² et Giraudeau³ ont signalé chacun un zona thoracique dans la défervescence d'une pneumonie. Dans le cours des maladies éruptives, à part la scarlatine déjà citée, on ne connaît que le cas rapporté par M. Adenot⁴ d'un zona radial au cours d'une rougeole. Chez l'enfant, où les pyrexies infectieuses sont pourtant si fréquentes, les observations de ce genre manquent. C'est à peine si M. Comby relate le cas d'une éruption zostérienne sur un enfant rachitique qui venait d'avoir la coqueluche et la rougeole.

Le zona a-t-il des rapports avec la syphilis? Un certain nombre d'auteurs le croient. Il existe d'ailleurs dans le cours de celle-ci des manifestations cutanées dont la distribution semble commandée par un trajet nerveux sous-jacent (syphilides zoniformes). D'après Jullien, le zona vrai ne serait pas rare chez les syphilitiques. Abbot Cautrell a même cité un cas où un zona typique thoracique droit coïncidait avec une syphilide zoniforme siégeant du côté gauche en un point absolument symétrique. Spillmann et Étienne ont vu un zona classique faire immédiatement place à une éruption papuleuse syphilitique localisée au même point. Tous ces cas concernent des adultes et des syphilis acquises, rien n'a été signalé dans le domaine de la variété héréditaire.

Les rapports du zona et de la tuberculose sont plus importants. M. Leudet⁵, de Rouen, dès 1878, attira l'attention des cliniciens sur ce point. Il est certain que les porteurs de zona sont fréquemment sinon des tuberculeux certains, au moins des hérédo-tuberculeux ou des prédisposés. M. Barié⁶ et M. Pierre Leroux⁷ ont insisté sur ce fait. Je l'ai observé plusieurs fois. En 1890, M. Lemonnier⁸, de Flers, publia même dix observations remarquables.

(¹) LETULLE. *Loc. cit.*

(²) POTAIN. *Revue neurol.*, 1894, p. 722.

(³) GIRAudeau. *Semaine méd.*, 31 mars 1897.

(⁴) ADENOT. *Revue méd.*, 1891, p. 615.

(⁵) LEUDET. *Assoc. pour l'avanc. des sciences*, 1878.

(⁶) BARIÉ. *Soc. méd. des hôp.*, 15 mai 1887 et 22 juin 1888.

(⁷) PIERRE LEROUX. *Zona chez les tuberculeux. Thèse de Paris*, 1888.

(⁸) LEMONNIER. *Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 8 mai 1890.

Sur ces dix porteurs de zonas, cinq étaient tuberculeux au moment de l'éruption et les cinq autres le devinrent postérieurement. J'avoue ne pas avoir constaté cette coïncidence fatale, bien que j'aie pu voir plusieurs de mes petits malades des mois et même des années après leur éruption.

En dehors de la question de terrain, on peut quelquefois trouver la cause occasionnelle de l'affection. Le froid a dans bien des cas été considéré comme le facteur déterminant; on a vu des zonas ophtalmiques à la suite d'un coup d'air, ce qui a longtemps fait croire à la nature rhumatismale de l'affection. Le traumatisme peut également entraîner des manifestations zostériennes, le fait est connu depuis longtemps. Rayer, en 1849, en rapportait un exemple; en 1859, Charcot en rapportait un autre; dix ans après, M. Bouchard en signalait plusieurs. C'est en s'appuyant sur des faits de ce genre que Verneuil, en 1875, établissait la théorie de l'herpès traumatique. Chez les enfants, on peut voir une éruption zostérienne succéder à un traumatisme. D'après Bohn, l'éruption pourrait faire suite surtout à un traumatisme de la région dorsale; il cite comme exemple le cas d'un garçon brocheur qui, en jouant, eut le dos plusieurs fois pressé contre le bord d'une table. M. Fabre rapporte l'observation d'un garçon de 9 ans qui tomba d'un arbre et se fit une fracture des deux os de la jambe; deux jours après apparaissait un zona douloureux et non fébrile le long de la jambe malade. M. Comby a vu un garçon de 12 ans, qui, trois semaines après une morsure de cheval, présenta au-dessus et au-dessous de la blessure et en ligne droite avec elle un zona indolore et d'une fugacité exceptionnelle. Le même auteur cite un cas plus douteux dans lequel un enfant, huit jours après une vaccination infructueuse, présenta une éruption herpétique dans le voisinage des piqûres. MM. Gaucher et Bernard¹ ont rapporté deux cas de zona traumatique dont un, mais qui était douteux, se rapporte à un enfant. Moi-même² j'en ai pu observer deux cas qui me semblent typiques. Mais beaucoup d'auteurs ne sont pas disposés à admettre ces zonas traumatiques au nombre des zonas vrais; pour eux, il s'agirait là de troubles trophiques n'ayant qu'une analogie d'expression avec le zona, maladie primitive et autonome.

On a cherché s'il existait une relation entre l'état atmosphérique et la fréquence de la maladie. Un fait certain, c'est que, à de certains moments, le zona se présente avec une réelle fréquence. Hardy avait coutume de dire qu'un zona n'entre jamais seul à l'hôpital. Il avait semblé que l'affection était plus fréquente au printemps et en automne, les séries paraissaient correspondre plus exactement aux mois d'avril, mai, juin et juillet³. Mais rien de précis ne peut être conclu. En ce qui concerne l'enfance, il n'y a pas de mois où l'on n'ait rencontré le zona; tout ce que l'on peut dire, c'est que la maladie serait plus rare en hiver et que les mois où elle a été observée avec le plus de fréquence sont: février, mai, août et octobre.

Ce qui semble plus réel, c'est que le zona peut, dans quelques cas, prendre la *forme épidémique*. Les observations les plus concluantes sont celles de

(¹) GAUCHER et BERNARD. *Soc. méd. des hôp.*, Paris, février 1901.

(²) MILLON. *Arch. de méd. des enfants*, 1901.

(³) Cf. LOMIER. *Étiologie du zona. Thèse de Paris*, 1879.

Debray¹, qui cite 10 observations de zona fébrile et s'accompagnant de symptômes généraux; il les recueillit, à la campagne, dans un périmètre restreint, 5 au mois de septembre et 5 au mois d'août de l'année suivante. Ceci tendrait à prouver qu'il y a aussi une prédisposition particulière de certains pays. En effet, il y a des contrées où cette affection est inconnue, d'autres au contraire où elle affecte une indéniable fréquence; on l'observe, par exemple, assez souvent dans le Maine-et-Loire, où on l'appelle « la sangle »; elle est aussi fréquentée à Vienne, en Autriche. Cela vient à l'appui de la théorie soutenue récemment par M. Loppé² sur l'origine tellurique de la maladie.

On a même prétendu que le zona serait contagieux. Lorry le premier émit cette opinion. Après lui, si Rayer soutenait énergiquement que le zona n'est ni contagieux ni épidémique, à la même époque Trouseau était moins affirmatif. Il avait vu en effet deux cas bien singuliers: le premier était celui d'un étudiant qui contracta un zona après avoir soigné sa mère de la même affection; le second était représenté par trois étudiants qui, habitant successivement la même chambre, présentèrent à tour de rôle un zona des plus manifestes. Depuis, M. Fischer, de Root, communiqua l'histoire de six personnes du même groupe de relations qui furent atteintes en l'espace de six semaines; un auteur allemand, M. Klamann³, rapporta l'histoire d'un enfant qui, par contact, communiqua un zona à sa mère; un Italien, M. Paggi⁴, publia une auto-observation du même genre: il contracta lui-même un zoster en soignant un malade atteint de la même affection, et dans l'un et l'autre cas la localisation de la maladie fut identique. M. Besnier admet la contagion du zona; M. Landouzy l'érige presque en principe. J'ai, en 1895⁵, publié deux observations de zona infantile dans la même famille: un frère et une sœur avaient été atteints à peu de temps d'intervalle. Mais, ainsi que je le faisais remarquer, la contagion, si elle existe, doit être bien minime, car, dans le cas que j'ai rapporté, 2 enfants sur 5 qui cohabitaient furent seuls atteints; de plus, ce fut une fillette de 2 ans et un garçon de 7 ans qui furent touchés. Or, la fillette couchait avec une sœur de 14 ans, le garçon faisait lit commun avec ses deux autres frères: ni la grande sœur, ni les frères ne présentèrent jamais aucune manifestation zostérienne. Enfin, si le zona de la fille fut fébrile et s'accompagna de symptômes généraux, celui du garçon fut apyrétique et ne porta aucune atteinte à sa santé générale.

Le zona est une affection rare en elle-même, et, de plus, on peut poser en règle qu'elle ne se manifeste qu'une fois sur le même individu. C'est là d'ailleurs un argument excellent en faveur de sa nature infectieuse. On a signalé cependant des exemples de récurrence et la possibilité du passage de la maladie à l'état chronique a été soutenue par certains auteurs, entre autres par Leudet⁶. Hardy, Letulle, Leloir, Kaposi, Possion, etc., ont, de leur

(¹) DEBRAY. Zona épidémique. *Thèse de Paris*, 1894.

(²) LOPPÉ. Congrès des soc. savantes. Sect. de méd., avril 1897.

(³) KLAMANN. *Allg. med. Centralzeitung*, 1884.

(⁴) PAGGI. *Settin dell. med. sperimentale*, septembre 1896.

(⁵) MILLON. *La méd. infant.*, 16 juillet 1895.

(⁶) LEUDET. *Arch. de méd.*, 1887.

côté, rapporté des exemples de récurrence. Chez les enfants, les observations de zoster récidivant sont plus rares encore que chez l'adulte. M. Fabre¹, de Commentry, sur 207 cas recueillis en 57 années, a vu 4 récurrences franches en dehors de ce qu'on peut appeler les zonas à répétition ou à rechutes, c'est-à-dire en dehors des cas où l'éruption une fois bien guérie et disparue se reproduit à la même place et à des intervalles plus ou moins réguliers, mais n'excédant pas douze ou quinze mois. De ces quatre observations, trois concernaient des sujets ayant eu un zona dans l'enfance. L'intervalle entre les deux manifestations avait été de neuf à dix ans.

Pronostic. — De tout ce qui précède, il résulte que, à l'heure actuelle, nous manquons de documents suffisants pour évaluer la gravité de l'affection. Les auteurs sont unanimes à proclamer sa bénignité absolue. C'est également mon avis. Seulement, en raison de la nature vraisemblablement infectieuse de certaines formes de la maladie, en raison des complications nerveuses quelquefois graves observées chez l'adulte et possibles chez l'enfant, en raison de certains caractères d'épidémicité et des rapports assez étroits du zona et de la tuberculose, nous croyons qu'il est prudent de faire quelques réserves pour l'avenir.

Diagnostic. — Le diagnostic du zona ne présente aucune difficulté dans les cas ordinaires: les signes objectifs, la disposition particulière de l'éruption, l'unilatéralité des lésions sont des signes qui suffisent à un diagnostic précis. Néanmoins, chez l'enfant, l'affection peut être méconnue, en raison de l'atténuation des symptômes subjectifs: l'absence de douleur, par exemple, peut rendre fortuite la découverte de l'éruption à sa période d'état ou de décroissance. Si le mal a été ignoré à sa période éruptive, si la lésion s'est ulcérée et si le suintement est abondant, on pourra hésiter et croire tout d'abord à un placard d'eczéma. L'absence de démangeaisons vives, la perception plutôt d'une brûlure, la localisation de l'affection, sa coexistence fréquente avec quelques troubles généraux, lèveront les doutes.

Lorsque le début est fébrile, l'éruption localisée au pourtour de l'œil ou à la racine du nez, lorsque celle-ci est précédée d'une plaque d'induration inflammatoire, on pourra croire à un début d'érysipèle; la venue de quelques vésicules ne suffira pas à lever les doutes, le fait pouvant s'observer dans l'érysipèle vésiculeux. Mais la marche de la maladie, la fixité de l'affection, sa bénignité, sa topographie unilatérale, et d'autre part l'absence de tension, d'œdème périphérique, de bourrelet spécial, seront autant de signes excellents qui conduiront au diagnostic.

Un point plus délicat consiste dans le diagnostic du zona et de l'herpès. Les deux affections sont d'ailleurs de la même famille, et certains auteurs ont voulu faire, de certaines formes d'herpès, des variétés de zona abortif ou peu étendu. Bærensprung, par exemple, considérait l'herpès labial symptomatique comme un zona facial incomplet. L'idée n'a pas prévalu et, à part quelques cas rares de zonas bucco-pharyngiens, on s'accorde à reconnaître que l'herpès muqueux ou paramuqueux est une manifestation à part, dis-

(¹) FABRE (de Commentry). Communication à l'Acad. de méd. de Paris, 21 avril 1905.

tinete du zona proprement dit. Quant à l'herpès cutané, il débute par de la fièvre, il est vésiculeux, puis croûteux, mais on ne le prendra pas pour un zoster, car le propre de l'herpès cutané est d'être disséminé, l'éruption le plus souvent faciale est bilatérale et le groupement des vésicules se fait sans ordre, sans aucun rapport avec les territoires nerveux.

Traitement. — Le traitement du zona chez les enfants est simple et doit être simple. Chez l'adulte, la fréquence et l'intensité des accidents douloureux ont pu faire recourir à des thérapeutiques complexes et jusqu'à l'application des courants induits (Balkley, Fauque). Rappelons que dans le temps on attaquait les vésicules en les incisant, les brossant ou les cautérisant (méthode ectrotique) pour obtenir l'avortement de la lésion et la préservation des accidents nerveux tardifs.

Chez l'enfant, il ne peut s'agir de rien de semblable. Il paraît que le collodion, appliqué sur l'exanthème (Wilson, 1848, Méran, Vidal) dans les deux premiers jours de son apparition, préserve les vésicules, les empêche de s'ulcérer et les fait se flétrir plus vite. Généralement ce moyen sera inutile, si on laisse évoluer la lésion toute seule.

Le traitement le plus indifférent est le meilleur (Bohn). Aujourd'hui, on a simplement recours à quelques pommades antiseptiques ou desséchantes: vaseline boriquée, pommade à l'oxyde de zinc; je me suis bien trouvé de l'emploi d'une vaseline à l'oxyde de zinc et au sous-gallate de bismuth (dermatol). Souvent même, ces corps onctueux sont inutiles et même nuisibles et l'on revient au traitement cher à Hardy, qui consiste simplement en topiques pulvérulents, poudres composées où l'oxyde de zinc entre pour une bonne partie. On poudre le zona et l'on recouvre le tout d'une couche de coton hydrophile. On maintient le pansement par un bandage et on ne l'enlève qu'au bout de 5 à 6 jours; alors la dessiccation est faite et l'on peut se servir d'une pommade antiseptique (Comby).

XIX

TUBERCULOSES CUTANÉES ET TUBERCULIDES

PAR LE D^r W. DUBREUILH

Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Les lésions de la peau que peut déterminer la tuberculose sont très variées; elles peuvent toutes s'observer dans l'enfance, et plusieurs sont des maladies presque spéciales à cet âge. On peut distinguer trois groupes dans les maladies de la peau liées à la tuberculose :

1^o Les tuberculoses vraies de la peau dans lesquelles on trouve la structure typique du tubercule, où la présence des bacilles est constante, et qui n'ont que peu ou pas de tendance à guérir spontanément. Dans ce groupe sont l'ulcère tuberculeux granuleux, le lupus tuberculeux et ses variétés, la tuberculose verruqueuse, la gomme tuberculeuse;

2^o Un groupe auquel appartiennent la plupart des lésions dénommées tuberculides, dans lesquelles on trouve des cellules géantes et la structure du tubercule, mais moins caractéristiques que dans le groupe précédent, dans lesquelles on n'a pu trouver des bacilles par l'examen microscopique, ou par l'inoculation, que d'une façon inconstante ou même exceptionnelle, et qui tendent à guérir spontanément. A cette catégorie appartiennent le lichen scrofulosorum, l'érythème induré des scrofuleux;

3^o Des lésions qui n'ont pas la structure du tubercule, qui ne contiennent pas de bacilles, mais qui surviennent généralement chez des scrofulo-tuberculeux et se rattachent évidemment à la tuberculose par un lien étiologique dont la nature est encore problématique. Ce groupe comprend les tuberculides ou scrofulides nodulaires acnéiformes, le lupus érythémateux, le pityriasis rubra de Hebra.

Il est à remarquer que la plupart de ces lésions, et surtout les deux derniers groupes, ne coïncident pas avec des tuberculoses florides et virulentes, mais avec des tuberculoses torpides et atténuées, avec ce qu'on appelle la scrofulo-tuberculose, et qu'on appelait autrefois la scrofule, mot qui mérite d'être conservé, car il désigne une forme de tuberculose tout à fait spéciale.

I. — ULCÈRE TUBERCULEUX GRANULIQUE

Cette forme d'ulcération observée et décrite à la langue par Ricord et Trélat occupe généralement la langue, les lèvres ou l'anus et les parties cutanées contiguës; elle est due à l'auto-inoculation de produits tuberculeux, crachats ou matières fécales, et elle est fort rare dans l'enfance. On n'a guère observé à cet âge que l'ulcère de l'anus, et il est alors consécutif à une entérite tuberculeuse⁽¹⁾.

(1) HARTMANN. De la tuberculose anale. *Revue de chirurgie*, 1894