

en particulier. La paralysie du *tibial antérieur* rend l'extension (flexion dorsale) et l'adduction presque impossibles. Celle du *long extenseur commun des orteils* est caractérisée par une gêne dans l'extension et l'abduction du pied; en même temps l'extension des dernières phalanges des quatre derniers orteils ne peut plus se faire. Quand le muscle *long péronier latéral* est paralysé, la voûte plantaire s'affaisse; il se produit un pied plat paralytique; le pied étant placé en extension ne peut être porté dans l'abduction. La paralysie du *court péronier latéral* ne donne pas lieu à une attitude particulière, mais elle rend impossible l'abduction du pied.

Les troubles sensitifs sont très fréquents. La sensibilité est abolie ou obtuse sur toute la face dorsale du pied, moins une petite bande interne, ainsi que sur la face externe, la moitié de la face antérieure et les deux tiers de la face postérieure de la jambe.

La paralysie du SCIATIQUE POPLITÉ INTERNE atteint les muscles de la région postérieure de la jambe et de la plante du pied; le malade ne peut plus fléchir le pied (flexion plantaire); les mouvements de flexion, d'abduction et d'adduction des orteils sont supprimés.

La paralysie isolée du *triceps sural* se traduit par la suppression de la flexion du pied et l'impossibilité pour le malade de se tenir sur la pointe; en même temps, les muscles de la région antéro-externe devenant prédominants placent le pied dans l'extension et l'abduction (pied bot talus avec tendance au valgus).

Dans la paralysie du *long fléchisseur commun des orteils*, la flexion des troisièmes phalanges des quatre derniers orteils n'est plus possible. Quand les muscles *interosseux* sont paralysés, la flexion des premières phalanges, l'extension des deuxièmes et troisièmes ne peuvent plus se faire.

Rarement le TRONC DU SCIATIQUE est atteint de paralysie; dans ce cas, l'impotence des muscles demi-tendineux, demi-membraneux, biceps fémoral, est suivie de l'impossibilité pour le malade de fléchir la jambe, de rapprocher le talon de la fesse; la rotation de la cuisse est également fort limitée. La marche devient très difficile; les muscles de la fesse servent seuls à mouvoir le membre inférieur.

Les troubles vaso-moteurs et les troubles trophiques sont assez fréquents dans les paralysies graves du sciatique.

Le **diagnostic** peut être malaisé lorsque quelques muscles seulement sont touchés; il faut alors examiner par comparaison les membres du côté opposé, et provoquer les mouvements de flexion et d'extension du pied en cherchant à constater la saillie formée par les muscles au moment de leur contraction.

La nature périphérique des accidents se reconnaît à l'abolition des réflexes, à l'apparition plus ou moins précoce de la réaction de

dégénérescence, à l'absence de troubles sphinctériens. Enfin les altérations de la sensibilité sont plus fréquentes dans les paralysies par lésion des nerfs que dans celles qui sont dues à une affection de la moelle.

PIERRE BOULLOCHE.

NÉVRALGIES

NÉVRALGIES EN GÉNÉRAL

Définition. Historique. — On ne saurait donner une définition concise de la *névralgie*; ce n'est pas une maladie, mais un syndrome clinique caractérisé par des douleurs plus ou moins vives et soudaines dans leur apparition, paroxystiques, intermittentes ou rémittentes, se faisant sentir sur le trajet d'un tronc ou d'un rameau nerveux sensitif, avec un maximum au niveau de certains points où la pression exaspère la souffrance. A la douleur, élément capital de toute névralgie, peuvent se joindre des phénomènes secondaires moteurs, vaso-moteurs, sécrétoires ou trophiques.

Cette définition s'applique spécialement aux névralgies qui surviennent dans le domaine des nerfs encéphalo-rachidiens. L'usage a prévalu d'éliminer de l'étude des névralgies les névroses douloureuses des nerfs de la vie organique.

Les diverses viscéralgies (gastralgie, entéralgie, hépatalgie, ovaralgie, etc.) se présentent en effet avec des caractères différents de ceux que nous venons d'indiquer; elles ne se limitent pas au trajet d'une branche nerveuse déterminée et l'on peut ajouter que leur localisation dans les plexus ganglionnaires est purement hypothétique. Les nerfs sympathiques ne sont pas d'ailleurs de véritables nerfs sensitifs; ils se comportent, à l'état physiologique comme à l'état pathologique, autrement que les nerfs de la vie de relation.

On ne doit pas confondre le syndrome névralgie avec la simple hyperesthésie: l'exaltation de la sensibilité qui caractérise cette dernière n'est mise en évidence que par l'action d'un excitant extérieur; dès que cet excitant cesse d'agir, la sensation anormale cesse d'être perçue. La douleur névralgique est au contraire spontanée ou, si elle est réveillée par une excitation, elle survit à cette dernière.

Le terme de névralgie a été créé par Chaussier en 1803. Cet

auteur est le premier qui ait réuni dans un même tableau les affections douloureuses des nerfs. Avant lui, la plupart des névralgies étaient confondues avec les diverses maladies dont la douleur est le phénomène dominant; seules la prosopalgie et la sciatique avaient été décrites, l'une par Arétée, l'autre par Cotugno (1764).

Dès qu'il fut isolé, le nouveau groupe symptomatique devint l'objet d'études nombreuses. Les diverses localisations des névralgies furent décrites avec soin par Valleix (1841) et par Romberg (1842); plus tard Axenfeld (1863), puis M. Rigal (1872) cherchèrent à en élucider la pathogénie. Grâce aux travaux de ses devanciers, Erb put donner en 1874, dans le Manuel de Ziemssen, une description complète des névralgies à laquelle les études ultérieures n'ont apporté que peu de modifications.

Symptômes. — La névralgie se manifeste en général brusquement par l'explosion soudaine d'une vive douleur qui présente d'emblée toute son intensité. Parfois cependant elle est précédée par des signes avant-coureurs, tels que de légers tiraillements, des picotements, des fourmillements, une sensation anormale de froid dans la région qui sera le siège du mal. Une fois installée, la névralgie se caractérise par des accès douloureux séparés par des rémissions ordinairement incomplètes.

1° *Accès.* — La *douleur* occupe le premier plan; c'est le symptôme dominant. Ses caractères sont assez variables: le malade la compare, suivant les cas, à une sensation de déchirure, d'arrachement, de morsure, de piqûre; elle est parfois lancinante, incisive ou térébrante; plus rarement c'est une sensation de vive brûlure, de fer rouge introduit dans les chairs, ainsi qu'on l'observe surtout à la suite des plaies des nerfs (causalgie). Elle est continue ou bien elle est constituée par une série d'élancements, de secousses, se succédant à intervalles très courts, mais appréciables. Elle parcourt le nerf et ses branches soit irrégulièrement et dans tous les sens, soit de la périphérie au centre ou plus rarement du centre à la périphérie.

Elle est ressentie tantôt à la surface des téguments, tantôt dans la profondeur; le malade la localise parfois dans les os. Son intensité varie d'un moment à l'autre; lorsqu'elle atteint son plus haut degré de violence, elle peut devenir atroce et arracher des cris aux malades les plus courageux. Les névralgies les plus douloureuses sont celles de la cinquième paire et du nerf sciatique.

La souffrance est exaspérée par les mouvements et en particulier par ceux de la région malade; ainsi la mastication, l'articulation des mots dans la névralgie de la face, la marche dans la sciatique, les inspirations profondes dans la névralgie intercostale augmentent les douleurs.

Le même effet est produit par l'impression du froid et parfois de la chaleur, par une mauvaise position du membre, par la pression ou par un simple frôlement de la peau. Exceptionnellement le mouvement soulage les malades; quelques-uns atténuent leurs douleurs par une compression énergique des parties atteintes, comme si cette pression avait pour effet de supprimer momentanément la conductibilité du nerf.

La névralgie peut occuper toute la sphère de distribution du nerf atteint, l'une de ses branches principales, ou seulement l'un de ses rameaux. La douleur se fait sentir en général sur toute la continuité du tronc ou du rameau atteint, de sorte que, si l'on demande au malade de préciser le siège de la souffrance, il indique nettement du bout du doigt le trajet anatomique du nerf. Plus rarement les élancements sont perçus en deux points du cordon nerveux plus ou moins distants, le trajet intermédiaire étant peu ou pas douloureux. Enfin la douleur ne reste pas toujours exactement localisée à la région primitivement atteinte.

Les irradiations ne sont pas rares. Elles se font soit à d'autres branches du même nerf (du maxillaire inférieur au maxillaire supérieur), soit à un nerf plus ou moins éloigné (d'un intercostal au trijumeau). Les douleurs irradiées surviennent principalement au plus fort des accès et prennent fin avant ce dernier; elles sont moins violentes que celles qui leur donnent naissance. Il ne faut pas confondre avec les irradiations les phénomènes d'extension et de transport des névralgies d'un tronc nerveux à un autre (de l'occipital au trijumeau ou du trijumeau au plexus brachial, par exemple).

La douleur spontanée est parfois l'unique manifestation de l'accès névralgique. Dans bon nombre de cas cependant le tableau se complète par l'apparition d'autres troubles de l'innervation.

Parmi ceux-ci les troubles *vaso-moteurs* et *sécrétoires* sont les plus communs. Lorsqu'ils sont accusés, les téguments pâlisent dès le début de l'accès; en même temps le malade éprouve dans les régions atteintes des horripilations, une sensation anormale de froid. Bientôt la pâleur disparaît pour faire place à une rougeur progressivement croissante qui devient plus ou moins vive et s'accompagne parfois d'une tuméfaction des téguments; ceux-ci deviennent alors le siège d'une sensation de chaleur et leur température s'élève parfois de quelques dixièmes de degré.

Ces phénomènes sont encore plus prononcés sur les muqueuses. Limités en général au domaine du nerf intéressé, ils peuvent s'étendre au delà. Erb admet l'existence de troubles analogues sur les gros vaisseaux; ils seraient la cause des modifications du pouls observées pendant l'accès: ralentissement des pulsations radiales,

augmentation d'amplitude au début des paroxysmes, diminution à la fin. Les sécrétions glandulaires sont souvent augmentées dans les parties où siège la névralgie : le larmolement, la salivation, l'hyper-sécrétion du mucus nasal ont frappé de tout temps les observateurs dans les diverses variétés de névralgie de la face ; la sécrétion lactée peut augmenter dans la mastodynie ; des sueurs locales ont été notées dans quelques cas ; chez certains malades la fin des paroxysmes est marquée par des sueurs généralisées profuses. Dans le même ordre d'idées il convient de signaler l'émission abondante d'urines claires et peu denses, d'urines nerveuses ; exceptionnellement la quantité des urines est diminuée.

Les *troubles moteurs*, qu'on a parfois l'occasion d'observer pendant les accès, surviennent indifféremment dans les névralgies des nerfs purement sensitifs ou dans celles des nerfs mixtes. Ce sont des phénomènes d'excitation consistant en tremblements, en secousses musculaires, en convulsions toniques ou cloniques. Les contractions musculaires involontaires dans la névralgie de la face constituent le tic douloureux ; de même on a signalé depuis longtemps dans la sciatique l'existence de crampes, de spasmes, de contractures passagères. Lorsque la névralgie siège sur un nerf mixte, les phénomènes spasmodiques se produisent ordinairement dans la sphère motrice du nerf lui-même ; mais ils peuvent aussi se produire dans le domaine d'un autre tronc nerveux (crampes des muscles innervés par le facial dans la névralgie du trijumeau) ; c'est ce qui arrive dans les névralgies des nerfs purement sensitifs. Dans le premier cas, les fibres motrices seraient atteintes en même temps que les fibres sensitives ; dans le second, les troubles moteurs auraient une origine réflexe.

Il est difficile d'étudier pendant les accès les divers *troubles de la sensibilité cutanée* susceptibles d'accompagner les névralgies : ils doivent être recherchés de préférence dans l'intervalle des paroxysmes.

Les accès douloureux ont peu de retentissement sur l'état général ; ils ne s'accompagnent pas de fièvre.

Les fonctions intellectuelles restent intactes ; très rarement et seulement dans les crises violentes ou chez des individus prédisposés, on observe quelques troubles psychiques momentanés.

L'accès dure quelques minutes, une demi-heure, parfois une heure, mais exceptionnellement davantage. Il prend fin subitement ou bien il diminue peu à peu d'intensité ; la douleur cesse de croître, puis s'atténue ; avant qu'elle ait complètement cessé, le malade éprouve une sensation de bien-être qui est quelquefois troublée par un retour offensif, mais passager, des élancements ; enfin la douleur disparaît d'une façon plus ou moins durable et le soulagement est

plus ou moins complet. Les paroxysmes les plus violents laissent après eux une sensation d'épuisement ou d'anéantissement. Les accès se reproduisent habituellement avec les mêmes caractères chez le même malade ; ils ne diffèrent que par leur intensité et leur durée. Le retour des accès se fait spontanément ou bien est provoqué par un mouvement du malade, par une irritation cutanée, par l'action du froid, par une émotion.

2° *Intervalle des accès*. — Si la douleur et les phénomènes concomitants disparaissent complètement dans l'intervalle des accès, on dit qu'il y a intermission. Le plus souvent on n'observe qu'une simple rémission, c'est-à-dire que le malade conserve dans le domaine du nerf atteint une sensation douloureuse qui peut être fort peu accentuée, mais qui fait rarement défaut ; cette douleur fixe ou diffuse, profonde et contusive, survit pendant un temps variable à la terminaison de l'accès ; elle se prolonge à mesure que la maladie vieillit et finit par occuper tout l'intervalle des paroxysmes.

Les phénomènes qui nous restent à étudier s'observent à la fois pendant les accès et dans leur intervalle ; ce sont les points douloureux, les altérations de la sensibilité cutanée et les troubles trophiques.

Si l'on explore méthodiquement avec l'extrémité du doigt tout le trajet du nerf et de ses ramifications, on constate qu'en certains points la pression détermine une vive souffrance ; celle-ci est locale, c'est-à-dire qu'au lieu de se faire sentir, suivant la loi des manifestations excentriques, dans la sphère terminale du nerf comprimé, elle est ressentie au lieu même de la pression. Les *points douloureux* de Valleix ont certains sièges de prédilection qui sont : 1° le lieu où un tronc nerveux émerge d'un canal osseux ; 2° celui où un filet nerveux traverse un muscle ou une aponévrose pour se rapprocher de la peau ; 3° celui où un nerf devient très superficiel et repose sur un plan résistant contre lequel il peut aisément être comprimé ; 4° le point où le nerf se divise et abandonne un ou plusieurs rameaux ; 5° celui où les rameaux terminaux d'un nerf viennent s'épuiser dans la peau (point d'expansion terminale). Il en résulte que pour un même nerf les points douloureux doivent théoriquement occuper constamment le même siège. Aux points classiques de Valleix, Trousseau a ajouté un autre point dit apophysaire siégeant au niveau de l'apophyse épineuse de la vertèbre au-dessous de laquelle sort le nerf atteint.

Les points névralgiques constituent autant de petits foyers distincts, de 1 à 2 centimètres carrés de surface. Leur sensibilité est ordinairement en rapport avec l'intensité des douleurs spontanées. Ils semblent parfois être le point de départ des élancements. La pression exercée

à leur niveau provoque un redoublement de l'accès; ils survivent généralement aux paroxysmes, mais en perdant de leur netteté. Leur fréquence a été diversement appréciée par les auteurs. Valleix les regardait comme constants; cette proposition est beaucoup trop absolue. Dans un certain nombre de cas les recherches les plus minutieuses ne permettent de déceler aucun point névralgique; d'autres fois ils n'existent que pendant les accès; enfin ils n'occupent pas toujours exactement les lieux de prédilection indiqués pour chaque nerf. On ne saurait cependant, avec Romberg, en nier l'existence sous prétexte que les malades cherchent parfois à soulager leurs douleurs en exerçant une forte pression avec la main sur les points d'émergence des nerfs; l'effet de la pression varie en effet essentiellement suivant la manière dont elle est pratiquée : une pression graduelle, exercée sur une large surface, peut calmer la douleur; une pression brusque avec un seul doigt ou l'extrémité d'un crayon la provoque ou l'augmente. Des divers points douloureux, les points apophysaires sont ceux qui manquent le plus rarement; même dans la névralgie du trijumeau, il existe une douleur au niveau des deux premières vertèbres cervicales.

C'est surtout dans les périodes de rémission que l'on peut étudier l'état de la sensibilité cutanée : il est presque toujours modifié. Tantôt il y a des *paresthésies*, des sensations anormales d'engourdissement, de picotement, de fourmillement, d'autant plus nettement perçues que la douleur est moins vive. Tantôt on constate de l'*hyperesthésie* ou de l'*anesthésie* dans la sphère de distribution du nerf affecté. En règle générale on peut admettre, avec Nothnagel, que dans les névralgies récentes, c'est-à-dire celles qui remontent à moins de deux mois, il y a de l'*hyperesthésie*, tandis que dans les névralgies anciennes on trouve de l'*anesthésie*. Mais il faut savoir que cette loi ne se vérifie pas dans tous les cas; les troubles de la sensibilité cutanée peuvent faire défaut, et, d'autre part, l'*anesthésie* peut être précoce. L'*hyperesthésie* s'accompagne souvent d'*hyperalgésie*, d'une véritable *dermalgie* : non seulement les simples contacts, le chaud, le froid, sont ressentis plus vivement que dans la région homologue du côté sain, mais encore ils provoquent parfois l'explosion d'une véritable douleur. De même l'*anesthésie*, phénomène plus rare, est quelquefois accompagnée d'*analgesie*; elle est habituellement peu prononcée; d'autres fois le malade ne perçoit ni les contacts ni les variations de température, ni les pincements ou les piqûres, la douleur spontanée pouvant d'ailleurs être très vive (*anesthésie douloureuse*). Il est rare que l'exaspération ou la diminution de la sensibilité cutanée s'étende à de grandes surfaces; le plus souvent elle se limite à de petites zones, de 1 à 2 centimètres carrés de superficie. Parfois cepen-

dant on a vu l'*anesthésie* ou l'*hyperesthésie* dépasser les limites de la région animée par le nerf malade et même s'étendre à toute une moitié du corps; mais il s'agissait vraisemblablement alors de phénomènes hystériques.

Les différents *troubles trophiques* susceptibles de se développer dans les névralgies appartiennent surtout aux cas invétérés; certains cependant peuvent se produire dans des névralgies récentes et franchement aiguës. Ils portent sur l'épiderme et ses dépendances, le derme, les tissus sous-cutanés, les muscles, plus rarement sur les os et les articulations. Le changement de coloration des poils, qui deviennent gris ou blancs dans le domaine du nerf affecté, a été noté plusieurs fois. Cette décoloration peut d'ailleurs n'être pas définitive; on l'a vue se produire à chaque accès et disparaître ensuite. D'autres fois les poils augmentent d'épaisseur ou bien encore ils deviennent secs, cassants et tombent. Exceptionnellement on les a vus repousser en des points qui étaient dégarnis antérieurement à la névralgie. L'épiderme peut proliférer et desquamer. La peau devient quelquefois le siège d'une pigmentation anormale; elle peut présenter de l'érythème, de l'urticaire, des bulles de pemphigus, des ulcérations, mais surtout des vésicules d'herpès (voir le *Zona*). Le *zona* présente cette particularité d'apparaître le plus souvent dans les névralgies dites simples, sans lésions nerveuses appréciables, tandis que les autres troubles de nutrition de la peau appartiennent de préférence aux névralgies symptomatiques d'une altération anatomique des nerfs. On a encore observé l'amincissement et l'aspect lisse et luisant de la peau qui semble recouverte d'un vernis transparent, la diminution de la couche graisseuse sous-cutanée ou beaucoup plus rarement son hypertrophie, la production d'œdème au moment des accès, sa disparition partielle dans leur intervalle.

L'hypertrophie du périoste et des os a été signalée. L'atrophie musculaire n'est pas rare dans les névralgies des nerfs mixtes; elle est parfois précoce.

Dans les névralgies intenses et de longue durée on observe quelquefois un certain degré de faiblesse musculaire qui peut aller jusqu'à la paralysie, sans que les fibres musculaires soient notablement atrophiées. Cette parésie ne doit pas être confondue avec l'immobilité ou la crainte des mouvements due à la douleur.

C'est seulement dans les cas graves que l'on voit survenir des troubles de l'état général, de la perte de l'appétit, de la pâleur, de l'anémie, de l'amaigrissement, un aspect cachectique. Moins rarement, il se produit des troubles généraux de l'innervation; la persistance et la violence des douleurs amènent une sorte d'érythisme du système nerveux, un état d'irritabilité tout spécial du malade et

parfois des désordres intellectuels. Toutefois, la perte de la mémoire, les troubles mentaux, la mélancolie, les idées de suicide n'ont été signalés qu'à titre exceptionnel.

L'exploration électrique des nerfs atteints de névralgie n'a conduit jusqu'ici à aucune conclusion intéressante.

Marche. Durée. Terminaisons. — Les névralgies ont une évolution aiguë ou chronique. Dans les cas aigus typiques, les accès augmentent peu à peu d'intensité, atteignent bientôt un maximum de violence où ils se maintiennent un temps plus ou moins long, puis se calment progressivement. La durée des rémissions est très variable; elle est de quelques minutes à plusieurs heures ou plusieurs jours. Plus rarement, les accès se répètent isolément, à quelques semaines ou quelques mois de distance. Inversement, ils peuvent être si rapprochés qu'ils soient pour ainsi dire subintrants; on observe ainsi des séries d'accès dans lesquelles les périodes de rémission sont extrêmement courtes et à peine appréciables. Les paroxysmes se répètent parfois à certaines heures ou à certains jours; ils peuvent être franchement périodiques.

Les névralgies ont souvent une marche envahissante: lorsqu'elles se localisent tout d'abord à une seule branche d'un nerf, il n'est pas rare qu'elles s'étendent dans la suite aux autres branches, comme si la lésion se propageait du rameau primitivement atteint au tronc et de ce dernier aux autres rameaux. De même, lorsque le nerf touché fait partie d'un plexus, il n'est pas rare que le mal attaque successivement les différentes branches de ce plexus.

Le plus souvent, la guérison survient en quelques jours ou en quelques semaines: les troubles vaso-moteurs et sécrétoires, l'anesthésie ou l'hyperesthésie cutanée, les convulsions réflexes disparaissent en même temps que la douleur sans laisser de traces. Si l'affection passe à l'état chronique, elle peut durer des mois et des années: dans ces conditions, la marche est souvent irrégulière; la maladie procède par séries d'accès, autrement dit par attaques; à mesure qu'elle devient plus ancienne, la douleur continue, les troubles de la sensibilité cutanée, les troubles trophiques s'accroissent; mais, après avoir passé par un certain nombre de périodes de rémission et d'exacerbation, la névralgie peut arriver à guérir, soit que sa cause première cesse d'agir, soit que la lésion pathogène entraîne par ses progrès la perte des fonctions du nerf ou de son noyau d'origine avec ses conséquences: anesthésie et paralysie. Enfin, dans certains cas, l'affection est tout à fait incurable et tourmente le malade jusqu'à la fin de ses jours.

Les récidives sont fréquentes: il semble qu'une première atteinte diminue la résistance locale du nerf aux causes d'excitation.

Diagnostic. — Il comprend celui de la névralgie elle-même et celui de la cause.

1° Diagnostic symptomatique. — Les douleurs névralgiques sont caractérisées par leur siège sur le trajet connu d'un tronc ou d'un rameau nerveux, par leur apparition sous forme d'accès ne reconnaissant ordinairement aucune cause, par leur intensité, l'existence de points douloureux, la présence de phénomènes moteurs, vaso-moteurs ou sécrétoires concomitants, l'absence de réaction inflammatoire locale et de phénomènes généraux en rapport avec la violence de la douleur. Lorsqu'un ou plusieurs de ces caractères font défaut, la névralgie peut être confondue avec une douleur d'une autre origine.

Les myalgies, c'est-à-dire toutes les affections douloureuses localisées aux muscles (lumbago, pleurodynie, torticollis, rhumatisme musculaire, etc.) se différencient des névralgies par leur siège sur le trajet d'un muscle, leur continuité, l'absence de paroxysmes et d'irradiations, leur exaspération sous l'influence de la contraction du muscle atteint.

Les douleurs ostéocopes des syphilitiques sont souvent symétriques et subissent des exacerbations nocturnes; comme toutes les douleurs d'origine locale (phlegmon, lésion articulaire ou osseuse, etc.), elles offrent, entre autres caractères différentiels, celui de n'être pas accompagnées de point apophysaire.

La névrite aiguë se caractérise par une douleur continue, avec exacerbation nocturne, par de la fièvre et par des phénomènes locaux de tuméfaction du nerf et de rougeur de la peau.

2° Diagnostic étiologique. — Toutes les causes d'irritation des nerfs peuvent devenir l'origine de névralgies: c'est dire combien elles sont variées et multiples. Elles sont *locales* ou *générales*; quelques-unes agissent à *distance*.

a. — Les causes locales susceptibles de donner naissance à des névralgies peuvent siéger sur les extrémités périphériques des nerfs, sur les troncs nerveux, les racines postérieures et peut-être sur les noyaux d'origine des nerfs dans les centres.

Toutes les variétés de plaies des nerfs sensitifs ou mixtes, qu'elles soient produites par des instruments piquants, tranchants ou contondants, surtout quand le nerf est incomplètement divisé, peuvent donner naissance à des accidents névralgiques de longue durée. Une lésion d'un très petit filet terminal (piqûre des doigts, saignée) suffit parfois à provoquer une névralgie dans toute l'étendue d'un tronc nerveux important. Les douleurs ont pour point de départ la plaie nerveuse ou la cicatrice qui lui a succédé; parfois elles sont rapportées subjectivement aux extrémités du nerf lésé, ainsi qu'on l'observe communément à la suite des amputations. Elles