

terme « sens musculaire », on ferait mieux de dire tout uniment « conscience de la position des membres » et « conscience des mouvements passifs ». L'essai de la conscience des mouvements passifs se fait simplement en prenant fermement des deux mains, le malade ayant les yeux fermés, l'un de ses bras ou de ses jambes et en leur imprimant d'abord de grands mouvements puis des mouvements passifs toujours de plus en plus petits, en haut, en bas, à droite ou à gauche. Le malade doit dire le sens de ces mouvements. Si l'on veut plus minutieusement instituer cette expérience, les mouvements passifs devront être exécutés dans toutes les articulations séparément (épaule, coude, hanche, genou, etc.). En général cependant, on s'en rend assez bien compte en pratiquant les mouvements passifs dans l'épaule et la hanche d'un côté. En contrôlant ces recherches chez un homme sain, on peut aisément apercevoir combien, dans les circonstances normales, le sens des mouvements passifs est précis et supérieurement fin. Le sens des mouvements passifs peut aussi être convenablement analysé en figurant dans l'air avec un membre quelconque du malade, des lettres ou des chiffres qu'il doit reconnaître les yeux fermés.

On essaie le sens de la position et de la situation des membres en donnant passivement à une extrémité une position à volonté et en engageant le malade à amener l'extrémité homologue dans une position aussi identique que possible. Mieux vaut encore de faire exécuter au malade, les yeux ouverts, un mouvement déterminé, surtout d'indiquer ou de saisir (objet) un point fixe : après quoi le malade doit fermer les yeux et faire de nouveau ce même mouvement.

Les impressions que nous venons de décrire diffèrent entièrement du sens de la vigueur déployée par les contractions musculaires, de ce qu'on appelle le « sens de la force ». En soulevant des poids, tout en éliminant autant que possible l'effet de la pesanteur sur la peau, nous parvenons avec assez de précision à distinguer un poids léger d'un poids plus lourd. Ici encore il ne s'agit pas de différences absolues, mais de différences relatives en poids ; 1/40 ajouté ou soustrait au poids primitif peut d'ordinaire être encore nettement apprécié. Le sens de la force est par conséquent un peu plus subtil que le sens de la pesanteur. Pour exclure ce dernier facteur, on fait soulever par la main un linge où les poids sont enveloppés. Aux extrémités inférieures, il n'est pas possible d'écarter entièrement les sensations inhérentes à la pesanteur.

Disons enfin que la contraction musculaire en elle-même est accompagnée d'une sensation semblable à celle que nous éprouvons quand par ex. nous soumettons nos muscles à l'action d'un courant faradique (sensibilité électromusculaire). Quoi qu'il en soit, l'exploration du sens de la contraction mus-

culaire n'a pas encore trouvé d'application pratique réelle. Il est à remarquer au contraire que, dans certaines formes de convulsions, la contraction musculaire peut devenir tellement intense, qu'elle produit une violente douleur qui dépend, selon toute apparence, de l'excitation des nerfs sensitifs intramusculaires que C. SACHS a découverts.

Au point de vue pratique, de toutes ces méthodes d'exploration l'examen du sens des mouvements passifs est bien le plus important. A cet égard on rencontre de grands troubles dans les cas avancés de tabes dorsal, puis parfois dans les autres maladies spinales et dans les paralysies cérébrales (surtout d'origine corticale). On constate assez souvent la perte complète du « sens musculaire » dans les affections hystériques graves (combinée ordinairement avec d'autres anesthésies hystériques et avec la paralysie hystérique).

## CHAPITRE DEUXIÈME

### ANESTHÉSIE CUTANÉE.

**Causes.** Sur tous les points du trajet que les impressions sensibles doivent parcourir, depuis les organes récepteurs périphériques jusqu'aux centres de perception de la couche corticale du cerveau, il peut, sous l'empire de conditions pathologiques, se produire une interruption de la transmission et par suite une anesthésie complète ou partielle de l'endroit correspondant de la peau. D'après le point où les conducteurs sensitifs sont interrompus dans leur parcours, on distingue l'anesthésie en *périphérique*, en *spinale* et en *cérébrale*. La marche anatomique précise des nerfs sensibles ne nous est pourtant connue que d'une manière très imparfaite, de façon que ce n'est qu'approximativement que nous sommes en état de décrire le chemin que suit le courant de la sensibilité dans les différentes parties du système nerveux.

On sait que les nerfs périphériques mixtes, avant d'entrer dans la moelle épinière, se partagent de telle façon, que l'ensemble des filets moteurs pénètre par les racines antérieures dans la corne grise antérieure de la moelle, tandis que les filets sensibles rencontrent leur première station terminale dans les *ganglions spinaux* (ganglions intervertébraux). Les fibres qui partent des cellules des ganglions spinaux constituent les faisceaux radiculaires postérieurs. A leur entrée dans la moelle, une partie latérale des faisceaux radiculaires postérieurs pénètre immédiatement dans la substance des *cornes grises postérieures*, tandis qu'une autre partie se portant vers le sillon médian, entre dans le segment externe (plus correctement le segment moyen, quand il s'agit



de la moelle lombaire) du cordon postérieur, c'est-à-dire dans la région des « zones radiculaires » ou du faisceau dit « *fondamental des cordons postérieurs* ». (cordon de BURDACH dans la moelle cervicale). Ces fibres pour la plupart poursuivent leur marche ascendante sans plus d'interruption dans les cornes postérieures jusqu'à ce que, à la hauteur de la moelle allongée, elles entrent en communication avec les soi-disant noyaux des cordons de GOLL et BURDACH. Or puisque, en remontant à partir de la moelle lombaire, les racines postérieures fournissent incessamment de plus en plus de fibres aux cordons postérieurs de l'axe médullaire, il s'ensuit que les fibres qui ont déjà pénétré dans la partie plus basse de la moelle sont, à mesure qu'elles s'élèvent, de plus en plus refoulées en dedans (milieu de l'axe). Par conséquent les fibres, *dérivant de la moelle lombaire et appartenant au domaine des nerfs sciatique, crural, etc.* arrivées dans la partie dorsale et cervicale de la moelle, y occupent ce segment interne du cordon postérieur qu'on désigne sous le nom de « *cordon de Goll* ». Dans la moelle lombaire il n'y a pas de cordon de Goll.

Les fibres qui partent des racines postérieures, pénètrent directement dans les cornes grises postérieures et sont difficiles à poursuivre dans leur marche ultérieure. Il paraît établi seulement, qu'aussitôt arrivées *dans la moelle, elles s'y entrecroisent*, et que probablement elles parviennent, en traversant la commissure antérieure, dans les cordons antéro-latéraux, pour remonter avec eux vers le haut. Au delà des noyaux « des cordons de GOLL et de BURDACH » les fibres à marche directe décrites plus haut, s'entrecroisent également et passant par la lame olivaire du bulbe vont se mêler aux autres fibres sensorielles. La grande masse des fibres sensibles s'achemine de là à travers la *calotte du pédoncule cérébral* vers la *capsule interne* où, dans le *segment postérieur* de celle-ci, elles débouchent dans un endroit situé en arrière de la voie motrice des pyramides (v. fig. 8). Probablement il y a, à côté des fibres de la sensibilité cutanée, d'autres fibres encore qui président à la conduction des impressions sensorielles (audition, vision, etc.).

Pour ce qui concerne finalement l'*aboutissant central* des fibres sensibles, on ne connaît non plus rien de certain à cet égard. Peut-être la circonvolution centrale postérieure et les segments des lobes pariétaux situés derrière elle, pourraient-ils être considérés comme les principaux aboutissants des voies sensibles. FERRIER, au contraire, est tenté de croire que la région de la circonvolution du corps calleux et de l'hippocampe constitue ces aboutissants.

Ces données anatomiques concordent avec les faits cliniques tantôt parfaitement, tantôt cependant d'une manière qui n'est pas tout à fait adéquate. Beaucoup de motifs tendent à prouver que les fibres qui servent de con-

ducteurs à la sensibilité cutanée sont principalement celles qui, sortant des racines postérieures, passent directement dans les cornes postérieures. Il est certain tout au moins que les maladies des cornes postérieures sont presque toujours accompagnées de troubles de la sensibilité, tandis que par contre, d'après notre expérience personnelle, les cordons de GOLL peuvent être fortement atteints sans que, du vivant du malade, on puisse constater de notables désordres du côté de la sensibilité. Il est à remarquer, surtout conformément à une observation faite depuis longtemps déjà par les physiologistes (SCHIFF) et confirmée d'ailleurs par la clinique, qu'une diminution quelque peu considérable de l'*impressionnabilité à la douleur* (analgésie) tient toujours à une participation des *cornes grises postérieures* (à comparer les expériences faites en cas de tabes et de syringomyélie). Au regard de la clinique, un fait très important c'est que les *voies de conduction sensible s'entrecroisent très promptement après leur entrée dans la moelle* avec les faisceaux correspondants du côté opposé. Car ce n'est que de cette façon que s'explique le fait positivement établi que dans la « *lésion unilatérale* » (v. y) de la moelle *le côté opposé du corps est anesthésié*. Par contre la supposition émise au point de vue expérimental par les physiologistes et les anatomistes de l'existence de fibres sensibles dans les cordons latéraux de la moelle, n'a pas encore reçu de confirmation clinique chez l'homme.

Les expérimentations clinico-anatomiques concernant les troubles de la sensibilité dans les maladies situées au-dessus de la moelle épinière sont encore très rares. Dans les affections de la voie rubanée, de la *calotte des pédoncules cérébraux*, du segment le plus reculé de la *capsule interne*, on a certainement déjà rencontré, en une série de cas, des troubles de la sensibilité. D'autre part, les données relatives aux anesthésies corticales sont à cette heure encore réellement contradictoires. Les faits d'anesthésie qui seraient produits par des altérations de la voie sensorielle centrale (voie rubanée, calotte, capsule interne) ou par celles de l'écorce cérébrale sont encore parmi les choses exceptionnelles.

Quant aux *causes spéciales de l'anesthésie*, nous rencontrons particulièrement les *anesthésies périphériques* dans les circonstances où les *organes terminants des nerfs cutanés sensibles* sont directement atteints dans leur excitabilité. Par la congélation de la peau, après l'action locale de l'éther et de substances analogues, d'acides et d'alcalis caustiques (acide phénique, etc.), de même que de certains remèdes narcotiques (cocaine, entre autres), nous voyons se produire une anesthésie cutanée qui dépend d'une altération des organes récepteurs périphériques des nerfs sensibles. C'est à cette catégorie qu'appartient l'*anesthésie* assez fréquemment observée *chez les buandières*, dont les mains et les avant-bras sont tout le long du jour exposés à l'influence du



froid, de la lessive, etc. C'est également à une origine périphérique de cette nature que sont dues les anesthésies dépendantes de *troubles de la circulation* cutanée, telles que « *Panémie spastique* » qui se déclare parfois aux mains par contraction spasmodique de petites artères.

Parmi les anesthésies périphériques, dans le sens strict du mot, il faut faire une classe à part des *anesthésies périphériques par rupture de conductibilité*, qui sont occasionnées par les lésions les plus diverses des conducteurs nerveux. Les *influences traumatiques*, la *compression des nerfs* par des néoplasmes etc., enfin les *inflammations et dégénérescences* des nerfs (*hévrites*), sont les causes les plus habituelles de cette forme d'anesthésies qui restent le plus souvent limitées au territoire d'innervation d'un ou de plusieurs nerfs déterminés. A cette classe d'anesthésies périphériques (neuritiques) appartiennent souvent encore pour la plupart celles qui se déclarent à la suite de *maladies aiguës* (typhus, diphtérie) et au cours de quelques maladies chroniques (par ex. le diabète).

Les *anesthésies spinales* sont très fréquemment observées dans les affections de tout genre de la moelle épinière, principalement dans le *tabes dorsal*, qui, ainsi que nous le verrons ci-après, atteint de préférence les racines, les cordons et les cornes postérieures de la moelle. Mais on les rencontre également assez souvent dans les *inflammations diffuses aiguës et chroniques de la moelle épinière*, dans les *compressions* et les *néoplasmes* de l'axe spinal, notamment dans la syringomyélie. En règle générale ces anesthésies sont bilatérales (*paraanesthésie*), mais se produisent aussi d'un seul côté dans les « lésions unilatérales » de l'axe spinal.

Les *anesthésies cérébrales* se présentent surtout dans les *hémorragies*, les *ramollissements en foyer* et les *tumeurs* qui ont pour siège les parties postérieures de la capsule interne. Il est clair pourtant que la conduction peut être interrompue dans l'intérieur du cerveau à tout autre endroit du trajet des filets sensibles. Quand cette anesthésie cérébrale, comme c'est fréquemment le cas, atteint la moitié du corps opposée à la lésion du cerveau, on la désigne du nom d'*hémianesthésie*. En général l'expérience nous démontre que les anesthésies cérébrales sont rarement très intenses. Leur plus haut degré est de nouveau atteint par les anesthésies hystériques qui dépendent d'un trouble de la perception des impressions sensorielles par le sensorium.

**Symptômes.** Dans beaucoup de circonstances, ce sont les malades eux-mêmes qui s'aperçoivent qu'ils sont atteints d'anesthésie. Ils remarquent qu'à certains endroits du corps ils ne perçoivent plus comme auparavant la pression des vêtements, le poids des couvertures, etc. C'est aux mains que l'anesthésie se révèle en premier lieu, les malades étant d'une manière ou d'autre empêchés de se livrer à leurs occupations. C'est ainsi par ex.

qu'ils laissent tomber les petits objets, les aiguilles à coudre et ainsi de suite. Dans d'autres cas cependant, l'anesthésie ne se découvre que par l'examen objectif qui est aussi le seul moyen de déterminer exactement l'étendue et l'intensité de l'affection. A cet effet, l'enveloppe cutanée doit être minutieusement explorée d'après les méthodes décrites dans le chapitre précédent. Il est digne de remarque que chez les hystériques surtout, l'anesthésie, alors même qu'elle est très vaste et très intense, peut souvent passer complètement inaperçue pour les malades mêmes.

Il arrive très fréquemment que ces anesthésies se combinent avec des *sensations subjectives anormales (paresthésies)* aux endroits de la peau qui sont affectés. Les malades y éprouvent une sensation de « tact émoussé », de « duvet », se plaignent de picotements, de fourmillements, etc. Il se peut même que les zones anesthésiées deviennent le siège de *douleurs vives (anesthésie douloureuse)*, quand une irritation anormale agit sur le nerf sensible dans son trajet centripète, au delà du point où sa conductibilité est interceptée. Il va sans dire qu'*indépendamment* de l'anesthésie, il peut y avoir des anomalies de la motilité et des réflexes, ainsi que des troubles vaso-moteurs de toute espèce. Nous devons une mention spéciale aux *désordres trophiques* qui se montrent parfois dans les parties anesthésiées. Il faudra revenir à différentes reprises dans la suite sur les particularités relatives à ces phénomènes. Bornons-nous pour le moment à noter que les désordres trophiques n'ont rien à faire avec l'anesthésie comme telle. Ils dépendent d'une lésion concomitante de nerfs spéciaux, trophiques ou vaso-moteurs, à moins qu'ils ne soient dus à ce que *les nocuités extérieures qui agissent sur les endroits insensibles de la peau, ne sont pas perçues à temps par les malades et ne peuvent partant pas être écartées*. Nous trouvons parfois aux parties anesthésiées, des plaies considérables, des brûlures, des eschares en voie de formation, des inflammations, etc. dont les malades ne s'aperçoivent que tardivement et qui conséquemment prennent souvent une extension peu commune.

La *mobilité volontaire* n'est nullement enrayée par l'anesthésie, si profonde qu'elle puisse être, tant que les mouvements continuent à subir le contrôle *de la vue*. Malgré cela cependant les mouvements qui exigent plus de précision sont souvent considérablement troublés par les anesthésies cutanées. C'est ainsi par ex. que les malades ayant la sensibilité émoussée aux doigts, ne savent le plus souvent plus convenablement coudre, parce qu'à tout moment l'aiguille leur échappe. Quand ils tiennent les yeux fermés au contraire, les mouvements des parties anesthésiées, alors que l'anesthésie affecte l'enveloppe cutanée et en même temps les parties internes (muscles, articulations), deviennent très incertains, les malades ayant perdu en grande partie la notion



de l'étendue et de la direction exacte de leurs mouvements. Des anesthésies très vastes de la peau qui s'allient à des anesthésies simultanées des organes des sens, ne sont pas sans exercer parfois de l'influence sur le *sensorium*. Passé quelques années, nous avons été témoin d'un cas très remarquable d'anesthésie totale de tout le corps, combinée avec de la cécité et de la surdité unilatérales. En soustrayant le malade entièrement à tous les excitants sensoriels externes par l'occlusion de l'œil et de l'oreille encore valides, on pouvait, ce faisant, à chaque fois l'endormir profondément !

Nous n'insisterons pas davantage sur les différentes formes et zones d'extension de l'anesthésie, attendu que nous en reparlerons à propos de

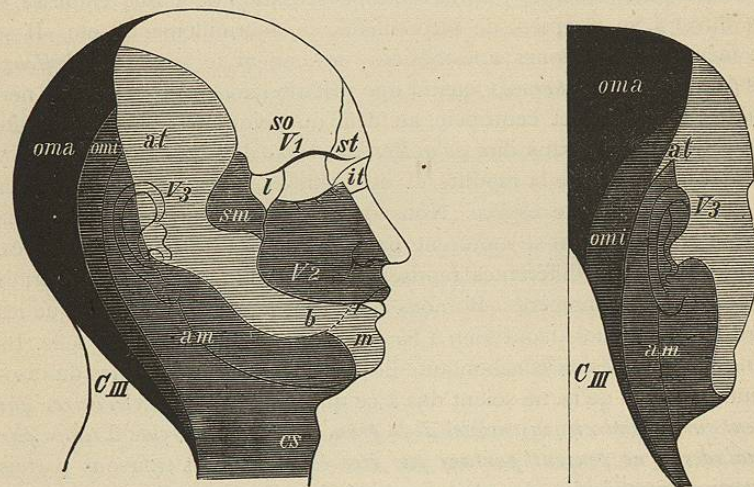


Fig. 1, 2. Distribution des nerfs cutanés sensibles à la tête.

*oma* et *omi* N. occipital grand et petit,  
*ami* N. grand auriculaire,  
*cs* N. cervical superficiel,  
*V*<sup>1</sup>, *V*<sup>2</sup>, *V*<sup>3</sup>, première, deuxième et troisième branche  
 du nerf de la cinquième paire (*V*),  
*so* N. susorbitaire,  
*st* N. susrochléaire,  
*c* N. ethmoïdal,

*ii* N. soustrochléaire,  
*l* N. lacrymal,  
*sm* N. souscutané malaire ou zygomatique,  
*at* N. auriculo-temporal,  
*b* N. buccinateur,  
*m* N. mentonnier,  
*C* Branche post. des nerfs cervicaux.

toutes les maladies particulières qui leur donnent naissance. C'est d'après la nature de la maladie fondamentale qu'il faut naturellement aussi calculer la *marche*, la *durée* et le *pronostic* de l'affection. Nous tenons seulement à ajouter encore quelques remarques sur l'anesthésie d'un nerf en particulier, sur celle qui se produit dans le domaine du trijumeau.

L'anesthésie du trijumeau s'observe en cas de tumeurs, de néoplasies syphilitiques, d'inflammations chroniques et de processus analogues situés

à la base du crâne, lesquels compriment le tronc, le ganglion de Gasser, ou une des trois branches du trijumeau, et se propagent directement le long de ces rameaux nerveux. Des lésions traumatiques du trijumeau se rencontrent aussi assez fréquemment. L'étendue de l'anesthésie, d'après que l'affection atteint le nerf tout entier ou l'une seulement de ses branches, est représentée par les figures 1 et 2. Dans l'anesthésie totale, la conjonctive et la cornée, les muqueuses nasale, buccale et linguale sont également insensibilisées du côté atteint. Il en résulte qu'il y a parfois des ulcérations sur la muqueuse de la langue et de la bouche, occasionnées par des morsures. Un intérêt spécial se rattache à une anesthésie assez fréquente du trijumeau, qui a été l'objet de nombreuses études de la part des physiologistes comme des médecins et qu'on a appelée « *ophtalmie neuroparalytique* ». Elle consiste en une kératite ulcéreuse, commençant presque toujours dans le segment inférieur de la cornée et se transformant parfois en une inflammation purulente de tout le globe oculaire. Cette affection est considérée par plusieurs comme la conséquence immédiate d'un trouble spécial des fonctions « *trophiques* ». Mais d'après des recherches expérimentales consciencieuses (SENFTLEBEN), il est beaucoup plus probable que des influences traumatiques externes en sont toujours la cause première, en ouvrant un accès facile à la pénétration des agents inflammatoires. Il n'est pas sûr qu'on ne doive pas admettre en outre une *diminution* notable de la force de résistance du tissu, en suite de la lésion nerveuse.

La peau de la face dans l'anesthésie du trijumeau est souvent un peu bouffie, cyanosée et froide au toucher. Les réflexes sont supprimés (dans l'anesthésie périphérique), la sécrétion des larmes tarit. La *faculté gustative* sur les deux tiers antérieurs de la moitié atteinte de la langue, laquelle est innervée par le nerf lingual, est presque toujours considérablement affaiblie.

**Traitement.** Cette anesthésie n'étant le plus souvent qu'un symptôme, il est évident que le traitement doit principalement et avant tout s'adresser à la maladie fondamentale. C'est pourquoi nous n'avons qu'à signaler ici les remèdes qui, au point de vue *symptomatique*, s'adressent à l'anesthésie et auxquels on peut avoir recours quand la cause réelle en est demeurée obscure ou n'est pas accessible au traitement.

Le remède capital est le *courant électrique*. On soumet les endroits insensibles de la peau au *courant faradique* (électrode ordinaire, mieux encore la *brosse faradique*) ou à la *cathode du courant galvanique*, en passant et en repassant lentement sur la peau pendant 2 à 4 minutes environ avec cette électrode. On constate parfois de l'amendement immédiatement après la séance. Les anesthésies hystériques peuvent de cette manière être guéries en peu de temps.



Outre l'électricité, on prescrit d'ordinaire des *frictions* excitantes sur la peau (alcool camphré, essence de moutarde, éther formique, essence de serpolet, etc.), puis des *bains* et des *douches locales* (chaudes ou froides) combinés avec des frictions cutanées. L'action des *remèdes internes* (par ex. la strychnine) est très problématique.

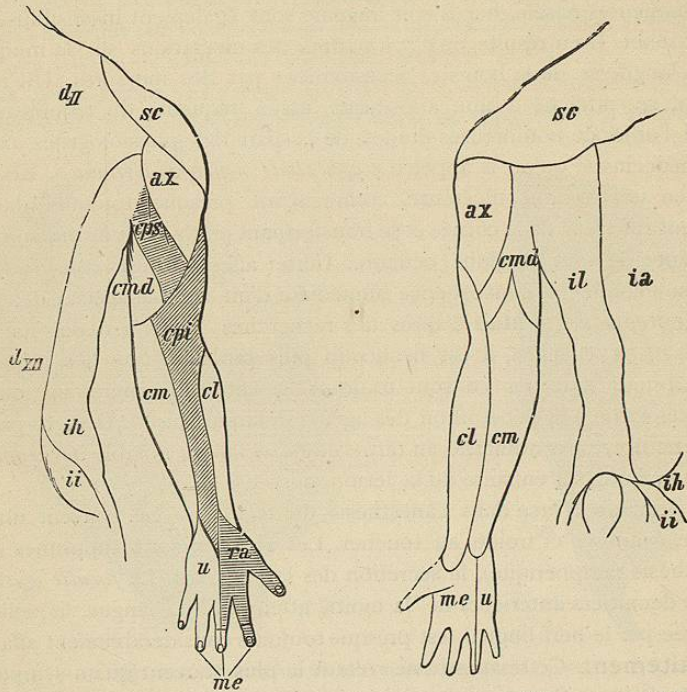


Fig. 3 et 4 (d'après HENLE). — Distribution des nerfs cutanés sensibles au tronc et à l'extrémité supérieure: fig. 3 face post., fig. 4 face ant. La partie ombrée dans la fig. 3 représente le territoire innervé par le nerf radial.

sc Nn. susclaviculaires (provenant du plexus cervical),  
ax Branche principale du nerf axillaire,  
cps, cpi Nn. cutanés post. sup. et inf. provenant du N. radial,  
ra Rameaux terminaux du nerf radial,  
cnd, cm, cl, Nn. cutanés médian, moyen et latéral,  
me N. médian,

u N. ulnaire ou cubital,  
dxi deuxième nerf dorsal,  
dxii douzième nerf dorsal,  
ih N. iléo-hypogastrique,  
ii N. iléo-inguinal,  
il Rameaux perforants latéraux,  
ia Rameaux perforants antérieurs des nerfs intercostaux.

Il est de la plus grande importance de garantir les endroits anesthésiés contre les injures extérieures. Dans l'*anesthésie du trijumeau*, il faut particulièrement veiller à préserver l'œil, autant que possible, par une occlusion palpébrale bien soignée, contre l'invasion de la kératite neuroparalytique.

Sous forme d'appendice nous faisons suivre quelques figures qui donnent un aperçu schématique de la répartition des nerfs sensibles sur la surface cutanée. Ces représentations graphiques serviront à juger des anesthésies et faciliteront le diagnostic des névralgies que nous allons décrire dans les chapitres suivants.

### CHAPITRE TROISIÈME.

#### NÉURALGIES EN GÉNÉRAL.

Quoiqu'il soit évident que toute douleur quelconque est provoquée par une excitation anormale des nerfs, nous n'en sommes pas moins autorisé à qualifier de *névralgies* une classe spéciale de douleurs. La caractéristique de ces « douleurs nerveuses » proprement dites consiste en ce que 1. elles sont perçues exactement sur le trajet et *dans le district d'innervation d'un ou de plusieurs troncs ou rameaux nerveux déterminés*, 2. qu'ordinairement elles sont d'une *intensité* très *considérable* et 3. qu'en général elles ne sont pas continues, mais présentent des rémissions et des intermissions manifestes. Souvent elles se déclarent sous forme de vrais *paroxysmes*, provoqués par des conditions déterminées ou ne pouvant être rapportés à aucune cause extérieure appréciable.

**Pathogénie et étiologie.** Très souvent la cause des névralgies est complètement inconnue. Dans d'autres cas on se trouve en présence de circonstances qu'on peut considérer, tantôt comme causes occasionnelles plus ou moins directes, et tantôt seulement comme causes prédisposantes à la genèse des névralgies. Cependant dans ces conditions mêmes, le mode intime du processus et la nature essentielle du désordre qui affecte les nerfs, échappent presque entièrement à notre connaissance. Tout au plus pouvons-nous supposer qu'il s'agit peut-être d'altérations inflammatoires légères des troncs nerveux, d'un peu d'hyperémie, d'exsudation, d'œdème, etc.

Au nombre des *causes prédisposantes* que l'observation clinique des névralgies nous a fait connaître, nous pouvons signaler les suivantes: 1. *L'âge*. Les névralgies appartiennent d'ordinaire à la période moyenne de la vie, quoiqu'elles puissent aussi se présenter chez les personnes âgées et plus rarement chez les enfants. 2. Le *sexe* exerce sa part d'influence, en ce sens que certaines formes de névralgies (par ex. la névralgie du trijumeau) se montrent de préférence chez la femme, certaines autres (par ex. la sciatique et la névralgie brachiale) plus fréquemment chez l'homme. Certaines phases de la vie sexuelle (la puberté, la grossesse, l'état puerpéral, la ménopause) favorisent également la tendance aux névralgies. 3. On attache plus d'importance à la *prédisposition neuropathique* générale qui