

A r s M e d i c a

Año X

Junio de 1934

N.º 105

El síndrome simpático cervical posterior

por el profesor

Euzière

de Montpellier.

En el año 1925 y en la Reunión Neurológica de Estrasburgo el Prof. BARRÉ habló por primera vez del síndrome simpático cervical posterior y trazó del mismo, con su claridad habitual, un cuadro clínico al que nada hay que modificar.

En la misma sesión, LERICHE y FONTAINE aportaban los resultados de algunas observaciones neuro-quirúrgicas que ponían en claro de un modo singular el mecanismo de producción del síndrome. En 1928, LIEOU, discípulo de BARRÉ, consagró su tesis a su estudio detallado. En ella daba la descripción del nuevo síndrome y estudiaba los diversos problemas que su mecanismo patogénico planteaba. Si no fuera por la que creo deplorable costumbre que hace que todo nuevo síndrome lleve el nombre de aquel que lo ha descrito, no hablaría más que del síndrome de BARRÉ o de BARRÉ-LIEOU. Pero estimo que el nombre de síndrome simpático cervical posterior propuesto por el mismo BARRÉ es preferible. Es evocador ya por sí solo del conjunto sintomático que quiere designar; lo opone netamente al síndrome cervical anterior o síndrome de Clau-

dio-Bernard Horner; y por fin, la actividad científica de mi excelente colega BARRÉ es tal, que creemos un perjuicio para él iniciar una serie de confusiones lamentables si escogemos de entre todos los signos y síndromes que puedan pretender su nombre uno con detrimento de los demás.

Desde su comunicación primera, BARRÉ ha completado la descripción del síndrome. Por otra parte, en Montpellier, mi colega TERRACOL y varios de mis discípulos, VIALLEFONT, VIDAL, LAFONT, CASTAGNE, entre otros, han aportado una importante contribución a su estudio. Cito en bloque estos nombres, pues me ha parecido siempre fastidioso llenar una exposición científica de un exceso de inútil bibliografía.

Los síntomas que constituyen el síndrome simpático cervical posterior pueden agruparse en tres grupos: *los síntomas cardinales*, que se encuentran en todos los casos y que caracterizan el conjunto clínico; *los síntomas secundarios*, menos constantes, pero a veces más manifiestos, que dan carácter a cada caso y permiten describir variadas formas clínicas; por

fin, los *síntomas asociados*, que no son otra cosa sino la asociación al síndrome simpático cervical posterior de otros síndromes debidos a las mismas causas etiológicas. Para someterlos al plan clásico de toda exposición clínica, pasaremos revista sucesivamente a estos diversos grupos de síntomas y en primer lugar a los síntomas cardinales, que son los más importantes, y por lo tanto, que hay que conocer mejor.

Estos síntomas pueden dividirse en cuatro grupos:

- 1.º Las cefaleas.
- 2.º Los vértigos.
- 3.º Los trastornos auditivos.
- 4.º Los trastornos visuales.

La *cefalea* es el primero de todos los síntomas. Es una cefalea profunda, continua, más molesta por su persistencia que por su intensidad; puede presentarse produciendo desde una sensación de vacío o de pesadez, hasta las impresiones más francamente dolorosas. Las comparaciones usadas por los enfermos son numerosas; nos hablan de pinchazos, hormigueos, martillazos, de compresión por estrujamiento. Hablando como en Languedoc, los enfermos, para describir sus males, solamente me decían *au lou pic*.

El lugar de máxima intensidad es siempre occipital, pero éste no es un carácter constante en absoluto, sino que a veces es témporo-parietal, más raramente frontal; por otra parte, puede variar en un mismo enfermo. A menudo esta cefalea está bastante netamente localizada en una región, pero puede extenderse hacia regiones vecinas y hasta irradiarse. De estas irradiaciones la más frecuente se da en la nuca, pero puede presentarse también en la cara.

He dicho ya que esta cefalea era continua, pero puede estar exacerbada por

crisis que aparecen a veces sin ninguna causa, generalmente con motivo de movimientos de la cabeza o del cuello.

Los vértigos son constantes, no presentan siempre los mismos caracteres. LIEOU distingue dos clases de los mismos: una sensación de malestar y de inseguridad que llama falso vértigo y que ha encontrado en un tercio de los casos, y una sensación de rotación o de vértigo verdadero, que se encuentra en las otras dos terceras partes. Estos trastornos no se acompañan generalmente de modificaciones claras de las pruebas vestibulares. Se dan a cada instante al dar el enfermo la vuelta a la cabeza, al bajarla o al mirar en alto. Existe un cierto paralelismo entre su aparición y la de la cefalea, y aparecen de preferencia en los momentos de las crisis de exacerbación de ésta. Su acmé es en general de corta duración desde unos segundos a unos minutos.

Los *trastornos auditivos* están sobre todo constituídos por zumbidos de oído y accesoriamente por otalgias.

Los *zumbidos* están evidentemente en relación con los vértigos, pero son más frecuentes y más duraderos, acompañan aquéllos casi siempre.

Los enfermos para describirlos nos hablan de ruidos de motores, silbidos, zumbido de abejas; y como nuestros enfermos del Languedoc son todos algo felibres, lo comparan a menudo al canto de las cigarras.

Los fenómenos *otálgicos* son bastantamente raros, bastante variables en cuanto a localización, siendo a menudo retro-auriculares.

Los pacientes, por fin, padecen *trastornos visuales*. Estos consisten sobre todo en dolores de localización retro-auricular, sensación de pesadez en el fondo de la órbita, impresión de tracción hacia atrás de los

globos oculares; todos estos fenómenos pueden ser provocados por la presión en la región occipital. Pueden sufrir brotes paroxísticos tan dolorosos, que los enfermos nos hablan de una sensación de arrancamiento de los ojos.

Los trastornos sensoriales son menos acentuados; consisten en obnubilaciones visuales, sensación de niebla, fatigabilidad de acomodación; no se acompañan nunca de modificación objetiva.

Estos son los síntomas cardinales; veamos ahora los *síntomas secundarios*. Consisten, en resumen, en una extensión o una agravación de los trastornos cardinales.

Los trastornos por extensión se observan sobre todo en la cara. Pueden aparecer los tres órdenes de manifestaciones: dolorosas, vasculares y motrices. Los enfermos experimentan a veces una sensación de hormigueo en la cara y hasta verdaderas crisis de neuralgias faciales. A menudo el dolor es provocado por la presión sobre los puntos de emergencia del trigémino, y en estos casos se ven al mismo tiempo aparecer reacciones vasomotoras intensas más o menos extensas. El dolor no es de hecho nunca rigurosamente unilateral; su localización puede ser reducida, así como también puede irradiarse hacia la región precordial y hasta epigástrica.

Las *crisis vasomotoras* de localización facial son, en efecto, muy frecuentes. Súbitamente, de manera instantánea, o a continuación de los vértigos, toda la cara enrojece y aumenta de temperatura, al mismo tiempo el enfermo experimenta una sensación de intenso escozor. Estas crisis duran de 5 a 10 minutos.

Nos parece legítimo describir como síntomas secundarios los fenómenos de *espasmos de la musculatura de la cara*. Es-

te espasmo puede ser bilateral, unilateral o quedar circunscrito a un orbicular de los párpados. Va generalmente acompañado de otras manifestaciones faciales y aparece en el momento de la exacerbación del síndrome simpático.

En este lugar hay que hablar de *trastornos oculares* más importantes que los descritos con los síntomas cardinales. Por su naturaleza no son más que una exageración de los mismos. Han sido bien estudiados en mi servicio por el doctor VIALLEFONT; no se trata de simples trastornos sensoriales o sensitivos subjetivos, sino que se encuentran fenómenos parastésicos en el territorio del oftálmico, análogos a los que se pueden encontrar, pero más raramente, en el territorio de las otras ramas del trigémino. Existe hipoestesia corneal y a veces trastornos tróficos notables, queratitis ulcerosas recidivantes cuya explicación era muy oscura antes de conocerse el síndrome cervical posterior.

Entre los síntomas secundarios tienen importancia los *síntomas faríngeos*. Han sido descritos por mi excelente colega el Prof. TERRACOL. Generalmente no son más que algunos trastornos parastésicos sin gran importancia, alguna sensación de estorbo a nivel de la faringe que desaparece con la deglución, pero en algún caso su importancia es mayor y pueden comprobarse trastornos sensitivos característicos. Los enfermos aquejan sensación de quemazón, pinchazos, hormigueos localizados en la faringe que se irradian a lo largo de las partes laterales del cuello, a veces hacia la nuca y a lo largo de la columna vertebral. A menudo el paciente tiene la sensación de un cuerpo extraño del que quiere desembarazarse: carraspea, tose, expectora, pero no obstante la sensación permanece la misma. Alguna vez el dolor se localiza en la base de la lengua y en ella pre-

senta las mismas características de desagradable o dolorosa persistencia. En un grado más avanzado se observa la sensación de bolo que asfixia, de mano que agarrota, tan a menudo causa de fenómenos ansiosos.

En un grado aun más elevado aparecen los fenómenos funcionales: la deglución, la expectoración son enormes. La aerofagia viene a complicar el cuadro y lo domina rápidamente todo. Al mismo tiempo se encuentran perversiones del gusto. Las sensaciones de dulce y amargo son transformadas, el sabor de los alimentos es notado de manera viciosa.

Por último:

Los trastornos sensitivos objetivos pueden ser puestos en evidencia, la hipoestesia faríngea se hace manifiesta, el reflejo faríngeo se embota y desaparece. Aquí también los trastornos tróficos por último aparecen: la mucosa faríngea aparece atrofiada, seca, pálida, con bandas fibrosas. Los pilares son delgados y la fosa amigdalina está casi vacía.

Al lado de los trastornos faríngeos hay que citar los *trastornos laríngeos*. BARRÉ, en su nota primera ya los menciona. En ella señala el descenso del tono de la voz, que parece velada, los estados de afonía oscilante que pueden aparecer y desaparecer súbitamente y que se encuentran con frecuencia en los enfermos de los cuales nos ocupamos.

Entre los síntomas secundarios por agravación hay que señalar también ciertos accidentes vertiginosos que dan lugar al síndrome conocido desde LERMOYER, y designado por éste con el nombre evocador de: "*El vértigo que permite oír*", BARRÉ y RIF han publicado a este respecto una observación particularmente sugestiva que permite suponer que el síndrome descrito por LERMOYER quizá sea una forma clí-

nica particular del síndrome simpático cervical posterior. En esta observación el enfermo aquejaba durante varios días crisis de zumbidos de oído y una disminución de este sentido; después apareció súbitamente un vértigo intenso, cesando con él los zumbidos y recobrando el paciente el oído. Este cuadro acompañaba a numerosos trastornos vasomotores extendidos por la cara, en las orejas y en las manos.

Habría mucho que decir sobre los *trastornos psíquicos* que acompañan al síndrome simpático cervical posterior. Son más importantes de lo que a primera vista se imagina. Son a veces simples fenómenos de extrema astenia, de fatigabilidad fácil y excesiva, que convierten a estos enfermos en ansiosos preocupados por la impresión de su incurabilidad. Realizan entonces el cuadro clásico de la psicastenia y se les oye manifestar que su razón está alterada y que pierden la cabeza. Este estado a menudo es muy acentuado y uno de estos enfermos llegó a intentar el suicidio absorbiendo una dosis de barbitúricos.

Al enunciar la clasificación de los síndromes que constituyen el síndrome simpático cervical posterior anuncié la necesidad de englobar con los mismos los llamados *síndromes asociados*. No haré aquí más que citar los principales. Este recuerdo de su importancia es debido al valor cierto de estas asociaciones en el estudio del mecanismo patogénico. En efecto, es curioso observar la queratosis palmar, la pelada de Max Joseph, el síndrome subjetivo común de los heridos de cráneo, y por fin, el síndrome simpático cervical anterior, coexistiendo con el síndrome que estudiamos.

La exposición sintomática que acabamos de hacer del síndrome simpático cervical posterior nos proporciona ya un cierto número de indicaciones preciosas so-

bre la naturaleza del mecanismo patogénico que preside su producción. Los síntomas, todos subjetivos, son evidentemente trastornos funcionales, y es lógico atribuirlos a aquellas perturbaciones circulatorias pasajeras que no dejan tras ellas ninguna lesión definitiva. Desde el primer momento hay que pensar que el sistema nervioso simpático desempeña un gran papel en su génesis; el curso general, los mismos accidentes son a este respecto de una elocuencia manifiesta.

Un segundo punto, fácil de poner en evidencia, es la probable localización de los trastornos circulatorios. Sea cual fuere la causa productora del síndrome simpático cervical posterior, sólo puede dar lugar al mismo provocando modificaciones en la región bulbo-protuberancial. Vemos, en efecto, que intervienen en este síndrome los nervios mixtos, el facial, el auditivo, el nervio vestibular, el trigémino. Es imposible que una misma causa ataque a la vez tantos elementos nerviosos, a no ser que actúe en la región en que se encuentran todos reunidos, es decir, precisamente en la región bulbo-protuberancial.

Cuando se profundiza más el examen de los enfermos, se llega a una constatación muy importante, pero al primer momento poco conciliable con el origen bulbo-protuberancial del síndrome: la gran frecuencia de alteraciones de la columna cervical.

En efecto, en la mayor parte de los casos, el examen clínico y sobre todo el examen radiológico hacen descubrir lesiones de artrosis cervical. No haremos una descripción detallada de todos los síntomas que ponen de manifiesto esta lesión: basta decir que las tres primeras vértebras cervicales están raramente afectadas, pero que la quinta y sobre todo la sexta se encuentran, en cambio, con frecuencia, y a

veces profundamente, alteradas. En conjunto, la columna cervical por entero tiende a ser rectilínea. Se comprueba un verdadero encogimiento y retracción de uno o varios cuerpos vertebrales, se ven neoformaciones osteofíticas en la cara anterior del segmento inferior. Las malformaciones en forma de pico de loro son frecuentes en los ángulos de los cuerpos vertebrales, los espacios intervertebrales son anormalmente retraídos o irregularmente ensanchados. Por fin, la lesión dominante es la decalcificación extendida generalmente a todo el raquis cervical. Estas lesiones de artrosis se encuentran tan frecuentemente en el síndrome simpático cervical posterior, que hay que considerarlas bien como un síntoma secundario o bien admitir que desempeñan un papel en la producción de este conjunto sintomático. Esta última hipótesis es la verdadera.

Henos aquí, pues, en presencia de dos puntos, a saber: que el síndrome encefálico es acónico encefálico y que su causa productora es cervical. BARRÉ y sus discípulos han demostrado que el intermediario, el enlace entre la causa y la lesión es el nervio vertebral.

Me parece obvio el recordar detalladamente la anatomía del nervio vertebral; es sabido que con este nombre se designa un plexo simpático que saliendo del ganglio cervical inferior rodea la arteria vertebral en todo su recorrido siguiendo en cierto modo su destino. La sigue en el canal semióseo, semimuscular que recorre a través de los orificios de las apófisis transversas y penetra con ella en la cavidad craneal. Junto a ella se dirige entonces hacia la línea media al mismo tiempo que se une a su congénere del lado opuesto y sigue con la misma fidelidad el tronco basilar, nacido de la unión de las dos arterias

vertebrales simétricas. Este plexo desaparece a nivel del polígono de Willis después de haberse dividido de nuevo para constituir el plexo periarterial que rodea las arterias cerebrales posteriores, ramas terminales del tronco basilar. Los filetes terminales entran en relación con las ramificaciones terminales del plexo simpático pericarotídeo que proviene del simpático cervical anterior. En suma, el nervio vertebral tiene la misma distribución que la arteria vertebral, siendo él quien comprende el sistema de inervación de la circulación encefálica posterior.

Se concibe bien que toda causa de irritación de este nervio pueda ocasionar trastornos vasomotores de la región bulbo-protuberancial, manifestándose clínicamente por síntomas que ponen de manifiesto el sufrimiento de esta región.

No son, por lo demás, sólo estas consideraciones anatomo-fisiológicas las que demuestran el papel preponderante del nervio vertebral en la génesis del síndrome simpático cervical posterior. BARRÉ y LIEOU han efectuado una serie de observaciones que tienen el valor de verdaderas pruebas experimentales. Han hecho notar especialmente que las secciones quirúrgicas o accidentales del simpático cervical llevan consigo trastornos que recuerdan extraordinariamente los que se dan en la constitución del síndrome simpático cervical posterior. WEIR, MICHELL y NERI, por ejemplo, a consecuencia de heridas del simpático cervical han comprobado cefaleas intensas limitadas al lado de la herida, dolores oculares espontáneos con hiperestesia luminosa y fotofobia, zumbidos de oído, sensaciones violentas de vértigo, y, por último, otalgias y una astenia general. Observaciones análogas han sido hechas por LERICHE y FONTAINE después de simpatectomías cervicales. Pero estos úl-

timos autores han proporcionado una serie de documentos aún más importantes. Han anotado cuidadosamente los trastornos consecutivos a la sección de los rami-comunicantes que se dirigen al ganglio cervical inferior y que pueden ser considerados como el origen del nervio vertebral. Nos hablan de cefaleas fronto-occipitales apareciendo en crisis, dolores en la articulación temporomaxilar, trastornos laríngeos, que se manifiestan por accesos de ronquera y finalmente trastornos de la deglución.

Por último, DRAGANESCO, siguiendo los consejos de BARRÉ, habiendo inyectado una solución de scurocaína en la base del cuello a nivel de los rami-comunicantes que se dirigen hacia el nervio vertebral, ha podido provocar sensaciones vertiginosas, con zumbidos y silbidos de oído.

No cabría, pues, la menor duda de que el síndrome simpático cervical posterior traduce con exactitud la irritación del nervio vertebral.

Nos queda por exponer por qué los trastornos que lo constituyen no son más graves ni extensos, ya que, como hemos dicho, el nervio vertebral tiene bajo su dependencia toda la circulación encefálica posterior. Su irritación debería ser lógicamente más grave de lo que es en la práctica. He aquí la explicación propuesta por nosotros. Se desprende claramente del estudio de la vascularización de la región bulbo-protuberancial, tal como la conocemos desde los notables trabajos de FOIX e HILLEMAND.

Estos autores han demostrado que en esta región bulbo-protuberancial se podían distinguir a cada lado de la línea media tres territorios:

1.º Un territorio para-medio irrigado por las espinales anteriores, por algunas arteriolas nacidas en la unión de las verte-

brales y finalmente por las arterias protuberanciales cortas.

2.° Un territorio lateral irrigado por la arteria de la foseta lateral del bulbo, por las circunferenciales cortas y en la porción bulbar más inferior por algunas ramas nacidas de la cerebelosa inferior.

3.° Un territorio látero-posterior irrigado por las cerebelosas inferior, media y posterior.

Lo que es más interesante y de capital importancia en la cuestión que nos ocupa, es que, al contrario de lo que sucede en el territorio para-medio y en el territorio látero-posterior, las arterias que irrigan el territorio lateral son arterias muy finas, las más débiles de toda la región y sus ramas son de una delgadez notable. Evidentemente, cuando ocurren los trastornos circulatorios es en la región lateral donde en primer lugar se notarán.

Veamos en este territorio irrigado por tan delgados y finos vasos qué se encuentra:

1.° En el bulbo:

a) Los nervios mixtos y sus núcleos de origen; es decir, el fascículo solitario o núcleo sensitivo y el núcleo ambiguo o núcleo motor;

b) La raíz descendente del trigémino;

c) El cuerpo reticulado.

2.° En el surco bulbo-protuberancial, el territorio arterial lateral comprende especialmente:

a) El nervio acústico y su núcleo.

b) El nervio vestibular.

c) La raíz descendente del trigémino.

El facial y su núcleo están en el límite de los territorios lateral y medio. Según los sujetos, puede pertenecer a uno o a otro de estos territorios.

3.° En la protuberancia el territorio arterial o lateral corresponde esencialmente al trigémino y a sus núcleos.

Emprendamos ahora de nuevo el estudio del cuadro clínico del síndrome simpático cervical posterior y relacionemos cada síntoma con la localización anatómica que le corresponde.

A) Las cefaleas con predominio occipital son debidas a trastornos circulatorios en el territorio de la meníngea posterior, primera rama intracraneal de la vertebral.

B) Las parestesias laríngeas y faríngeas, las glosodinias, están en relación con trastornos de los nervios mixtos y del fascículo solitario.

C) Los trastornos de la palabra y de la deglución están en relación con trastornos de los nervios mixtos y del núcleo ambiguo.

D) La otalgia está en relación con trastornos del núcleo sensitivo del facial.

E) El espasmo facial, que varias veces hemos observado, está en relación con los trastornos del núcleo motor del facial.

F) La hipoacusia y los zumbidos de oído están en relación con trastornos del auditivo y de su núcleo.

G) Los vértigos están en relación con trastornos del vestibular y de sus núcleos.

H) Los dolores retroauriculares están en relación con trastornos del trigémino en la porción inferior de su raíz descendente.

I) Los dolores, los trastornos vasomotores en el territorio del trigémino están en relación con trastornos del trigémino y de sus núcleos.

J) Añadamos por fin a estas manifestaciones clínicas el síndrome de *Claudio Bernard-Horner*, que habíamos colocado entre los síntomas asociados, y que varias veces TERRACOL y nosotros mismos hemos encontrado coexistiendo, sea por completo, sea disociado (miosis extrema) con el síndrome simpático cervical posterior. Es

tas manifestaciones oculares parecen traducir la lesión de la formación reticulada lateral del bulbo, alteración cuyo grado máximo viene dado por el síndrome de Barbinski-Nageote.

Vemos, pues, que podemos sospechar de manera muy exacta los elementos clínicos del síndrome simpático cervical posterior y el contenido anatómico de un territorio vascular definido: el territorio bulbo-protuberancial lateral.

Conociendo el hecho de que las arterias que irrigan este territorio son de calibre estrecho, así como que tienen una circulación reducida en relación con las arterias vecinas, comprendemos perfectamente lo que sucede al provocarse excitaciones anormales del nervio vertebral. El estímulo vasoconstrictor provocará una disminución del aporte arterial en todos los territorios controlados por el nervio vertebral; esta disminución será relativamente bien soportada en el territorio paramedio o láteroposterior irrigados por arterias de gran calibre, será mal tolerada en el territorio lateral, en el que la irrigación está asegurada por vasos especialmente delgados.

He aquí los motivos por los que podemos calificar de muchas maneras al síndrome simpático cervical posterior. Podemos llamarlo síndrome de BARRÉ-LIEOU, nombre de los primeros que lo describieron. Podemos llamarle síndrome del nervio vertebral o más exactamente síndrome del territorio bulbo-protuberancial lateral, o aun más exactamente, síndrome de las arterias circunferenciales cortas.

Es preciso ahora retroceder. Esclarecidos los datos patogénicos que acabamos de establecer, es fácil comprender las condiciones etiológicas que favorecen la aparición del síndrome.

En primer lugar, todas las lesiones del

raquis cervical y especialmente la artrosis cervical. En los dos tercios de los casos, al menos es ésta la causante, debiéndose buscar cuidadosamente. No obstante, no es sólo la artrosis la causa única del síndrome. Todos los trastornos de otros elementos anatómicos que rodean el nervio vertebral pueden ser a su vez generadores del síndrome simpático cervical posterior y es por esto que encontramos entre los causantes los traumatismos, las costillas cervicales, los cuerpos extraños cervicales. BARRÉ me ha dicho haber observado un caso en el que el síndrome simpático cervical posterior fué el primer indicio de una tuberculosis pulmonar inicial.

Pero no son solamente causas locales: los trastornos simpáticos generales, las disfunciones endocrinas y sobre todo la menopausia, las modificaciones de la tensión reveladoras de trastornos circulatorios generales pueden intervenir, y no son raros los casos en los que hay que hacer remontar a estas causas generales el origen de un síndrome tan netamente local como el síndrome simpático cervical posterior. Por otra parte, esta constatación tiene un interés patogénico: demuestra que la irritación del nervio cervical no es debida siempre a una causa mediata como el estiramiento o la compresión. Ciertamente, estos mecanismos elementales intervienen a veces en ciertos casos de artrosis cervical, siendo posible la compresión del nervio por los ángulos posteriores del cuerpo vertebral; con mayor frecuencia puede verificarse por mediación de una inflamación regional, de una celulitis, para hablar como ALQUIER. Más a menudo aún puede ser consecuencia de trastornos circulatorios venosos o arteriales. La simple hiperhemia puede engendrar la irritación del nervio vertebral; ésta acompaña, como ha demostrado LERICHE, a toda mutación

cálcica; aparece, pues, con la artrosis cervical y precisamente en su comienzo; admitir su acción irritativa es encontrar explicación a numerosas observaciones en las que un síndrome acentuado coincide con lesiones patológicas, es a menudo el resultado de la convergencia de múltiples factores. Es cierto, por ejemplo, que las modificaciones cálcicas que acompañan a las lesiones óseo-articulares son susceptibles de actuar sobre los nervios de vecindad modificando su cronaxia y modificando su excitabilidad.

Insistir en esto sería salirse de la cuestión que me he propuesto tratar. He esbozado estas consideraciones patogénicas para mirar de hacer luz en la complejidad del problema y demostrar lo falso que sería querer reducirlo a un problema de compresión vulgar.

Debemos al terminar esta exposición clínica exponer algunas consideraciones terapéuticas. En la práctica, el tratamiento sintomático no surge en general ningún efecto; lo que hay que hacer, pues, es atacar el intermediario simpático, general, simpático cérvico-raquídeo, y, sobre todo, cuando sea posible, actuar sobre la causa. Los medios terapéuticos empleados son de tres órdenes: médico, quirúrgico y fisioterápico.

Médicamente se han usado las fricciones y unturas con baños salicilados calientes, inyecciones de preparados sulfurados y yodados o también radioactivos. Se han preconizado las inyecciones de alcohol con antipirina, que son extremadamente dolorosas; las inyecciones epidurales de li-piodol, y diversas inyecciones anestésicas.

El tratamiento quirúrgico sólo tiene aplicación en algunos casos: la ablación de un cuerpo extraño, la resección de una

costilla cervical puede estar, en efecto, indicada. Hoy por hoy, los tratamientos fisioterápicos son aun los más indicados; la diatermia y la radonterapia son los métodos que dan mejores resultados.

Por fin, al acabar este estudio su tema podrá parecer poco importante para grandes innovaciones; no descubre horizontes nuevos e inexplorados, no es del grupo de aquellos cuyo conocimiento es preciso para la formación de un médico. No hay que creer a pesar de ello que carezca de interés. Por mi parte creo que proporciona una enseñanza nada despreciable. Me dirijo a todos los que ven en la medicina una ciencia precisa regida por leyes formales cuyo conocimiento es la recompensa del tenaz y perseverante. Los síntomas cardinales del síndrome simpático cervical posterior son todos síntomas subjetivos; los trastornos objetivos que pueden darse son todos secundarios y además poco importantes. Es ésta una particularidad que en clínica no se da sin consecuencias bastante importantes que hacen el examen de tales enfermos. El médico debe evitar dos escollos: el de hacer al enfermo un interrogatorio demasiado preciso que sugiere al enfermo trastornos que nunca había sentido, y el de dejar desconocidos síntomas perfectamente auténticos, pero que por el hecho de no ser extremadamente penosos no son expresados espontáneamente por el enfermo. En tales casos es cuando las sentencias lapidarias de Hipócrates son más verdaderas que nunca. En el principio de su *aphaïme*, decían: el arte es largo, la ocasión fugitiva, la experiencia engañadora y el juicio difícil. No es muy original citar a Hipócrates para acabar un estudio médico; pero las grandes verdades son siempre vulgares y es útil repetir las.

BIBLIOGRAFIA

- BARRE (J. A.)—Sur un syndrome cervical postérieur sa cause et sa fréquence: l'arthrite cervicale. *Réunion neurologique de Strasbourg*, 29 nov. 1925.
- BARRE (J. A.), DRAGANESCO et LIEOU.—Phénomènes vestibulaires unilatéraux déterminés par des injections de scurocaine dans la région latéro-cervicale profonde. *XXX.è Congrès des Neurologistes et des Aliénistes de langue française*. Genève, 1926.
- BARRE (J. A.) et GUNSETT.—Résultat de la radiothérapie dans vingt cas de radiculité par l'arthrite vertébrale. *Journal d'Electrologie et de Radiologie*. Paris, 1921.
- BARRE et RIFF.—"La vertige qui fait entendre", de Lermoyez. L'étude des fonctions vestibulaires à propos d'un cas typique. Rôle possible. *Revue d'O. N. O. Núm. 7*, 1926.
- CASTAGNÉ.—*Bulletin de l'Académie de Médecine*, mars 1930.
- COSSA.—*Anatomie du système nerveux*. Amédée Legrand. Paris, 1931.
- EUZIÈRE, VIALLEFONT, CASTAGNÉ et LAFON.—Côtes cervicales et syndrome sympathique cervical postérieur. *Soc. des Sc. Médicales et Biol. de Montpellier*. Décembre 1932.
- EUZIÈRE, VIALLEFONT, CASTAGNÉ et LAFON.—Spasme facial et blépharospasme et syndrome sympathique cervical postérieur. *Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*. Décembre 1932.
- EUZIÈRE, VIALLEFONT, CATAGNÉ et PARES.—Quatre cas de syndrome sympathique cervical postérieur, essais de traitement radon-thérapique. *Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, 12 déc. 1930.
- EUZIÈRE, VIALLEFONT, VIDAL, CASTAGNÉ et LAFON.—Interprétation pathogénique du syndrome sympathique cervical postérieur. *Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*. Décembre 1932.
- FOIX et HILLEMANN.—Les artères de l'axe encéphalique. *Revue Neurologique*, 1925, t. II, p. 705 a 729.
- HOVELACQUE.—Les rameaux communicants du sympathique cervical. *Annales d'Anatomie pathologique médico-chirurgicale*. Nov. 1924. *Anatomie des nerfs crâniens et rachidiens et du système grand sympathique*. Doin. Paris, 1928.
- LERICHE et FONTAINE.—Quelques phénomènes observés après la section des derniers rameaux communicants cervicaux et du premier dorsal. *Revue Neurologique* 1925, t. I, p. 1237.
- LIEOU.—*Syndrome sympathique cervical postérieur et arthrite chronique de la colonne vertébrale cervicale*. Thèse de Strasbourg, 1928.
- NERI.—Des troubles cérébraux au cours des blessures du sympathique cervical. *Revue Neurologique*, 1926, t. I.
- TERRACOL.—Les troubles segmentaires sensitifs et trophiques du pharynx et l'osteoarthrite déformante de la colonne cervicale. *XXXIX.è Congrès Français d'O. R. L.*, 1925.—*Montpellier Médical*, 1931, p. 355, et p. 373.
- VIALLEFONT.—Keratite et syndrome sympathique cervical postérieur. *Soc. Fr. d'Ophthalmologie*. Juin 1933.
- VIALLEFONT.—Les manifestations oculaires du syndrome sympathique cervical postérieur. *Archives d'ophtalmologie*, 1933.

RESUM

Estudia l'autor el síndrome simpàtic cervical posterior, dividint els símptomes que presenta en cardinals, secundaris, i associats. Cita entre els primers: les cefàlees, els vertigens, els trastorns auriculars (sorolls d'oïda i otalgies), i trastorns visuals. Els secundaris, son una extensió o un agreujament dels cardinals entre els primers: símptomes d'ordre dolorós, vascular o motor, entre els segons certs vertigens i trastorns psíquics. Creu que la causa productora del síndrome s'explica dient que és un síndrome del nervi vertebral, del territori bulbo-protuberancial lateral i de les arteries circumferencials curtes. Es produït per una irritació del simpàtic del n. vertebral qui provoca una constricció de les dites arteries que, per llur calibre reduït, donen lloc a una manca de irrigació de la regió citada. L'etiologia local més freqüent, és la artrosi vertebral en la regió cervical, també un cos estrany intravertebral o una costella cervical, a més hi han causes generals: trastorns simpàtics, disfuncions endocrines, etcètera. Cita per acabar els mitjans de tractament en els seus tres ordres: mèdic, quirúrgic i fisioteràpic.

RESUME

L'auteur étudie le syndrome sympathique cervical postérieur en divisant les symptômes qu'il présente en cardinaux, secondaires et associés. Entre les premiers il cite les céphalalgies, les vertiges, les troubles auriculaires (bourdonnements des oreilles, otalgies), et les troubles visuels. Les symptômes secondaires sont comme une extension ou une aggravation des cardinaux. Il croit qu'il est question d'un syndrome du nerf vertébral du territoire bulbo-protuberantiel latéral et des artères circonferentielles courtes. Il est produit par une irritation du sympathique, laquelle provoque une constriction de ces artères et ceci produit un manque d'irrigation dans toute la région. L'étiologie locale plus fréquente est l'arthrose vertébrale dans la région cervicale où un corps étranger intervertébral. Il y a aussi des causes générales: les troubles sympathiques, fonctions endocrines défectueuses, etc. L'auteur termine en étudiant les trois moyens de traitement médical, chirurgical et physiothérapique.

SUMMARY

The author studies the posterior cervical sympathetic syndrome, dividing the symptoms in cardinal, secondary and associated. The cardinal symptoms are: cephalalgias, vertigo, auricular troubles (noises in the head, otalgias), and visual troubles. The secondary symptoms are an extension or aggravation of the cardinal ones. He thinks that the cause is a syndrome of the vertebral nerve in lateral bulbo-protuberantial territory and of the short circumferential arteries, produced by an irritation of the vertebral nerve which provokes a constriction of these arteries with a consequent lack of irrigation in the region. The most frequent local etiology is vertebral arthrosis in the cervical region or a intervertebral foreign body. There are also general causes sympathetic troubles, defective androcrine functions etc. Finally he describes the three methods of treatment: medical, surgical and physiotherapy.