

Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Barré Liéou (syndrome de)

**BARRÉ, M.J. - Sur un syndrome
sympathique cervical postérieur et sa
cause fréquente, l'artrite cervicale**

In : Revue de neurologie, 1926, vol. 1, pp. 1246-48

dizaine de jours. Si l'on essaie d'interpréter ce fait, on verra que l'on ne saurait l'expliquer autrement qu'en admettant que l'intervention a supprimé certaines fibres ascendantes des vaisseaux du membre supérieur, fibres qui empruntent le trajet des nerfs spinaux et qui avaient maintenu le tonus des nerfs vaso-constricteurs à un degré anormalement élevé.

Dans un article sur le mode d'action de la sympathectomie péri-artérielle Lehmann (1) signale d'ailleurs que deux fois après l'ablation d'un névrome il a pu constater une hyperthermie et une hyperhémie du membre en tout analogue à celle que produit la sympathectomie péri-artérielle.

Sur un syndrome sympathique cervical postérieur et sa cause fréquente : l'arthrite cervicale, par M. BARRÉ.

Résumé. — C'est peu à peu que s'est révélé à notre observation, comme méritant d'être isolé et rattaché à une cause précise extracranienne, un syndrome dont les divers éléments paraissaient d'abord liés soit à des raisons intracrâniennes, soit à des affections des sinus de la base du crâne.

Ce syndrome nous paraît mériter le nom de syndrome sympathique cervical postérieur, parce que le sympathique cervical profond (nerf vertébral) paraît être son véritable agent, parce que cette dénomination l'oppose au syndrome de Claude Bernard-Horner, ou sympathique cervical antérieur, tout à fait différent.

Tandis que ce dernier est presque purement objectif, le syndrome sympathique cervical postérieur est presque exclusivement subjectif, il est constitué par des symptômes crâniens très habituels, des symptômes cervicaux peu fréquents, (si nous en jugeons d'après les cas observés jusqu'à maintenant), des symptômes sympathiques inférieurs enfin.

Les symptômes crâniens consistent surtout en :

1° *Céphalées*, à maximum occipital,

2° *Des troubles vertigineux* qui surviennent à chaque instant quand le malade tourne la tête, et qui ne s'accompagnent ordinairement pas de modifications nettes des épreuves vestibulaires instrumentales,

3° *Des bourdonnements d'oreilles*,

4° *Des troubles visuels* qui empêchent les malades de lire longtemps, leur font croire que leur vue a baissé ; ces troubles les conduisent souvent chez l'oculiste, qui ne constate généralement aucune modification objective de la vision, parce qu'il fait l'examen chez le malade au repos et que la fatigue seule est propre à faire apparaître le trouble.

Parmi les troubles locaux citons les abaissements fréquents de la voix qui se voile, un état d'aphonie oscillante pouvant apparaître et disparaître assez brusquement, et une sensibilité particulière de la région profonde du cou accompagnée ou non de craquements ou de grincements osseux ou articulaires.

(1) LEHMANN. W. Zentralblatt für Chirurgie, t. 51, n° 16, p. 838, 19 avril 1926.

Parmi les troubles inférieurs les plus fréquents sont la fatigabilité excessive qui constitue comme la signature de la participation du système sympathique aux troubles qui ont été mentionnés et qui est particulièrement développée quand le malade est un hypotendu à tension variable.

De cet ensemble, dont chaque élément méritera d'être longuement développé (1) dans un article plus complet, les troubles craniens sont de beaucoup les plus importants et les plus caractéristiques.

La recherche de leur *cause* nous a longtemps intrigué. Nous l'avons d'abord recherchée dans le crâne, puis dans l'état des sinus sous-craniens, et sans doute quelques-uns des syndromes dont nous nous occupons peuvent-ils reconnaître cette cause.

Mais dans bien des cas, où cette cause a pu être éliminée, où un traitement sinusien a pu même être effectué, et avec un succès momentané, nous avons dû porter ailleurs nos investigations.

Quelques cas, que nous appellerions volontiers cas heureux ou favorables, nous ont conduit à incriminer la colonne cervicale, et nous avons trouvé chez de nombreux sujets porteurs des symptômes sus-énoncés des signes très nets d'*arthrite cervicale chronique*. Ces radiographies pour avoir chance de déceler les altérations auxquelles nous faisons allusion doivent être faites *de profil* et, chaque fois que cela sera possible, il sera utile d'en faire trois : une en position normale du cou, une en flexion maxima, une troisième en extension maxima de la tête. (Nous publierons nos recherches à ce sujet avec le Dr Gunsett, de Strasbourg.)

Agent intermédiaire : Il semble bien que l'arthrite cervicale agisse en provoquant une irritation du *nerf vertébral*, qui chemine presque au contact de la partie latérale des corps vertébraux cervicaux, avant de pénétrer dans le crâne pour engainer les différents vaisseaux de la base.

On sait que ce nerf se forme grâce surtout aux rami communicantes issus des 4^e, 5^e, 6^e nerfs cervicaux : or il se trouve justement que, sur le plus grand nombre des radiographies que nous avons observées jusqu'à ce jour, les lésions prédominent nettement sur les 4^e, 5^e, 6^e vertèbres cervicales.

Certains autres faits, déjà connus ou récemment mis au jour, s'accordent avec l'idée que nous soutenons :

a) Souvent, au cours des ponctions sous-occipitales ou cervicales hautes, on provoque une douleur vive dans un côté de la face ou dans un œil.

b) Les injections interépineuses cervicales que nous avons pratiquées contre les éléments douloureux du syndrome ont parfois provoqué une recrudescence de tous les phénomènes.

c) MM. Leriche et Fontaine, travaillant de leur côté et ignorant nos recherches qui datent depuis plusieurs années, apportent aujourd'hui même le résultat de leurs observations neuro chirurgicales. On les trouvera plus

(1) Ces développements ont été exposés par l'auteur au cours d'une conférence faite le 20 décembre 1925 à la société d'oto-neuro-oculistique de Bruxelles, et à la Société d'oto-neuro-oculistique de Strasbourg.

haut exposées; elles apportent un appoint précieux de vraisemblance à l'interprétation que nous proposons.

d) Enfin mon chef de clinique, le Dr Draganesco (de Bucarest), injectant sur mon conseil de la scurocaïne à la base du cou, au niveau des rami communicantes qui se portent au nerf vertébral, a pu provoquer du bourdonnement d'oreille et des vertiges homolatéraux et du nystagmus.

Le diagnostic positif et étiologique de ce syndrome sera souvent délicat et il sera prudent de penser d'abord aux affections sinusiennes sur lesquelles on a beaucoup insisté en ces derniers temps, de penser aussi aux céphalées occipitales par troubles oculaires, aux céphalées qui accompagnent souvent l'oto-sclérose.

Mais on pourra se demander parfois aussi si la congestion des sinus n'est pas favorisée ou entièrement conditionnée par l'état du nerf vertébral, si l'oto sclérose ne peut pas elle-même se développer au cours d'un état de vaso-dilatation entretenu par la même cause.

Ces discussions cliniques sont indiquées et doivent d'autant plus retenir l'attention qu'elles sont susceptibles de mener à une conception simple d'états encore mystérieux en partie et à des thérapeutiques nouvelles.

La fréquence de ces syndromes sympathiques cervicaux postérieurs et celle de l'arthrite cervicale est probablement favorisée par les conditions anatomiques de la région, où les infections des cavités aérodigestives supérieures toutes voisines entraînent des altérations de cellulite, de lymphangite profonde très communes.

Le traitement mérite de s'adresser au système sympathique en général, au sympathique local (injections interépineuses sus-dure-mériennes). Il pourra être chirurgical dans certains cas pour dégager les rami communicantes indiqués quand ils seront pris dans des lésions celluloso-osseuses, et même pour isoler le nerf vertébral, sur une partie de sa portion cervicale.

Il pourra être aussi électrique : certaines applications permettant de réaliser avec une certaine précision des effets vaso-moteurs qui atténueront les troubles dus à la circulation sanguine intracrânienne, dont le nerf vertébral et ses prolongements constituent le véritable régulateur.

Syndrome anatomo-clinique crânien mortel consécutif à une blessure de la région cervicale moyenne. Etat variqueux des veines cérébrales superficielles, par MM. J.-A. BARRÉ et L. REYS.

Nous avons eu l'occasion d'observer à plusieurs reprises un sujet qui avait été blessé à la colonne cervicale et qui était atteint d'accidents divers et en particulier de crises d'épilepsie. Le cas de ce malade qui nous intriguait fort s'est en partie éclairé au moment de l'autopsie, qui nous a permis de voir des veines variqueuses, boursoufflées et grossies de dilatations ampullaires. Le mécanisme de production de cet état veineux pathologique reste encore à élucider, ainsi que la relation exacte qu'il convient d'établir entre la blessure cervicale et ces altérations veineuses; malgré ces lacunes, nous vous présentons l'histoire du malade et les pièces anatomiques; la jux-