

peau, 1891), y la otra llamada *neoplásica* ó gliomatosa propiamente dicha, en la cual pudiera compararse el tumor á una especie de varilla implantada en toda ó parte de la longitud de la médula. En estos casos, la palpación permite reconocer su presencia antes de la sección del órgano, como lo dijimos anteriormente.

Desarrollado, por lo general, en la neuroglia abundante peri-ependimaria, el glioma se extiende hacia la periferia, y al mismo tiempo se reblandece en su centro. La pared de la cavidad se forma entonces por la reunión de los elementos del glioma. No tiene una envoltura especial, y si á veces se observa un revestimiento más ó menos perfecto de células epiteliales, lo que existe es el epitelium del epéndimo confundido con la cavidad. Se comprende fácilmente que no es indispensable que haya una cavidad central para que la afección siringomiélica esté constituida; esta es la opinión de Charcot. Los elementos nerviosos, invadidos por el glioma mucho antes de su excavación, están comprimidos, disociados, y en breve desaparecen. El cilindro-eje subsiste en general por más tiempo que la mielina.

Las meninges están habitualmente indemnes, así como las raíces raquídeas.

Algunos autores limitan á la gliomatosis medular las lesiones de la siringomielia (Schultze, Roth (1), Bäumlér, Dejerine (2). Otros, por el contrario, admiten que ciertos procesos puramente inflamatorios pueden dar origen á la formación de cavidades intra-medulares (MIELITIS CAVITARIAS). Ya en 1869 Hallopeau había estudiado la esclerosis peri-ependimaria. Desde entonces, Joffroy y Achard se han dedicado á la demostración de la existencia de la siringomielia por mielitis central, y han descrito varias autopsias en apoyo de su creencia (3). En los casos de este género faltan los caracteres típicos del glioma, y en la periferia del tejido moroso, allí donde la lesión en su principio permite mejor la interpretación de las alteraciones anatómicas, no se encuentra más que la esclerosis difusa. Los vasos, disminuídos de volumen por el engrosamiento de sus paredes, no permiten más que una irrigación insuficiente. De esto resulta, en los sitios en que la obliteración vascular está muy acentuada, una necrobiosis fatal y la formación de una cavidad.

A pesar de la opinión de Schultze, que intenta identificar ambas lesiones, parece que en la actualidad, según la opinión de Charcot, se debe admitir dos formas de siringomielia: una mielítica, otra gliomatosa.

SINTOMATOLOGÍA. — Según la división adoptada por Charcot, basada en las distintas localizaciones de la lesión, se pueden estudiar en la siringomielia varios órdenes de síntomas:

1.º Síntomas intrínsecos.

- a) *S. polio-miélícos anteriores.*
- b) *S. polio-miélícos posteriores.*
- c) *S. polio-miélícos medios.*

2.º Síntomas extrínsecos.

- a) *S. leuco-miélícos laterales.*
- b) *S. leuco-miélícos posteriores.*

(1) Roth, *Arch. de neurol.*, 1887-88.

(2) Dejerine, *Soc. méd. des hôp.*, 1889; *Sem. méd.*, 1889; *Soc. de biol.*, 1890 et 1891.

(3) Joffroy et Achard, *Arch. de physiol.*, 1887, p. 468; *Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, 1891, p. 90.

1.º Síntomas intrínsecos. — Son los que forman parte integrante de la enfermedad, y se encuentran siempre, sea en totalidad ó en parte, según los casos. Su reunión pudiera llevar el nombre de *síndrome siringomiélico*, que se reserva á veces para designar únicamente las alteraciones de la sensibilidad en esta afección. Se derivan de las lesiones de la sustancia gris de la médula.

a) *Síntomas polio-miélícos anteriores.* — La lesión siringomiélica de las astas anteriores de la sustancia gris de la médula se manifiesta clínicamente como las lesiones usuales de este territorio en la *atrofia muscular*. Debe indicarse que ésta puede no existir en algunos casos, ni en ciertas formas de la enfermedad. Pero su falta completa debe considerarse como relativamente rara.

La amiotrofia siringomiélica se manifiesta bajo formas distintas. Una de las más frecuentes es la denominada *forma de Duchenne-Aran*. Es muy probable que muchos de los casos comprendidos anteriormente en el cuadro de la atrofia muscular progresiva de Duchenne deben, en la actualidad, incluirse en el de la siringomielia. La naturaleza de la atrofia y su evolución son en su mayor parte análogos, si no idénticos. Empieza por las eminencias tenar é hipotenar de una mano ó simétricamente, de un modo repentino ó al cabo de un tiempo más ó menos largo. La atrofia llega á producir las mismas deformidades que en la enfermedad de Duchenne-Aran (*garra interósea*, *mano de simio*).

Invade en seguida los antebrazos, después los brazos, pero generalmente en mucho menor grado. Todo puede reducirse á estos fenómenos, definitiva ó temporalmente, y, en este último caso, después de un período más ó menos largo se observa que la lesión invade los músculos del cinturón escapular y los del tronco.

A pesar de la afirmación de Wichmann, no parece que los miembros inferiores estén afectados más á menudo que los superiores; por el contrario, cuando participan de la amiotrofia, ésta sigue generalmente la misma marcha que en la enfermedad de Duchenne-Aran. La impotencia motora es completa, una verdadera paraplegia puede en ocasiones ser su consecuencia.

La cara casi siempre está indemne. Sin embargo, se han comprobado en algunos casos que ésta ha sufrido también la lesión, pero son relativamente pocos numerosos (Westphall, Schultze, Grasset, Starr, Chabanne, Raichline) (1).

Que esté generalizada, lo cual es poco frecuente, ó que esté localizada, aislada ó simétricamente en un miembro ó en uno de sus segmentos, la atrofia muscular presenta siempre los mismos caracteres, que son los de la amiotrofia de origen medular. Lo general es que hay temblores ó sacudidas fibrilares.

No deberán tenerse en cuenta, para establecer el diagnóstico, las reacciones eléctricas de los músculos atrofiados. Puede decirse que no se encuentra la reacción de degeneración con la misma regularidad que en los casos de atrofia neurítica. Además, parece que este signo ha perdido considerablemente la importancia para el diagnóstico, que por largo tiempo se le atribuyó, desde que se la ha observado en afecciones puramente musculares (*parálisis pseudo-hipertrofica*), y en cambio no ha existido en amiotrofias nerviosas en su último período.

(1) Raichline, *Contribution à l'étude clinique de la Siringomyélie; sur un cas de siringomyélie avec manifestations bulbaires*. Thèse de Paris, 1892. (Se encontrará en este trabajo la exposición y discusión de todos los casos en que se ha observado la parálisis facial).

Algunos autores han observado el temblor (Bruhl). Es preciso distinguir el verdadero temblor, del que puede resultar de sacudidas fibrilares frecuentes é intensas. Este último puede presentarse en los siringomiélicos; por el contrario, el temblor verdadero no constituye, á decir verdad, un signo ordinario de esta enfermedad.

b) *Síntomas polio-miélícos posteriores.* — Consisten en alteraciones objetivas muy singulares de la sensibilidad, que en general puede considerarse como características de la siringomielia, por más que aparezcan, aunque muy rara vez, en otras enfermedades nerviosas (1).

A estas alteraciones les ha dado Charcot el nombre de *disociación siringomiélica* de la sensibilidad. Son: 1.º, la *termo-anestesia*; 2.º, la *analgesia*, coincidiendo con la *conservación de la sensibilidad táctil*.

1.º *Termo-anestesia.* — Puede presentarse desde el principio de la enfermedad. Se observan á menudo en los siringomiélicos cicatrices de quemaduras á veces muy antiguas, que ellos recuerdan muy bien que fueron completamente indoloras. Pero como conservan íntegra la sensibilidad táctil, á menudo pasa inadvertida la termo-anestesia para los enfermos, cuando no les han ocurrido esos accidentes. Se comprueba su existencia *grosso modo*, por la aplicación sobre la piel de cuerpos calientes ó fríos (hielo), pero es necesario en sana práctica estudiarla más minuciosamente con el auxilio de instrumentos llamados *termo-estesiómetros*. El más práctico de estos, es el construído según las indicaciones del profesor Charcot y que consiste en un termómetro de superficie, cuyo depósito está contenido en una envoltura metálica llena de limaduras de cobre, con el fin de conservar por más tiempo la temperatura á que se eleva, poniéndole á la llama de una lámpara de alcohol. A falta de estesiómetro, puede emplearse un pequeño globo de cristal, que contiene, hasta la mitad, un líquido cualquiera, debiendo tener este globo un tapón perforado, por el que se pasa un termómetro (Bruhl).

La termo-anestesia puede ser absoluta. El enfermo entonces no percibe más que una sensación de contacto, cuando se le aplica sobre la piel un trozo de hielo ó un cuerpo que se haya elevado á la temperatura de 60 á 80 grados (mango de una cuchara, depresor de la lengua muy calientes). Pero no siempre alcanza esa intensidad, y sería absurdo desechar el diagnóstico de siringomielia, cuando no existe tan marcada termo-anestesia. En efecto, es, con frecuencia relativa y por esta razón el termo-estesiómetro es un instrumento indispensable en la clínica.

Según Roth, el individuo que no distingue una diferencia de temperatura de 5º, sufre ya un trastorno de la sensibilidad térmica normal. Sin exagerar esa extremada apreciación de la termo-estesia, es indispensable, sobre todo en los casos difíciles y dudosos, multiplicar el examen con pequeñas diferencias térmicas, principalmente en las temperaturas medias (30º á 60º). En efecto, no se encontrará muchas veces el trastorno termo-anestésico más que de este modo. Pero también es preciso tener muy en cuenta las diferencias individuales, en las que la exactitud de la apreciación térmica varía según los sujetos y las distintas regiones. Al paso que las partes más sensibles (dedos) pueden per-

(1) Caillet, Étude sur les troubles de la sensibilité dans les affections nerveuses (dissociation syringomyélique), Thèse de Paris, 1891.

cibir diferencias de 4 décimas (Weber), es bien distinta esa apreciación en otras regiones. Además, la percepción de pequeñísimas diferencias no es posible más que en las temperaturas medias; en las muy elevadas, la sensación no es más que de dolor, sin que se puedan apreciar diferencias de 10º en más ó en menos. Por último, bueno es recordar que algunas temperaturas, relativamente poco elevadas, son sólo apreciables en ciertas partes sensibles (dedos), por más que sean meramente dolorosas en otras (dorso, tórax) (1). Merece este último fenómeno llamar la atención, porque en ocasiones la perversión del sentido térmico se manifiesta por cierto grado de hiperestesia.

Los cambios de la sensibilidad al frío son más difíciles de apreciar, á causa de la dificultad material de obtener series de diferentes temperaturas más bajas que la ambiente; en general, coinciden en su asiento con las alteraciones de la sensibilidad al calor.

Algunas veces se observa una especie de perversión del sentido térmico; el calor se siente como frío por los enfermos y viceversa. He podido comprobar este fenómeno en un enfermo, que en diferentes regiones del cuerpo presentaba la habitual disociación siringomiélica y la antedicha perversión de la sensibilidad, en la parte anterior de la pared abdominal.

La termo-anestesia no es sólo característica por sí misma, también lo es por su localización y sus límites en diversas regiones del cuerpo. Muy rara vez afecta la forma hemipléjica y casi nunca está generalizada. Ocupa más á menudo los miembros ó segmentos de éstos ó partes del tronco y está limitada por líneas circulares más ó menos definidas, pero sin relación alguna con los territorios de distribución de los nervios sensitivos. Una disposición idéntica por completo se presenta en la anestesia histérica. Por esto se observa que la termo-anestesia siringomiélica afecta la forma de guante, puño, manga, medias, pierna de pantalón, y en el tórax la de chaqueta con ó sin mangas (Charcot). Algunas veces es simétrica.

Según Roth, Landois y Mossler, presenta siempre una notable tendencia invasora.

2.º *Analgesia.* — Muchas veces es absoluta, y entonces una excitación que debiera producir un vivo dolor, no se siente más que como un simple contacto. También puede ser relativa, es decir, que el enfermo no percibe más que un dolor atenuado comparado con la sensación normal ó con la que experimente en otra parte del cuerpo, producida por una excitación de la misma intensidad.

A veces aquélla es muy profunda, hasta tal punto, que pueden dilatarse los abcesos ó panadizos sin que el enfermo acuse la más pequeña sensación dolorosa.

Su distribución es la misma que la de la termo-anestesia. Sin embargo, puede acontecer que no sea exactamente así en algunos casos. De todos modos, ocupa segmentos de los miembros como la termo-anestesia.

En ocasiones puede observarse, en vez de la anestesia, la hiperestesia, pero este fenómeno es excepcional.

3.º *Conservación de la sensibilidad táctil.* — Como regla general, la sensibili-

(1) Loegaard, Ueber einer Methode zur Bestimmung des Temperatursinnes am Krankenbett. Deut. Arch. f. klin. Med., 1891, 48 Bd., 3 und 4 H., p. 207.

dad al contacto permanece indemne, y existe lo mismo tanto en las partes no afectadas, como en las que lo están por la termo-anestesia y la analgesia. Sin embargo, es posible encontrar en estas últimas algo de hipo-estesia táctil, que consiste en la anomalía ó en la desaparición de la apreciación del simple contacto, de la presión táctil, de las presiones táctiles simultáneas ó sucesivas, del relieve y de la percepción táctil de los líquidos (1). La anestesia absoluta debe considerarse enteramente excepcional y anormal, excepto en las complicaciones ó asociaciones de la siringomielia con otras enfermedades distintas, á no ser que exista una considerable invasión de la sustancia blanca posterior de la médula.

c) *Síntomas polio-miélícos medios.*— Con esta denominación, algo hipotética para algunos autores, se designan los diferentes *trastornos tróficos* que sin ser por sí mismos característicos de la siringomielia, adquieren una importancia diagnóstica de primer orden por su asociación con los de la sensibilidad. Estos trastornos tróficos son muy variados.

Piel (2).— En su grado menos acentuado, la piel está lisa (*glossy skin* de los autores ingleses). Otras veces el tegumento cutáneo se descama, se hiende, se recubre de fisuras y de grietas rebeldes y las más de las veces indoloras. Las uñas se estrañan, se agrietan, supuran al nivel de su matriz á consecuencia de panadizos múltiples, y concluyen por caerse, volviendo á salir en forma de apéndices córneos, más ó menos deformados. Las lesiones de la piel pueden revestir el aspecto de la verdadera esclerodermia (3). También se observa la producción espontánea de ampollas, de flictenas, principalmente en las manos y pies y en los dedos; al abrirse aquéllas ocasionan ulceraciones rebeldes, de cicatrización difícil, á veces de tendencia invasora. Asimismo aparecen erupciones penfigoides más ó menos extensas (4). Por último, Kahler ha observado la gangrena.

Tejido celular subcutáneo.— El síntoma más saliente de este grupo es sin duda alguna el panadizo, de ordinario indoloro y á menudo grave por su duración, repetición y consecuencias, en particular las deformidades y hasta las mutilaciones que deja en pos de sí. Se sabe actualmente, después de los trabajos de Joffroy y Achard, que la *enfermedad de Morvan*, caracterizada por esos panadizos indoloros graves y que repiten, no constituye más que una de las modalidades de la siringomielia. Nos ocuparemos de este punto, al describir las formas de esta enfermedad.

El *mal perforante*, plantar ó palmar, es relativamente frecuente en los siringomiélícos.

Por último, se han observado verdaderos flemones ó abscesos más ó menos extensos, en los brazos, axilas y cara palmar de las manos.

Todas estas lesiones tróficas de los tejidos subcutáneos suelen ser graves, si no por su extensión, al menos por su poca tendencia á la curación. Dejan casi siempre en pos de sí cicatrices indelebles, más ó menos deformes, y dan á me-

(1) Critzmann, Essai sur la Siringomyélie. Thèse de Paris, 1892.

(2) Thibierge, Les altérations cutanées de la Siringomyélie. *Ann. de dermat. et de syphilig.*, 1890.

(3) Jacquet et de Saint-Germain, Soc. franç. de dermat. et de syphil., 22 Abril 1892.

(4) Asmus, Ueber Siringomyélie. *Biblioth. méd., G. Heft 1; anal. in Neurol. Centralbl.*, 1893, p. 700. Neuburger, Ueber den sogenannten Pemphigus neuroticus II^o et III^o Congr. all. de dermatologie.

nudo origen á mutilaciones que convierten á estos enfermos en verdaderos imposibilitados.

Articulaciones.— Las artropatías siringomiélicas fueron descritas por Schultze, y han sido objeto de numerosos trabajos (1). No difieren de las que han sido estudiadas por Charcot en la tabes. Son simples hidrartrosis, pero rebeldes, intermitentes (2) é indoloras. Más tarde, la lesión se acentúa sin que el enfermo se dé cuenta de ello; las epífisis que se han hecho friables se desgastan, se segmentan y se producen deformidades enormes, á consecuencia de luxaciones espontáneas. Otras veces, por el contrario, el aumento de volumen articular es considerable desde el principio, por efecto de la hipertrofia morbose de las cabezas de los huesos y de las fungosidades intra-articulares. No insistimos en la descripción de estas artropatías indoloras, que no tienen nada de característico en la siringomielia.

También pueden presentarse *sinovitis*, que producen deformaciones por la lesión y la adherencia de los tendones á su vaina.

Las artropatías siringomiélicas, parece que son más frecuentes en los miembros superiores. Constituyen un signo importante, á veces precoz de la siringomielia, por su asociación con las alteraciones de la sensibilidad. Debemos indicar la posibilidad de un error de diagnóstico, cuando se presentan algunos síntomas tabéticos que pueden, como se verá más adelante, ser dependientes de la siringomielia. Es, por lo tanto, indispensable siempre en estos casos, verificar con precisión el examen de la sensibilidad.

Huesos.— Acabamos de mencionar las lesiones de las epífisis óseas en las artropatías siringomiélicas. Todo el tejido del hueso puede ser también asiento de una alteración análoga, que se manifiesta durante la vida, por la existencia de fracturas espontáneas ó provocadas por muy pequeños esfuerzos ó traumatismos. Las fracturas, así como las artropatías, son en general indoloras (Roth). Así es que puede observarse, que un enfermo se haya fracturado la clavícula, y que no se aperciba de ello hasta el día siguiente, por el aumento de volumen de la región.

Estas fracturas son, en la mayor parte de los casos, de consolidación difícil. Cuando puede obtenerse ésta, se verifica con un callo vicioso ó deforme. En otros casos no se verifica la consolidación, y queda una pseudartrosis.

Charcot y Brissaud han descrito un singular trastorno trófico óseo, al que han dado el nombre de *quiromegalia*. Consiste en una hipertrofia de los dedos y manos, enteramente análoga á la que se observa en la acromegalia (3). Dicho trastorno trófico puede ser bastante prematuro, puesto que algunos autores lo han comprobado varios años antes de haber podido hacer, en un enfermo, el diagnóstico de siringomielia.

Holschevnikoff y Recklinghausen han indicado la coexistencia de la siringomielia y de la acromegalia (4). Quizá no se trataba entonces más que de un desorden trófico, análogo al que fue descrito por Charcot y Brissaud.

(1) Nissen, XXI^o Congr. de la Soc. allem. de chirurgie, Berlin, Junio 1892. — Charcot, *Progrès médical*, 29 Abril 1893. — Sokoloff, *Neurol. Centralbl.*, 1893, n^o 3.

(2) Graf, Ueber Gelenkserkrankungen bei Siringomyélie. *Beit. z. klin. Chir.*, 1893, p. 699.

(3) Charcot et Brissaud, *Progr. méd.*, 1891, et *Clin. des mal. du syst. nerveux*, etc., publié par Georges Guinon, t. 1, p. 359.

(4) Holschevnikoff et Recklinghausen, *Arch. de Virchow*, 1890.

Entre los trastornos tróficos óseos, ó mejor dicho, osteo-articulares, debe figurar la *escoliosis*, descrita por Bernhardt en 1883, y que parece es muy frecuente en la siringomielia (50 por 100, Bruhl). Afecta grados variables. A veces es preciso hacer un examen detenido para hallarla, y en otras ocasiones es lo primero que llama la atención, como en el hombre cuya fotografía se reproduce aquí.

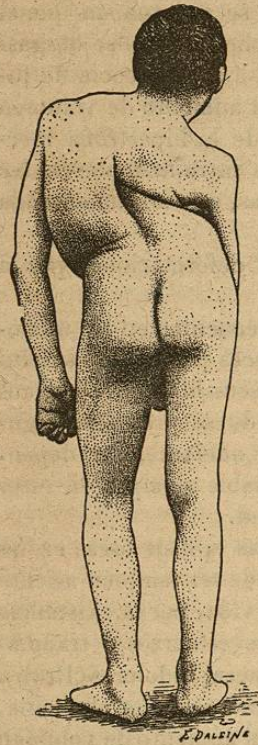


Fig. 132. — Escoliosis en la siringomielia (según Hallion).

La desviación ocupa la mayor parte de las veces la región dorsal, y según Hallion (1), su convexidad está habitualmente hacia el lado afectado el primero, y con más intensidad, en los casos en que la enfermedad predomina de modo extraordinario en un lado del cuerpo.

La escoliosis está á menudo asociada á la *cifosis*. La *lordosis* parece, por el contrario, que se presenta muy rara vez.

No molesta al enfermo más que mecánicamente, es decir, que es indolora. Sin embargo, existen casos en los que se observa un ligero dolor local á la presión, y además inmovilización de la región correspondiente de la columna vertebral. Puede ó no existir desde el principio de la enfermedad.

Según unos autores, es ocasionada por la artropatía vertebral (Krönig); según otros, por la acción muscular (Roth). Parece más natural admitir con Morvan que se trata de un verdadero desorden trófico de origen neuropático.

Trastornos vaso-motores. — No son poco frecuentes en la siringomielia, por más que á decir verdad tienen una importancia para el diagnóstico mucho menor que la de los signos de que antes hemos tratado. Algunas veces es una simple irritabilidad de

los vaso-motores de la piel, que produce el fenómeno conocido con el nombre de *dermografismo* (Schultze, Roth, etc.).

Se observa muy á menudo en los puntos que ocupan los trastornos tróficos (manos, panadizos) una sensación subjetiva y objetiva de enfriamiento, en ocasiones con coloración cianótica de la piel y otras veces, por el contrario, una especie de rubicundez difusa de la piel, con sensación de quemadura. Grasset ha descrito un hecho de este género, en el que pudo comprobar una elevación de temperatura del lado enfermo, de siete á nueve décimas de grado (2).

También se han observado *edemas* de origen neuropático (Strümpell, Schultze, Roth, Remak). Pueden ser generalizados, ó por lo menos ocupar la totalidad ó un gran segmento de un miembro. En otros casos están localizados, en particular, en la cara dorsal de las manos. En algunas ocasiones, cuando ocupan el tejido subcutáneo, pueden revestir el aspecto de tumores (*tumores pas-*

(1) Hallion, Des déviations vertébrales névropathiques. Thèse de Paris, 1892.

(2) Grasset, Leçons sur le syndrome bulbo-médullaire constitué par la thermo-anesthésie, l'analgésie et les troubles sudoraux ou vaso-moteurs. Clinique médicale, 1892.

tosos de Roth). No difieren de los edemas en general, conservan la impresión del dedo, y no van acompañados de modificaciones en la coloración de la piel. La temperatura local puede estar aumentada; en un caso de Remak ascendió á 38 grados, mientras que la de la axila no se elevaba más que á 37°,5.

Los *trastornos de la sudación* consisten comunmente en hiperhidrosis generalizadas, ó lo más común localizadas en particular, en las regiones anestésicas. Han sido descritas por muchos autores y estudiadas especialmente por Grasset (1). Dejerine (2), ha observado en el lado anestésico un retardo de la reacción sudoral producida por la pilocarpina. Grasset y Rauzier no han comprobado nada semejante (3).

Al mismo tiempo que los trastornos motores, sensitivos y tróficos que acabamos de exponer y que pueden considerarse como constitutivos de la sintomatología normal de la siringomielia, existen otros, que han sido observados en algunos casos, pero que deben apreciarse como accesorios y como excepcionales ó anómalos. Nos ocuparemos de ellos antes de pasar al estudio de los síntomas extrínsecos producidos por la lesión de la sustancia blanca de la médula.

Fenómenos morbosos de los esfínteres. — Se presentan rara vez. En la vejiga se ha observado la incontinencia ó la retención. También hay muy á menudo cistitis, ocasionada quizá por algo de paresia vesical. En un caso, se verificó la terminación fatal por perforación espontánea de la vejiga, por ulceración de este órgano (4).

La incontinencia de las materias fecales es rara y más bien constituye un accidente del período terminal de caquexia y de extenuación. El estreñimiento es habitual durante el curso de la enfermedad.

Entre los *desórdenes genitales* se ha observado dos veces la supresión de la menstruación. En el hombre, el apetito venéreo no sufre modificaciones; sin embargo, también se han observado la impotencia (Simon) y las poluciones nocturnas dolorosas (Wichmann).

Trastornos oculo-pupilares. — No deja de presentarse la desigualdad pupilar. Parece que está ocasionada por la lesión de la región cervical de la médula. No va acompañada del signo de Argill-Robertson.

En algunos casos se ha observado cierto grado de estrechez de la hendidura palpebral, con retracción del globo ocular. Son precisamente los signos de la lesión del gran simpático en el cuello. Quizás se producen por la alteración de sus fibras de origen en la médula.

El *nistagmus* es bastante frecuente. Sin embargo, no es lo regular en la siringomielia (5).

Dejerine y Tuiland han comprobado la disminución del campo visual en la siringomielia. Su existencia ha sido formalmente negada por Charcot (6) y Souques (7), que no le admiten más que en los casos de combinación del

(1) Grasset, *loc. cit.*

(2) Dejerine, *Semaine méd.*, 1880.

(3) Rauzier, De la Siringomyélie. Nouveau Montpellier méd., t. II, 1893.

(4) Blocq, Société anatomique, 1887.

(5) Dejerine et Tuiland, Rétrécissement du champ visuel dans la Siringomyélie. Soc. de biol., 12 Julio 1890.

(6) Charcot, Clinique des mal. du syst. nerv., publié par Georges Guinon, t. I.

(7) Souques, Étude sur les syndromes hystériques simulateurs des maladies de la moelle épinière. Thèse de Paris, 1891.