

lada puede muy bien suceder al espasmo inicial, sin que sea necesario admitir que es un resultado, no de la lesión del nervio, sino más bien, como Krause quiere, de la inacción funcional del músculo mismo. Este punto de su argumentación es, por lo demás, poco comprensible, porque se observará que atribuye esta parálisis secundaria del crico-posterior, y las lesiones musculares que resultan, á la contracción de los *adductores*, después de haber dicho primero que existía una contracción de todos los músculos de la cuerda vocal. ¿Por qué este músculo deja de estar contraído? ¿Por qué se paraliza? ¿Por qué se atrofia ó degenera? No sabemos nada. ¿Qué decir, en fin, de la explicación que nos da de la flacidez de esta cuerda vocal que cree contraída? No puede ser sino extraordinario, y lo es, en efecto. Atribuye esta flacidez al hecho de que la acción de los *adductores*, muy intensa al principio, es menor cuando ha cesado la del antagonista (crico-posterior): ¿no podría suceder lo contrario? Y si este mismo razonamiento estuviese conforme con las nociones de fisiología patológica general neuro-muscular, generalmente admitidas, ¿daría cuenta de la razón por qué la cuerda vocal, flácida, ocupa la línea media? Dejo á un lado lo que presenta de defectuoso la aproximación que hace Krause de las contracciones secundarias de los hemipléjicos con la contracción primitiva de las cuerdas vocales, puesto que su nueva concepción de la naturaleza refleja de esta contracción, le permite renunciar sobre este punto á sus anteriores ideas; pero no puedo admitir de ningún modo que, de todos los nervios mixtos, el recurrente sea el único cuya lesión, por compresión lentamente progresiva, por ejemplo, determine necesariamente la contracción muscular refleja permanente, persistente (sin fenómenos dolorosos, por otra parte), cuando la parálisis es la regla y la contracción, la excepción.

No es, pues, sorprendente que, desde su aparición, los trabajos de Krause encontrasen decididos adversarios. O. Rosenbach, B. Fränkel, F. Semon, Gottstein, criticaron vivamente sus experimentos y la interpretación que su autor les dió, y no sé que Krause haya intentado siquiera demostrar el poco fundamento de la argumentación de sus impugnadores. No ha contestado á la cuestión de Semon, preguntándole por qué se producía una contracción allí donde, por lo general, se observa una parálisis, y le señalaba como prueba de la mayor fragilidad de los músculos abductores sus investigaciones necrópsicas, que demuestran que la glotis, en el cadáver, es más estrecha que en el vivo, durante el reposo, obligando á pensar que, en el momento de la muerte, las funciones de los dilatadores cesan las primeras, según las demostraciones de Jeanselme y Lermoyez antes citadas.

Aunque cierto número de autores, aparte de los adversarios más arriba citados, hayan admitido en parte las ideas de Krause y tomado una posición en cierto modo intermedia entre la nueva y la antigua teoría (Mose, Gerhardt, Gouguenheim, Michäel, etc.); que otros, con Massei, hayan adoptado con entusiasmo la manera de ver de Krause, y que, en realidad, no sea ya hoy dudoso que los observadores, bajo la influencia de los trabajos de este último, tiendan más bien á ver contracciones, allí donde antes se creía en las parálisis; es, sin embargo, lícito pensar que este apasionamiento no tardará en disiparse, para dejar lugar á una concepción más sana de los hechos clínicos. La doctrina de Krause parece fundada sobre los hechos experimentales, pero, en realidad,

no es hasta hoy más que hipótesis, y aunque la de Semon no sea completamente satisfactoria todavía, no parece, sin embargo, dudoso que se aproxime mucho más á lo cierto. La utilidad incontestable de las investigaciones de Krause será el haber llamado la atención de los observadores sobre la existencia de los estados espasmódicos (aproximación de las dos cuerdas vocales) que pueden manifestarse con variable intensidad, pero sin cesar jamás por completo durante algunos días ó algunas semanas antes que las parálisis, ó quizás desaparecer sin dejar parálisis consecutivas. Su resultado más evidente será, haber demostrado que estos espasmos tónicos pueden afectar una sola cuerda vocal ó las dos á la vez. Estos trastornos espasmódicos han sido muy frecuentemente confundidos con las parálisis, y es de presumir que los errores de este género llegarán á ser cada vez más raros, aunque todavía el diagnóstico diferencial sea muchas veces absolutamente imposible por el examen laringoscópico. Pero no es de desear que estas investigaciones den origen á que los laringólogos caigan de uno en otro error y hacerles ver por donde quiera contracciones laríngeas primitivas, cuya existencia llegarán á admitir muy difícilmente los neuropatólogos.

Lo que actualmente debemos considerar como más probable, es que la irritación de un recurrente, tal y como la produce, por ejemplo, una compresión ligera, puede determinar ya fenómenos convulsivos clónicos complejos, como la tos, ya contracciones tónicas intermitentes de la cuerda vocal del mismo lado, ya más bien accesos de espasmo glótico bilateral, y á veces un estado espasmódico paroxístico, pero casi permanente durante algunos días, una semana, rara vez más; que estos accidentes pueden desaparecer con su causa; que pueden disiparse y volver en seguida sin que la causa haya desaparecido, si ésta queda estacionaria; que si la compresión continúa progresando, determina muy rápidamente una parálisis unilateral, limitada primero al músculo dilatador y pudiendo generalizarse en seguida más ó menos pronto, sin que durante mucho tiempo el enfermo se halle al abrigo de accesos espasmódicos diversos, posibles, en tanto que el nervio enfermo no esté destruído por completo. Debemos admitir, además, que si la compresión se encuentra desde su aparición suficientemente acentuada, determinará una parálisis, ya limitada primero al dilatador, ya generalizada en seguida.

Parálisis laríngeas de causas diversas.

PARÁLISIS HISTÉRICAS.—Las parálisis histéricas de la laringe son bastante frecuentes, y en los individuos jóvenes, sobre todo del sexo femenino, es donde comunmente hay ocasión de observarlas. Su patogenia no difiere de la de las demás parálisis histéricas. Comienzan con frecuencia de un modo brusco, á consecuencia de una contrariedad, del miedo ó de alguna otra emoción más ó menos viva; de una caída ó de algún otro traumatismo, ó también de un enfriamiento que hubiese ocasionado algo de congestión y de catarro local pasajero, se pierde la voz; ya súbitamente, ya al cabo de un tiempo variable, aunque de corta duración. Esta última condición es la más frecuente; la enferma se acuesta en posesión de su voz y se despierta afónica, ó bien enronquece

de pronto, y después de algunas alternativas de ronquera y de fonación casi normal, llega á ponerse afónica por completo.

Casi constantemente se trata de una parálisis bilateral de los adductores. La glotis queda simétrica, los ligeros movimientos respiratorios de las cuerdas vocales permanecen absolutamente normales, pero en el instante de los ensayos de fonación, la adducción no se verifica completa ó no hace más que iniciarse. La voz hablada está reducida á un simple cuchicheo; la tos, el hipo y los diversos gritos puramente reflejos, son los únicos que permanecen sonoros. En un gran número de casos, se observa la coexistencia de una tos nerviosa sonora, eructante, completamente especial, que sin género de duda no es más que una variedad de la tos histérica.

La parálisis puede afectar á todos los músculos adductores y tensores de las cuerdas vocales, ó á los adductores laterales y al ari-aritenóideo. En el primer caso, existe casi constantemente la anestesia de la mucosa. Las cuerdas vocales están rojizas, flácidas, y la epiglotis procidente. En el segundo, los trastornos de la sensibilidad local pueden faltar, y las cuerdas tienen con frecuencia un aspecto completamente normal. Puede conservarse la motilidad ó mejor la contractilidad de las bandas ventriculares, que se aproximan durante la fonación, hasta el punto de cubrir más ó menos las verdaderas cuerdas subyacentes, quedando separadas una de otra, ó bien llegan estas últimas á ponerse en contacto en el momento del esfuerzo de fonación, pero separándose casi en seguida, sin emitir sonido alguno. A veces, la parálisis recae únicamente sobre el ari-aritenóideo.

La primera forma (parálisis vocal total) es la más tenaz; puede durar mucho tiempo y permanecer así incompletamente curada, dejando en su consecuencia una paresia muy marcada, pudiendo, por ejemplo, permitir á la enferma hablar durante una ó dos horas, por la mañana, con bastante soltura, pero no dejando durante el resto del día sino una voz sorda, ronca y muy débil. Este estado, que puede durar meses y aun años (le he visto en un caso durar cinco años en una mujer de cuarenta y uno), tiene más tendencia á prolongarse en los individuos que han pasado de la juventud. Después, en un momento dado, la curación sobreviene de un modo progresivo, bastante rápida.

Las diversas variedades de la segunda forma, son generalmente de más corta duración. Esta, sin embargo, así como la marcha de la afección, son muy variables. La parálisis histérica de la laringe puede también ir seguida, después de algunos días ó algunas semanas, ya de mutismo histérico de duración indeterminada, ya de una curación completa. A veces, ésta es muy rápida; la voz vuelve súbitamente y puede ser normal desde luego; pero de ordinario no recobra sus caracteres normales, sino de una manera progresiva, al cabo de algunas horas, un día ó más.

La parálisis laríngea histérica ¿puede localizarse en los músculos dilatadores y determinar la situación media de las cuerdas vocales? El hecho me parece muy dudoso. Jamás he visto, ni he leído observación alguna señalando en un histérico el aspecto típico (cuerdas medias y flácidas, aritenoides inmóviles y en contacto) como se ve, por ejemplo, en los tabéticos. Este aspecto de la glotis ¿puede producirse en los histéricos, bajo la influencia de una contracción primitiva y aislada del ari-aritenóideo? Nada impide admitirlo, puesto

que el mismo músculo puede también paralizarse aisladamente. Pero los hechos concretos, faltan hasta ahora. Cuando al examen laringoscópico se encuentran las cuerdas vocales en adducción acentuada casi de la línea media, tensas, y que se las ve aproximarse (1) á la inspiración, se trata constantemente de un estado espasmódico transitorio, ó más bien de una serie de espasmos subintrantes y no cesan jamás por completo durante un período de tiempo que varía de algunos días á una semana y más, y desaparecen en seguida, para re- cidivar en muchos casos. A menudo, este espasmo ataca á la vez á la laringe y á los bronquios, según he visto muchas veces en los histéricos, en que este estado convulsivo era de origen reflejo, con punto de partida nasal. En otros casos, la laringe es la única afectada. Como he visto muchas veces desaparecer progresivamente estos accidentes en dos ó tres minutos, después de una embrocación ó de una pulverización de cocaína de la mucosa nasal roja é hinchada, no puedo admitir que se trate de una parálisis laríngea. ¿Cuántos casos de este género, no han pasado por «parálisis de los dilatadores?»

La opinión que emito, se aproxima á la que profesaba Gouguenheim en 1883. Para este autor no se tratará, en semejante caso, de una parálisis de los dilatadores, sino más bien de una contracción de los crico-tiróideos; esta opinión, sería aceptable si, como creía Gouguenheim, la parálisis histérica vulgar fuese también una parálisis de los músculos crico-tiróideos; y si, en realidad, los desórdenes laríngeos de los histéricos no se presentan sino en el dominio del larínge superior, como él ha sostenido. Pero esta teoría exclusiva, es evidentemente inexacta; hoy que las funciones del músculo crico-tiróideo están mejor conocidas, no puede admitirse que su parálisis sea capaz por sí sola de determinar la abducción, y, su contracción, la adducción de las cuerdas vocales.

Las parálisis laríngeas unilaterales son de tal modo raras, que cuando en un histérico una parálisis ó una paresia de los adductores laríngeos es unilateral ó también asimétrica, hay motivo para ser muy reservado sobre la causa real de la afección, y no conformarse con el diagnóstico de hemiplegia laríngea histérica, sino después de un examen muy atento. La coexistencia de otras manifestaciones del histerismo y aun la noción de la marcha de los accidentes, no bastan para el diagnóstico; es preciso tener cuidado de excluir toda causa de compresión nerviosa. Las adenopatías cervicales y traqueo-bronquiales, en los histéricos escrofulosos, son una de las causas de error más comunes en semejante caso.

PARÁLISIS CATARRALES.—La laringe, no elude la ley de Stokes; y cuando es atacada de una viva inflamación catarral, sus músculos se resienten siempre algo. Los trastornos de la voz, en la laringitis aguda, son debidas más bien á paresias de los músculos periglóticos, que á la tumefacción de la mucosa que los cubre. Según Moure, el ari-aritenóideo es el preferentemente afectado; pero el grupo adductor lateral, lo es también con frecuencia al menos. Generalmente, estas parálisis catarrales son asimétricas; un lado está más parésico que el

(1) Esta aproximación inspiratoria de las cuerdas vocales, se ve en muchas personas nerviosas en el momento del primer examen laringoscópico, ó más bien de la primera aplicación del espejo y desaparece al cabo de algunos minutos, para dejar ver el aspecto fisiológico desde que la emoción ó aprensión del enfermo ha desaparecido. Es preciso guardarse de atribuirle, en semejante caso, un valor semeiológico que le daría solo su constancia.

otro, y, después de la curación, pueden verse paresias limitadas que persisten durante algún tiempo y ocasionan trastornos de la voz de bastante duración. La laringitis crónica va acompañada también con frecuencia de accidentes del mismo género, atacando de preferencia, y aun casi exclusivamente, el grupo lateral (tiro-aritenóideo sobre todo).

Las paresias laríngeas sobrevienen á consecuencia de un catarro muy ligero, de una simple congestión, cuando no reconocen por causa fatigas musculares (como se observa en los cantantes), se ven principalmente en los histéricos ó en los neuróticos. Otro tanto puede decirse de las paresias laríngeas de los anémicos y de los cloróticos. En los viejos, se observan paresias de causas complejas, con demacración muscular, comparables á las que se ven en las diversas caquexias, ó en los estados generales graves (cólera, etc.).

PARÁLISIS MIOPÁTICAS.—La inflamación superficial de la mucosa laríngea es capaz de determinar lesiones persistentes, progresivas, de los músculos subyacentes? El hecho es probable, pero la cuestión está todavía tan mal conocida, que es muy difícil extenderse sobre este punto. La existencia de parálisis miopáticas de los músculos crico-aritenóideos posteriores, está admitida por muchos autores; recientemente, Gouguenheim y Tissier han llamado seriamente la atención sobre la existencia, en los tuberculosos, de una miositis intersticial de esta región, y Prouts y Tissier han emitido la hipótesis de que esta lesión podía también, en los tuberculosos, alcanzar al adductor central. Pero es muy difícil separar de las miopatías primitivas las alteraciones musculares regresivas consecutivas á las neuritis periféricas infecciosas, peri-articulares, y otras, primitivas ó secundarias; las atrofas consecutivas á la degeneración del tronco y de los filetes nerviosos terminales, debida á la compresión, etcétera. La cuestión de las parálisis miopáticas (que adquiere hoy un interés, tanto mayor, cuanto que se ocupa antes de las amiotrofias en general) está todavía en estudio, y no puede ser indicada aquí sino brevemente.

DIAGNÓSTICO Y VALOR SEMEIOLOGICO.—El diagnóstico de una parálisis laríngea, exige un examen laringoscópico sistemático y completo, practicado en buenas condiciones, es decir, sin que el enfermo lo dificulte por los esfuerzos del vómito, contracciones faríngeas ó laríngeas reflejas, ú otros movimientos intempestivos. La primera condición es, por consiguiente, obtener una tolerancia absoluta por parte del enfermo al contacto del espejo laríngeo, á lo cual se llega casi seguramente por medio de la anestesia local por la cocaína. Aparte, pues, del histerismo, y en general de los casos en que el enfermo acusa una mediana sensibilidad de la faringe y del velo, conviene, después de haber limpiado estas regiones por medio de un tapón de algodón hidrófilo del volumen de una nuez (fijado al extremo de una pinza larga de fuerte presión), bien empapado en una disolución alcalina algo fuerte (bicarbonato de sosa), embadurnar la región con un segundo tapón impregnado en una disolución de clorhidrato de cocaína al quinto, y no examinar la laringe sino cuando al cabo de dos ó tres minutos el enfermo, acusando en el fondo de la garganta una sensación de adormecimiento, de cuerpo extraño ó de dificultad de tragar, indica por sí mismo que se ha obtenido la insensibilidad (1).

(1) Las disoluciones de clorhidrato de cocaína, producen una anestesia mucho más completa cuando son neutras ó ligeramente alcalinas que cuando son ácidas. Es, pues, ventajoso, cuando se prepara una

El examen laringoscópico debe practicarse en seguida con un espejo laríngeo de dimensiones algo mayores, una buena lámpara y un espejo reflector frontal perforado en su centro, á fin de que el ojo del observador pueda encontrarse bien exactamente en el eje del foco luminoso. En fin, es preciso tener cuidado de colocar al enfermo bien enfrente de sí y bien recto, y no dar al espejo laríngeo una posición oblicua lateralmente. Todas estas precauciones son muy importantes en semejante caso, á fin de evitar toda asimetría de la imagen laríngea, accidental y debida á una posición defectuosa del enfermo, del espejo laringoscópico ó del observador. Hecho esto, este último debe examinar con atención la laringe alternativamente y muchas veces durante la respiración (tranquila y forzada), y durante la emisión del sonido *e* en voz de pecho (que levanta la epiglotis), con el objeto de darse cuenta exacta del estado de la motilidad. Debe tomar como punto de partida una línea ideal, partiendo del ángulo anterior de las cuerdas vocales y dirigida en el plano medio (línea media), línea que debe ocupar los bordes libres de las cuerdas vocales durante la fonación, y las cuales deben separarse y aproximarse igualmente durante los movimientos inspiratorios y espiratorios. En fin, debe tener costumbre de examinar laringes normales y conocer bien el aspecto que presenta el órgano durante la respiración y la fonación.

La comprobación de una disminución ó falta de motilidad normal de una ó de las dos cuerdas vocales no basta para imponer en el ánimo la noción de parálisis, si la laringe presenta lesiones orgánicas actuales ó señales de lesiones antiguas y cicatriciales. En semejante caso, la aproximación fonatoria de las cuerdas vocales puede estar entorpecida por la tumefacción de la mucosa interaritenóidea, ó la movilidad de las cuerdas vocales, ó de una de ellas, dificultada por lesiones articulares (artritis, anquilosis). La infiltración tuberculosa difusa, puede ocasionar análogos resultados. El cáncer de la laringe al principio, sobre todo cuando el punto de partida de la lesión reside profundamente, ó en la cara inferior de una cuerda vocal, y cuando el aspecto de la mucosa está poco modificado todavía, determina con frecuencia una inmovilidad más ó menos completa de la cuerda enferma, en situación intermedia, debida á la infiltración carcinomatosa ó á las lesiones inflamatorias de los tejidos inmediatos al tumor. Es preciso no confundir esta inmovilidad mecánica, con una parálisis. Esta última causa de error puede á veces ser muy difícil de evitar, pero los antecedentes son de ordinario desechados con facilidad por la anamnesia y la comprobación de lesiones materiales objetivas. Recordaré la asimetría de la laringe debida á la desviación en masa del órgano, por un tumor que reside en sus inmediaciones.

El diagnóstico de la existencia de una parálisis unilateral no presenta otras dificultades que la (hasta hoy insoluble cuando la cuerda no está flácida) de la diferenciación de la contracción tónica general y de la parálisis parcial: una parálisis unilateral total invade al ojo repentinamente, una parálisis unilateral parcial se reconoce siempre con un poco de atención. Respecto al diagnóstico de las parálisis bilaterales, generalmente fácil cuando se trata de parálisis de

disolución de clorhidrato en agua destilada, neutralizarla en seguida añadiéndola cocaína pura en exceso; y para conservar la disolución, colocar en el frasco un pequeño trozo de alcanfor en suspensión, en vez de añadir ácido fénico ó salicílico.

adducción y de la tensión, puede llegar á ser imposible cuando el observador debe decidir, en caso de falta ó insuficiencia de abducción, si se trata de una parálisis ó de una paresia de los dilatadores con tipo respiratorio, inverso ó no, ó de accidentes espasmódicos. Ya he aludido á esta cuestión, con motivo de las parálisis histéricas. Pueden apreciarse con la misma dificultad en los tabéticos, y aquí el entorpecimiento es infinitamente mayor, porque en estos enfermos las parálisis bilaterales de los abductores, de aspecto típico, son frecuentes; hay imposibilidad absoluta de decidirse, después de un primer examen, si se trata de un espasmo moderado de los adductores con desórdenes de coordinación, ó de paresia de los abductores, y la observación repetida y prolongada de los enfermos no siempre permite al médico formar juicio. En fin, éste no debe olvidar que, en las personas nerviosas, la aprensión, después de un primer examen laringoscópico, basta para producir el espasmo de los adductores ó de los abductores durante la respiración; en el primer caso, cuando se invita al enfermo á respirar ampliamente, las cuerdas vocales se separan mal, y aun pueden aproximarse en la inspiración; en el segundo, por el contrario, cuando se suplica al enfermo que respire tranquilamente, mantiene sus cuerdas vocales en abducción extrema. Pero entonces, en general, al cabo de algunos instantes, todo entra en orden, y los movimientos laríngeos vuelven á ser normales.

Una vez comprobada la existencia de una parálisis laríngea, y *los caracteres objetivos de los desórdenes motores debidamente observados*, lo mejor que puede hacer el médico es suspender la investigación de un diagnóstico preciso de los diversos músculos más ó menos afectados; debe abandonar el espejo, y, por un examen clínico completo de su enfermo y un interrogatorio bien conducido, averiguar la causa de la parálisis laríngea. Pero, haga lo que quiera, no podrá esperar y acertar siempre; en muchísimos casos, su examen será negativo. La comprobación de una parálisis total de una cuerda vocal, en posición media ó intermedia, á falta de toda causa apreciable, debe siempre obligarle á ser reservado en cuanto al pronóstico; porque este síntoma puede ser la primera manifestación bien evidente de cualquiera de los tres estados morbosos incurables que siguen: *la tabes, el aneurisma aórtico y el cáncer del esófago*. Así que, ante un caso de este género, debe hacer lo más minuciosamente posible el examen de su enfermo, desde este triple punto de vista; con mucha frecuencia, tendrá ocasión de convencerse de que los trastornos vocales atribuidos por el enfermo á una simple laringitis sin importancia, son en realidad debidos, ya á una enfermedad incurable y de duración indeterminada, ya á una afección rápidamente progresiva y fatalmente mortal en breve plazo.

MARCHA Y PRONÓSTICO. — La marcha de las parálisis laríngeas, es esencialmente variable según sus causas. Respecto á su pronóstico, conviene distinguir el pronóstico de la parálisis misma del de la afección causal.

La parálisis bilateral de los dilatadores es siempre una afección grave á causa de la constancia de los trastornos respiratorios que hacen insuficiente la hematosis, y de la inminencia, de temer siempre, de paroxismos disnéicos que pueden acarrear la muerte rápida por asfixia. En gran número de enfermos, la disnea es durante mucho tiempo poco acentuada, aún puede decrecer en un momento dado, y desaparecer definitivamente, al menos en parte, gracias

á la atrofia de las cuerdas vocales y á la generalización de la parálisis á los diferentes músculos periglóticos. Pero cuando el *cornage* permanente es un poco acentuado, cuando aumenta por la noche hasta el punto de obligar al enfermo á levantarse, y sobre todo, cuando los accesos de sofocación paroxística han comenzado á aparecer y se repiten, el pronóstico es gravísimo y la traqueotomía debe practicarse sin dilación.

El pronóstico de las parálisis bilaterales de los constrictores, y el de las parálisis unilaterales diversas, es interesante para el enfermo desde el punto de vista del restablecimiento de la voz. Lo que le preocupa ante todo, es saber si la disfonía ó afonía que padece desaparecerá, y cuándo logrará este resultado. Cuando se trata de una afonía histérica, el médico puede predecir desde luego el restablecimiento de la función, pero le es absolutamente imposible saber cuándo se verificará. Ya lo he dicho antes; ciertos tipos de parálisis laríngeas histéricas son más tenaces que otros, y este es un elemento que deberá tenerse en cuenta. También he hablado antes, de la suplencia vocal que se establece en muchos casos de parálisis unilaterales completas del recurrente. Puede, pues, en caso de parálisis de este género todavía reciente, esperarse la reaparición de la voz, pero no puede decirse cuándo, y mucho menos para juzgar el grado de disfonía que persistirá casi siempre. En ningún caso de este género, puede esperarse jamás el restablecimiento del canto.

Respecto al pronóstico de la parálisis misma, he hablado en lo que concierne á la parálisis bilateral de los dilatadores y la parálisis histérica de los adductores: las primeras no se curan, ó sólo excepcionalmente; las segundas curan siempre. Las parálisis diftericas no son graves sino por los trastornos que producen en la deglución, pero curan de ordinario con bastante rapidez.

Cuando se trata de una parálisis unilateral debida á una lesión fatalmente progresiva (cáncer del esófago ó de los ganglios, aneurisma, etc.), no hay evidentemente lugar á pensar en su desaparición; pero, por otra parte, la noción de la curabilidad de la lesión causal, no permite prejuzgar de la curabilidad de la parálisis que ha determinado. Así que es absolutamente imposible saber si una parálisis por compresión desaparecerá con esta compresión misma, en caso de adenitis, de tumor del cuello operable, ó de adenopatía sífilítica, curable por el tratamiento específico. La posibilidad de la curación depende del estado del nervio, y este estado no podrá ser aproximadamente descubierto sino por una exploración eléctrica precisa, individual, de los músculos laríngeos, hasta hoy irrealizable. Por regla general, la parálisis tiene tanta más probabilidad de curarse en semejante caso, cuanto más reciente es. La noción de la marcha seguida por la parálisis, es también muy importante desde este punto de vista: una cuerda que ha estado primero en posición media y poco después en posición intermedia, llamada *cadavérica*, es muy posible que quede paralizada; y esta parálisis deberá considerarse desde luego como incurable, si la cuerda padece positivamente de atrofia muscular. Iguales consideraciones se aplican á las parálisis determinadas por las neuritis periféricas de marcha lenta y progresiva; si la lesión se detiene á tiempo, las punciones del nervio pueden restablecerse; pero, en un momento dado, el trastorno morbooso llega á ser definitivo. Recordaré, para terminar, lo que se refiere, al pronós-