

tico de las parálisis laríngeas, que en los atáxicos pueden observarse laringoplegias transitorias en algunos casos.

La cuestión del tratamiento, es muy importante. No insistiré sobre la importancia y la necesidad del tratamiento causal; pero lo que importa saber, es que cuando se trata de una parálisis curable, la curación se obtiene más rápidamente si se recurre á la electricidad, que por la expectación pura y simple. Las indicaciones de la corriente continua ó de la faradización, varían según los casos; ya podrá recurrirse á la electrización endolaríngea, ya al método percutáneo. La discusión de las indicaciones y la descripción de los procedimientos técnicos de las aplicaciones eléctricas, no tienen aquí su lugar apropiado; me limitaré á decir, que los resultados obtenidos serán tanto mejores, cuanto más metódicamente se practique el tratamiento eléctrico, en la mayoría de casos. Pero en lo que concierne al histerismo, no es dudoso que, muy frecuentemente, los resultados de la electrización son más bien el hecho de la sugestión ó autosugestión, que el del efecto fisiológico de las corrientes. Las curaciones obtenidas en los histéricos son á veces completamente pasajeras; y, en muchos casos, fracasa en absoluto la electricidad. Jamás debe olvidarse ensayar, en estos enfermos, la administración al interior de la estricnina á dosis elevadas (6 á 10 miligramos por día), vigilando mucho los efectos del medicamento. En ocho ó quince días he curado con frecuencia, por este método, afonías histéricas tenaces que resistieron obstinadamente á la hidroterapia, á la electricidad, á la sugestión, etc., etc. Nunca recomendaré lo bastante su empleo.

#### § 2.—ESPASMOS DE LOS MÚSCULOS DE LA LARINGE

No nos ocuparemos aquí más que de los espasmos de la laringe propiamente dicha, y dejaremos á un lado, por ahora, el estudio de las neurosis laríngeas complejas, en las cuales el espasmo glótico, tónico ó clónico, está asociado á desórdenes motores de idéntica naturaleza, que afectan al diafragma y los músculos torácicos al mismo tiempo que á los músculos intrínsecos de la laringe, como se ve en el *espasmo freno glótico de los niños de pecho* y en las diversas variedades de *tos nerviosa laríngea espasmódica*.

Limitado á la laringe, los *espasmos clónicos* no son más que un síntoma poco importante de algunas enfermedades de los centros nerviosos (esclerosis en placas, etc.), y no nos detendremos más. Los *espasmos tónicos*, por el contrario, por la importancia de los síntomas que determinan dificultando las funciones respiratorias y vocales, merecen toda la atención del médico. Ya son generalizados á todos los músculos aductores y tensores, y tienen por resultado la oclusión más ó menos acentuada de la glotis, propiamente dicha, que permanece cerrada durante todo el tiempo de la convulsión sin permitir la penetración normal del aire inspiratorio y su libre salida á la espiración; los trastornos respiratorios predominan entonces, y puede, con Juracz, designarse el fenómeno con el nombre de *espasmo glótico respiratorio*. En otros casos, al contrario, el espasmo tónico no se produce sino en el momento de la acomodación vocal, y cuando el enfermo quiere hablar; pero falta durante la

inspiración y espiración tranquilas; los desórdenes respiratorios son nulos, aunque la voz es imposible. Entonces, se trata del *espasmo glótico fónico* (*afonía espasmódica* de Traube). No estudiaremos aquí más que la primera de estas dos variedades; la segunda, se describirá en el párrafo consagrado á los desórdenes de coordinación de los músculos de la laringe, donde creemos encontrará lugar más apropiado, porque, en realidad, no es más que un vicio de acomodación vocal del órgano, cuya etiología es absolutamente diferente de la del espasmo glótico común.

#### ESPASMO GLÓTICO DISNÉICO

SINONIMIA.—Estridulismo, laringismo estriduloso.

SINTOMATOLOGÍA.—El acceso de espasmo glótico comienza, de ordinario, bruscamente; el enfermo siente una sensación de picor ó de cosquilleo que le obliga á toser, á hacer algunas espiraciones bruscas sucesivas, á las cuales sigue una inspiración ruda, sibilante, de variable duración. Después de algunas alternativas de este género, ó desde el principio, la respiración no se hace más que por una serie de inspiraciones y de espiraciones ruidosas. El aire no penetra en el pecho sino con dificultad y á costa de violentos esfuerzos inspiratorios, el enfermo se agarra á los objetos que le rodean, buscando el mejor apoyo posible á su tórax, cuyos movimientos se encuentran dificultados; inclina la cabeza hacia atrás levantando el pecho, aprieta con frecuencia las arcadas dentarias; hace obrar á los músculos dilatadores de las alas de la nariz; se contrae la cara, los ojos se abren desmesuradamente y se fijan, y la angustia es rápidamente creciente, á menos que el enfermo, habiendo experimentado ya idénticos accesos terminados sin dificultad, no se resigne á su mal y llegue al final sin inquietud notable, lo cual no es raro, tanto en los niños como en los adultos. A cada inspiración, la laringe desciende, las partes blandas del tórax se deprimen, el *tiro* se acentúa. Después de un tiempo variable, algunos segundos, medio minuto, un minuto, ó á veces más, la disnea, que primero fué aumentando, disminuye poco á poco ó bruscamente; la respiración se restablece, y el enfermo, cubierta la frente de sudor, se deja caer en la cama, y evita todo movimiento. Después de algunos accesos de tos, algunos eructos, todo entra de nuevo en orden.

La terminación del acceso en cierto número de casos, se verifica bruscamente en el momento mismo del paroxismo: el enfermo pierde el conocimiento de una manera más ó menos completa, y después de un estado de atontamiento que dura algunos segundos, vuelve en sí con la integridad de sus funciones respiratorias. En otros casos, felizmente raros, la disnea persiste tiempo bastante para que los síntomas de asfixia aparezcan y aumenten con rapidez de intensidad; en estas condiciones, la muerte sobreviene antes de tener tiempo de practicar la traqueotomía. En otros casos, en fin, el espasmo glótico no cesa por completo con el acceso; las vías respiratorias quedan ligeramente contraídas, la laringe no se abre lo suficiente, la auscultación comprueba una disminución del murmullo vesicular, probablemente en relación con el espasmo

bronquial concomitante; el enfermo queda en *inminencia de accesos espasmódicos*, y este estado, interrumpido por paroxismos disnéicos laríngeos y laringo-bronquiales, de duración, intensidad y frecuencia variables, puede durar varios días, una semana y más.

En condiciones ordinarias, si la causa es persistente, los accesos reaparecen con una frecuencia primero creciente, después á intervalos más raros, y desaparecen por un espacio de tiempo ó de un modo definitivo. En suma, se conducen como los accesos de asma y proceden por ataques, estando compuesto cada uno de éstos, de cierto número de accesos. Generalmente, éstos son más frecuentes por la noche; diversas causas ocasionales, de que nos ocuparemos en la etiología, les hacen aparecer; á veces, sobreviene sin causa determinante apreciable.

**ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.** — Estudiando la etiología, la patogenia y la fisiología patológica de las laringoplegias debidas á lesiones del aparato de inervación de la laringe, hemos tocado incidentalmente las de los espasmos glóticos debidos á causas del mismo orden. En efecto, toda irritación ligera, pasajera, intermitente, de este aparato, es susceptible de determinar los accesos de espasmo de la glotis, y la parálisis generalmente vendrá después, si la irritación termina en una alteración inflamatoria ó en la degeneración de los nervios y de sus centros. Si la lesión es rápidamente progresiva, el espasmo puede faltar y la parálisis aparecer desde luego; en el caso contrario, y sobre todo en caso de irritación por tumores que varían muy pronto de volumen (adenopatía traqueo-bronquial simple, por ejemplo), los espasmos son frecuentes, en tanto que es muy raro observar las parálisis.

También importa señalar, que los accesos de espasmo glótico pueden producirse en los sujetos afectados de aneurisma aórtico ó de cáncer del esófago, y deben considerarse en semejante caso como fenómenos reflejos. En efecto, es probable que la irritación, transmitida por las fibras centripetas del extremo central del recurrente lesionado, se refleje por el centro inmediato hacia los filetes motores del nervio laríngeo superior. Esta última condición parece muy probable en algunos casos, particularmente cuando se trata de espasmos glóticos que dan origen á accesos disnéicos paroxísticos en los sujetos con parálisis bilateral de los dilatadores de la glotis, que tengo observada, después de la resección del recurrente, en el tabético operado por Carlos Monod, y cuya observación dejo citada. Por otra parte, en los atáxicos la patogenia de los accidentes laríngeos espasmódicos, lo mismo que la de las laringoplegias, parece ser muy variable y compleja.

Los accesos de espasmo glótico consecutivos á la presencia de un cuerpo extraño, de una tumefacción edematosa ó de una acumulación de concreciones mucosas en la región subglótica de la laringe, deben muy probablemente considerarse como accidentes reflejos que tienen su punto de partida en los filetes sensitivos de los nervios laríngeos. En los casos de este género en que existe un grado de evidente obstrucción mecánica, se ha atribuído, como causa de los accesos espasmódicos, á la acción sobre los centros bulbares de la sangre desoxigenada. Es posible que la anoxemia pueda desempeñar un papel de este género, pero no debe ser más que accesorio, porque no es sino en la laringe y en las vías aéreas donde se ven complicarse de espasmo las estreche-

ces orgánicas. Cuando el espasmo glótico se produce en personas que tienen un pólipo voluminoso de la región subglótica de la laringe, es también á una acción refleja á lo que hay que atribuir los accidentes disnéicos paroxísticos, y, en semejante caso, el punto de partida del reflejo reside en las terminaciones sensitivas del laríngeo superior, como cuando el espasmo es determinado por un cuerpo extraño subglótico, una inflamación difusa intensa del vestíbulo laríngeo; el contacto de vapores ácidos ó irritantes, de substancias cáusticas ó simplemente de instrumentos introducidos en la laringe con un objeto terapéutico.

En los neuropáticos y los histéricos, se observan también muy frecuentemente espasmos glóticos reflejos en puntos más ó menos lejanos de la laringe; pueden sobrevenir con motivo de lesiones de la faringe, de las fosas nasales sobre todo, y á veces consecutivamente á trastornos gastro-intestinales ó utero-ováricos. Los histéricos pueden además presentar el espasmo laríngeo, que no es posible atribuir á una lesión cualquiera determinada, y que debe considerarse como un accidente de origen central: en efecto, no es raro observar en estos sujetos, espasmos glóticos violentos á consecuencia de una emoción, de una contrariedad, de una causa común ó insignificante, ó también sin causa apreciable.

No haré más que señalar aquí el espasmo glótico que se observa en la coqueluche, el que constantemente se produce en el momento del ataque epiléptico, etc. La patogenia de este accidente es compleja ó desconocida en estos diversos casos, y es inútil insistir más en ello.

Cualquiera que sea la causa determinante, el espasmo de la glotis se produce de preferencia en las personas nerviosas, accidente muchas veces de origen reflejo, tanto más frecuente, cuanto que los mismos individuos tienen una hiperexcitabilidad refleja general más acentuada; es uno de los accidentes más comunes á los neuropáticos llamados *espasmódicos*. Independientemente de la predisposición constitucional y de la muy dudosa que parece presentar el sexo femenino, la edad es un factor etiológico de considerable importancia. Los niños, hasta la edad de siete años, están infinitamente más expuestos que los adultos al espasmo glótico. Este hecho no sólo obedece á que los niños son atacados de preferencia, de las principales afecciones predisponentes (obstrucción nasal y naso-faríngea, por tumores adenoides, adenopatía traqueo-bronquial simple, post-coqueluchosa, post-alfombrilla, etc.), sino también á condiciones de predisposición particulares á esta edad; en ellos, la menor laringitis tiene tendencia á invadir la región subglótica de la laringe y ocasionar lo que Bretonneau llamaba con tanta exactitud «romadizo de las cuerdas vocales», tomando la forma espasmódica.

**DIAGNÓSTICO.** — Cuando el médico se encuentra ante un enfermo que ha presentado ya algunos accesos de espasmo glótico, el diagnóstico se hace fácilmente por la anamnesia y los datos suministrados por las personas que le rodean. No obstante, conviene buscar la causa posible de los accidentes. Cuando se trata, sobre todo, de un niño, importa saber inmediatamente si se trata de un espasmo glótico puramente neuropático, ó si, por el contrario, es sintomático de una lesión de la laringe, ya de un cuerpo extraño, ya de una laringitis. En caso de cuerpo extraño, los conmemorativos ilustran al médico,

En caso de laringitis, la cuestión es grave; procúrese saber si se trata de una laringitis espasmódica simple ó del crup. No insistiré aquí sobre el diagnóstico diferencial, que dejo estudiado en el capítulo *Crup*, en el volumen precedente de esta obra. Me limitaré á insistir sobre los grandes servicios que presta el examen laringoscópico, tanto en los niños, cuando es posible, como en los adultos, y sobre la necesidad de proceder á la anestesia local de la faringe por medio de la cocaína, antes de practicar este examen, precaución sin la cual se corre el riesgo de provocar un acceso.

Cuando nos encontramos ante un enfermo en pleno acceso disnéico, el cuadro sintomático que tenemos á la vista no da origen á duda, tan característico es; sin embargo, en ciertos casos es importante darse cuenta de que el obstáculo á la respiración reside en la laringe y que no es debido á una compresión ó á una estrechez de la tráquea. En caso de aneurisma de la aorta, por ejemplo, se impone la resolución de esta cuestión previa, porque resuelve á su vez la de la oportunidad de la traqueotomía cuando la asfixia es inminente. Se recordará, que en el caso de disnea traqueal, no se observa durante la contracción el movimiento en masa de la laringe, en la inspiración, que no falta jamás en el caso contrario. Además, el estridulismo inspiratorio es sibilante y bitonal, en el caso de disnea traqueal; el enfermo, en vez de inclinar la cabeza hacia atrás, más bien tiene tendencia á echarla hacia adelante; en fin, la voz no está alterada, sino sólo más débil que en el estado normal, en vez de ser ahogada, como en el espasmo glótico. Por otra parte, excepto en casos de cuerpo extraño voluminoso, la disnea traqueal aparece progresivamente y no empieza de un modo repentino, como en el acceso de espasmo glótico. De todos modos, el examen laringoscópico disipará las dudas, si existen. Si este examen comprueba que la mucosa de la laringe se halla en estado normal, pero que durante la respiración las cuerdas vocales quedan en posición media, rígidas y tensas, no dejando pasar el aire inspiratorio sino con dificultad y vibrando, y son ligeramente elevados en sus bordes libres, y sobre todo su parte media, por la corriente de aire espirado, se tratará evidentemente de un espasmo de la glotis, y todas las afecciones laríngeas capaces de determinar la disnea, quedarán absolutamente eliminadas. Pero será indispensable, cuando la respiración sigue algo dificultosa después del acceso, practicar de nuevo el examen de la laringe en este momento, á fin de saber si no se trata de una parálisis de los dilatadores. Ya hemos visto que la cuestión no siempre es fácil de esclarecer, y que muchas veces, el diagnóstico entre el espasmo moderado persistente y esta forma de parálisis bilateral, puede quedar en suspenso.

Un examen clínico completo del enfermo, es lo único que permite hacer el diagnóstico causal, cuando el espasmo no depende de una afección intra-laríngea. En el caso en que el examen del mediastino y de los centros nerviosos sea negativo, no se olvidará averiguar el estado de las funciones digestivas y genitales, así como tampoco el examinar las fosas nasales, porque la pituitaria es muchas veces el punto de partida de espasmos reflejos. La comprobación de una hiperemia evidente de esta región, la reaparición del espasmo cuando se titila la pituitaria con una sonda, su desaparición casi inmediata después del embadurnamiento intra-nasal de cocaína, permitirán hacer un diagnóstico exacto.

PRONÓSTICO.— Es muy raro que el acceso de espasmo glótico termine por la muerte del enfermo, excepto en los casos de parálisis de los dilatadores, ó en los sujetos atacados de accidentes bulbares. Sin embargo, se han visto histéricos que tenían una disnea laríngea de tal intensidad, que fué menester practicar con urgencia la traqueotomía. Aparte de estos casos excepcionales, el pronóstico del espasmo glótico depende mucho más de su causa, que de los efectos inmediatos del síntoma mismo; es, pues, según esto, extremadamente variable.

TRATAMIENTO.— No me ocuparé del tratamiento causal, sino solo del apropiado para combatir el acceso, ó por lo menos de disminuir su intensidad y duración. Los medios locales más eficaces son las pulverizaciones de cocaína en las fosas nasales y en la garganta, las aplicaciones de compresas empapadas en agua muy caliente delante del cuello, ó también la aplicación de un saquito de hielo en la nuca. Las pulverizaciones de cocaína deben hacerse con mucha discreción y con disoluciones muy débiles (2 por 100), si quiere evitarse la intoxicación, sobre todo en los niños. Las compresas calientes deben renovarse y dejarse colocadas algún tiempo, en tanto que el saquito de hielo debe levantarse al cabo de medio ó un minuto. Si fracasan estos medios locales y la disnea es bastante intensa para hacer temer la asfixia, es necesario recurrir á la cloroformización; en algunos casos, sobre todo en los histéricos, este medio es casi infalible y la respiración se restablece inmediatamente; pero á veces, también, reaparecen los accidentes cuando cesa la anestesia, y es preciso repetirla varias veces. La traqueotomía es un recurso último; antes de recurrir á ella, deberá intentarse el entubamiento de la glotis, tomando todas las precauciones posibles para no herir la mucosa laríngea.

### § 3. — DESÓRDENES DE COORDINACIÓN DE LOS MÚSCULOS DE LA LARINGE

Ya he señalado los trastornos de los movimientos laríngeos respiratorios dependientes de una perversión momentánea de la inervación motora, y determinando en las personas sanas, pero nerviosas é impresionables, el «tipo respiratorio inverso», es decir, la aproximación anormal de las cuerdas vocales en la inspiración, durante el examen laringoscópico. Este fenómeno, según hemos visto, puede observarse también de una manera constante, en los enfermos afectados de paresia ó de parálisis de los dilatadores, y principalmente de los tabéticos.

En algunos atáxicos se observan desórdenes motores laríngeos particulares, respondiendo bastante exactamente á lo que Prosser James ha descrito con el nombre de «tartamudeo de las cuerdas vocales». Cuando durante el examen laringoscópico, respirando tranquilamente el enfermo, se le invita á emitir un sonido, las cuerdas vocales, en vez de ejecutar un movimiento de adducción continuo para tomar la posición media, no lo hacen sino después de una serie de oscilaciones asimétricas é irregulares, es decir, de aproximaciones y separaciones sucesivas. He observado igualmente este fenómeno en dos paralíticos generales y en un enfermo de Déjerine que padecía pseudo-parálisis general sifilítica.

En las formas graves de corea de Sydenham, la laringe padece los desórdenes motores que se comprueban en cualquier otra. Pero es difícil decir lo que corresponde particularmente á la laringe en los desórdenes vocales observados en circunstancia semejante, y distinguir los síntomas laríngeos de los que revelan las convulsiones del diafragma y de los músculos torácicos.

Los desórdenes de coordinación de los músculos laríngeos más interesantes, son los que presentan algunos individuos neuropáticos ó de origen neuropático, afectando formas clínicas particulares que les dan la fisonomía de neurosis especiales. Tales son la *afonía espasmódica*, cuya forma atenuada toma el nombre de *disfonía espasmódica*, la *disfonía nerviosa crónica*, la *voz eunocoide*.

**AFONÍA ESPASMÓDICA.**— La *afonía espasmódica* (ó *espasmo fónico*) se observa casi exclusivamente en las institutrices ó los profesores, predicadores, oradores ó actores, y, en general, en las personas obligadas por su profesión á hacer diariamente de su voz un uso prolongado. Pero no afecta de ningún modo más que á las personas nerviosas, y con frecuencia á las histéricas. El trastorno laríngeo consiste en una imposibilidad más ó menos constante y absoluta de emitir un sonido vocal, porque en el momento en que el enfermo quiere hablar, la laringe se contrae en totalidad y se cierra enérgicamente. El laringoscopio demuestra que, en este caso, no solo se trata de una adducción y tensión exageradas de las cuerdas vocales, sino también de una constricción de la entrada de la laringe, análoga á la que se produce normalmente en el *esfuerzo*: los músculos de Rüdinger, que se encuentran en el espesor de las cuerdas superiores, se contraen enérgicamente y determinan el contacto de la parte media de los bordes libres de estos diafragmas músculo-membranosos; al mismo tiempo que los músculos tiro-ari-epiglóticos, aproximan, una hacia otra, la epiglotis y la región aritenóidea, y realizan la oclusión completa del vestíbulo glótico. No sólo no se emite ningún sonido, sino que no hay ni aun cuchicheo; el aire no sale, y en tanto que el enfermo continúa su esfuerzo de emisión vocal, las cosas permanecen en el mismo estado, hasta el punto de que la cara se pone roja y cianótica. Desde el instante en que el esfuerzo vocal cesa, la laringe se relaja y la respiración se hace libremente. En algunos casos, durante el espasmo fónico, se observan algunos ligeros movimientos convulsivos de los músculos inervados por la rama externa del espinal, y á veces también de los músculos de la cara, y el cuadro se asemeja mucho al que se observa en algunos tartamudos, pero faltan con frecuencia las convulsiones.

En los casos menos graves (*disfonía espasmódica*), el espasmo fónico es menos acentuado y generalizado; recae solamente sobre los aductores y tensores de las cuerdas vocales; la voz puede ser posible, y sólo débil y sorda, ó, por el contrario, estridente (*espasmo de los tensores* de Morell-Mackenzie); pero el enfermo no puede hablar mucho tiempo sin fatigarse, ni aun en voz baja. Algunos enfermos, en fin, no tienen estos accidentes de una manera constante: pueden sostener de un modo conveniente ó normal una conversación dialogada ordinaria, y los desórdenes laríngeos no sobrevienen más que durante el ejercicio *profesional* de la voz. Apenas han hablado algunos minutos en estas condiciones, cuando aparece una sensación de estrangulación, de constricción gutural gradualmente creciente, y los reduce en seguida al silencio (1). Por

(1) B. Frankel ha descrito con el nombre de *mogifonia* accidentes análogos, que se producen en idénti-

otra parte, importa observar que la afonía espasmódica empieza, por lo general, de esta manera, y no llega á ser absoluta sino progresivamente; pero las cosas pueden suspender su marcha, de modo que la afección corresponda á uno de los tres tipos descritos más arriba.

Los trastornos nerviosos pueden considerarse como verdaderos neuroses profesionales; son, por ejemplo, absolutamente análogos al calambre de los escritores. Su pronóstico, desde el punto de vista del restablecimiento normal de la función comprometida, es igualmente funesto. Por el reposo prolongado y los antiespasmódicos, la hidroterapia, etc., etc., se consiguen alivios evidentes, pero los resultados obtenidos no son más que pasajeros y las recidivas casi fatales, excepto algunos casos que se refieren á histéricos, y en los cuales el principio de los accidentes fué repentino, sin que las fatigas profesionales hubiesen desempeñado un papel predominante.

**DISFONÍA NERVIOSA CRÓNICA.**— Con el nombre de *disfonía nerviosa crónica*, ha descrito recientemente Brissaud (1) un trastorno de la fonación absolutamente especial, de fisonomía ó carácter bien marcado, y revelando directamente una predisposición neuropática casi siempre hereditaria. La manera de ser particular y característica de la afección es el ser congénita, dura toda la vida y constituye, hablando con propiedad, más bien que una enfermedad, una manera de ser del enfermo. Desde su primera infancia, tiene una voz ronca, más frecuentemente de baja tonalidad, de timbre desagradable, metálico, ronco ó velado (*voz aguardentosa*); la época de la *muda* de la voz no hace más que aumentar momentáneamente los trastornos vocales, y cuando el desarrollo de la laringe ha terminado, la voz llega á ser lo que era en la infancia, ó conserva los caracteres de la voz de falsete ronca.

El examen laringoscópico demuestra que se trata de desórdenes de la acomodación muscular vocal, y da variables resultados de un día á otro y aun de uno á otro instante en el mismo sujeto; las cuerdas se distienden desigualmente, pero ya es una ú otra, aquella cuya tensión es insuficiente. Además, en los individuos de voz de falsete ronca, la adducción de las cuerdas, al nivel de las apófisis vocales, es muy débil.

En algunos sujetos, la adducción de la voz da algún resultado; pueden llegar á declamar, á veces á cantar, con una voz casi normal. Pero la voz hablada ordinaria, permanece constantemente defectuosa.

**VOZ EUNOCOIDE.**— No diré aquí más que algunas palabras de la *voz eunocoide*, porque no reconoce por causa solo un desorden de la acomodación vocal de los músculos de la laringe, en la mayoría de los casos, y que con mucha frecuencia es el resultado de una suspensión, de una insuficiencia ó de una irregularidad del desarrollo de la laringe, en la pubertad. Se observa en los sujetos que no han presentado ningún trastorno vocal en la infancia, pero en los que, al fin de la adolescencia, la voz no ha *mudado*. En vez de modificarse y

cas condiciones, pero terminando en la afonía á consecuencia de una sensación de fatiga, de impotencia vocal gradual y rápidamente creciente. Pero sus enfermos no tenían espasmo fónico; al contrario, la adducción de las cuerdas vocales, no estaba más que iniciada. Creo que al lado de la *mogifonia* de Frankel, que se podría denominar *mogifonia parálitica*, hay motivo para describir como una *mogifonia espasmódica* el trastorno motor que aquí señalo. Varias observaciones se han publicado ya por diversos autores, respondiendo á este tipo, y yo mismo he referido un caso (*Arch. de laryng.*, 1888).

(1) Brissaud, De la disfonía nerviosa crónica, *Arch. de laryng.*, 1890, núm. 1.º