La afonía nerviosa

POR EL DOCTOR LUIS SUÑÉ Y MEDAN

Algunos casos de afonía nerviosa observados en el ejercicio de mi práctica oto-laringológica, me inducen a exponer breves consideraciones acerca de dicha alteración de la voz; asunto éste, que si bien no es nuevo ni ofrece gran trascendencia en el terreno patológico y clínico-terapéutico, en comparación con otros procesos de nuestro organismo, no por ello deja de presentar ciertos puntos dignos de fijar la atención del médico general y también del especialista.

Describiré, primeramente, cinco historias clínicas, escogidas entre las más notables, para extenderme después sobre lo más importante respecto de aquella curiosa neuropatía laríngea.

Observación primera (1).—Josefa V., natural de Barcelona, veinte años de edad, temperamento nervioso, constitución mediana. A consecuencia de una mojadura de pies que le causó fuerte resfriado, acompañado de vivo dolor en la garganta, le sobrevino casi bruscamente al cabo de pocos días una afonía muy acentuada. Cedió luego el dolor y desapareció el estado catarral; no así el trastorno de la voz, que se prolongó hasta el momento del examen. Este, practicado con el espejillo laríngeo, muestra integridad anatómica absoluta de las cuerdas vocales y demás partes laríngeas. La voz es emitida sin sonoridad alguna, observándose que las cintas vocales dejan un espacio entre ellas y quedan, por lo tanto, sin vibrar cuando se ordena a la enferma la pronunciación de la letra *e*. La afonía es, pues, muy marcada, siendo la palabra hablada emitida sin articulación sonora. En cambio, cuando la paciente ríe con cierta fuerza, la voz es normal, esto es, las explosiones sonoras que acompañan a la risa ofrecen el timbre fisiológico.

En virtud de este síndrome y de los antecedentes obtenidos, creí que se trataba de una manifestación histérica del órgano vocal, para cuyo tratamiento empleé las faradizaciones perilaríngeas y la sugestión.

Conviene advertir que la paciente temía, desde la aparición de su afonía, que su mal fuera de índole tuberculosa, opinión que sustentaban su familia y demás personas con las cuales se relacionaba, con lo cual aumentó la creencia de la enferma de que su afección era grave e incurable. Por mi parte, antes de emprender el tratamiento le aseguré con insistencia y gran firmeza que su dolencia nada tenía que ver con la tisis de garganta, añadiendo que tampoco había inflamación alguna, ni úlceras ni tumores, sino cierta flojedad de las cuerdas vocales, para cuya comprensión le dibujé un esquema, le mostré grabados y piezas plásticas, haciéndole una breve explicación vulgar de la fisiología de la voz, y terminando con la afirmación rotunda de que curaría bien y completamente de su enfermedad en brevísimo plazo.

A pesar de este pequeño ensayo psicoterápico y después de una primera aplicación de corriente farádica peri-laríngea, no se alcanzó resultado positivo alguno. Al día siguiente, antes de la sesión eléctrica, la enferma emitió la vocal *e* con toda claridad durante la laringoscopia y también después de la faradización. La paciente experimentó gran júbilo y prorrumpió en un acceso de risa que, como siempre, se produjo con sonoridad normal, hecho que le hice observar, para darle a comprender que había buenas seguridades de curación y de la cual no tuvo ya duda alguna.

Durante los días consecutivos pudo la enferma articular nuevos sonidos, empezando por las vocales, de las cuales le era más difícil la emisión de la *a*, la *i* y la *o*. Después llegó a contar varios números, y a pronunciar algunos vocablos polisilábicos, siempre dictados por mí y repetidos por ella inmediatamente; pero, en cuanto la propia paciente, por sí sola, sin la influencia de mi voluntad imperativa, intentaba hablar o repetir las mismas palabras que antes había logrado articular distintamente, reaparecía la afonía con todos sus caracteres peculiares.

En vista de este resultado, no vacilé ya en utilizar algo más enérgico que pudiera atemorizar en suficiente grado a la enferma. Me valí para ello de la propia corriente interrumpida pero aumentada en intensidad hasta producir dolor, aplicando al mismo tiempo con cierta presión los electrodos a cada

(1) Publicada en el n.º 149 de los «Archivos de Rin., Lar., y Otol.» del Dr. Botey.

lado de la laringe. La enferma me indicaba que no podía resistir ya más, que le quemaba toda la garganta y que sentía dolorosas sacudidas. El efecto que se alcanzó fué mediocre: había muchas irregularidades todavía en la fonación. Entonces amenacé a la muchacha con la repetición de dicha sesión para el día inmediato, si acudía nuevamente a mi consulta sin hablar del todo bien.

En efecto, al día siguiente la emisión de la voz se realizaba con absoluto fisiologismo, sin mediar para ello mi mandato voluntario. La laringoscopia mostró el funcionalismo normal de los órganos vocales. Las cuerdas se aproximaban entre sí durante la emisión de los sonidos laríngeos, sin dejar el espacio glótico que existía antes. En conjunto, habían transcurrido ocho días desde que empezó el tratamiento, hasta conseguir el completo retorno de la función fonatoria.

Observación segunda.—Francisca M., veinte años de edad, constitución robusta, temperamento nervioso. Hace más de seis meses tuvo intenso resfriado acompañado de tos y ronquera. A los pocos días desaparece el estado catarral agudo de las vías respiratorias, cambiándose la ronquera por el tipo de afonía. Esta se hace rebelde a todo tratamiento que se empleó estando en su pueblo (según dice la enferma, le practicaban fuertes toques en la garganta que le producían intensa urencia, desprendiéndose fragmentos de mucosa cauterizada; le hicieron ingerir medicinas de olor repugnante y sabor insufrible, etc., sin alcanzar mejoría alguna; se la asustó haciéndola creer que estaba afectada de tuberculosis de la garganta...) hasta que decidió la paciente acudir a mi consulta (2 octubre 1917).

Conocidos los anteriores datos y examinada la laringe; observo las cuerdas vocales normales, íntegras, sin congestión ni deformación alguna. Obligando a la paciente a pronunciar la letra *e*, los bordes de las cintas vocales se aproximan poco, dejando una abertura glótica de forma fusiforme, sin que aquéllas entren en vibración. Teniendo en cuenta estos conmemorativos, y la voz áfona, apagada, de la enferma, hago el diagnóstico de *afonía nerviosa*.

El tratamiento consistió en una parte preparatoria destinada a la psico-sugestión, como en el caso anteriormente descrito, seguido de faradizaciones y gálvano-punturas perilaríngeas, alternadas con el masaje vibratorio actuado por un motor eléctrico. Pero, la parte más importante que dediqué al tratamiento de la alteración fonética de esta enferma, fué la reeducación vocal y respiratoria, cuya técnica consistió en lo siguiente: se pide al enfermo que llene lentamente el pecho de aire, y que al espirarlo sea efectuado con cierta rapidez mientras pronuncia la vocal *e*. Se repite varias veces este acto con las demás vocales, procurando siempre que sea el propio médico colocado frente del paciente y suplicándole la mayor atención, quien debe ejecutar primeramente esta sesión vocal respiratoria. Es muy útil verificar dicho ejercicio durante el examen laringoscópico sin sacar el espejillo de las fauces: ello tiene la ventaja de que puede vigilarse perfectamente el movimiento de las cuerdas, sorprendiendo *de visu* las primeras vibraciones obtenidas.

Con este procedimiento, conseguí en dos días que la muchacha pronunciase claramente las cinco vocales, sonidos que, como es sabido, se engendran únicamente en el tubo laríngeo. Entonces hice observar a la enferma esta particularidad: si pronunciaba bien estas letras, no le sería difícil anteponer a cualquiera de ellas una consonante, puesto que éstas no nacen de las cuerdas vocales, no se forman en el punto donde creía tener su defecto de la voz, sino en los labios, dientes, lengua y paladar, cuya integridad anatómo-fisiológica no se había alterado. Por lo tanto, para decir *ma*, por ejemplo, sólo le bastaba juntar un momento los labios antes de emitir el sonido de la *a*. Si luego después, llegaba a pronunciar *no*, siguiendo idéntico mecanismo, muy fácil le era unir ambas sílabas, para decir *mano*.

La enferma quedó tan convencida prácticamente de dicho método para poder hablar claro, que tomó mucho ánimo y confianza, hasta el punto de progresar velozmente en la curación de su afonía, alcanzando este deseo a los siete días de tratamiento.

Observación tercera.—En ocasión de visitar a una niña por una dolencia ótica, me suplicó su madre examinase la garganta de la criada que la acompañaba, puesto que ésta hacía algún tiempo estaba muy afónica; sin que se supiera la causa. Vista la laringe, hallo normal el aspecto de la misma, salvo la falta de vibración y aproximación suficiente de las cuerdas vocales al emitir un sonido cualquiera. La voz en efecto, ofrecía el tipo del habla cuchicheada. Sospeché una afonía nerviosa, y sin hacer diagnóstico en alta voz, sólo *per me*, dije a la enferma que su mal era curable en breves minutos; que seguramente a consecuencia de la manipulación especial que iba a poner en práctica, hablaría perfectamente. A este efecto, apliqué dos anchos electrodos a los lados de la laringe, haciendo pasar la corriente farádica con cierta intensidad. Suspendí la sesión a los cinco minutos, y le dije que ya estaba curada y que hablase inmediatamente. Y así lo hizo con gran claridad, produciendo la natural sorpresa de todos, incluso de mí mismo, ya que no esperaba, en realidad, un resultado tan rápido bajo el influjo de la simple sugestión. Desde aquel instante, desapareció la afonía que había aquejado a la enferma.

Observación cuarta.—En abril próximo pasado fui llamado para visitar a una religiosa. Manifestóme que su médico de cabecera deseaba saber mi opinión respecto de la afonía que presentaba la joven desde hacía algún tiempo, por si existiera alguna contraindicación para ser trasladada la enferma al campo, a fin de ser sometida a la cura de aire. Por los antecedentes que adquirí del caso, vine en conocimiento de que se trataba de una congestión fímica de los vértices pulmonares, por lo cual temía el médico que el proceso laríngeo fuese del mismo origen. Pero no era esto solo: la propia enferma, que es muy inteligente, conocía su enfermedad y sospechaba también una localización en la garganta de su dolencia pulmonar, que no ignoraba era susceptible de invadir otros puntos de las vías respiratorias. Al examinar la laringe no hallé lesión orgánica alguna capaz de explicar el trastorno fonético.

En cambio, al funcionar las cuerdas vocales para emitir una vocal, se veía la disposición característica de aquéllas, en los casos de afonía histérica o nerviosa. Inmediatamente di a comprender a la enferma la posibilidad de poder hablar con voz natural, puesto que no había causa que lo impidiese; sólo existía cierta preocupación, algo de temor por parte de la paciente, que creía sufrir una afección grave en su garganta, cuando no era más que un trastorno puramente psíquico-nervioso y por lo tanto de fácil corrección. No había terminado aún mi argumento demostrativo, cuando la enferma se puso a hablar con voz normal, ante la admiración de las demás religiosas que estaban presentes. (Inútil es decir que no hubo inconveniente alguno para que pusiera en práctica la cura aérea que el aconsejó mi compañero.)

Observación quinta.—Joven de unos 19 años, estudiante de medicina, hijo de un colega. Hace poco tiempo cae enfermo de fiebre tifoidea grave. Casi desde el comienzo de la dolencia se queda sin voz o es apenas perceptible, manifestando no le es posible hablar bien porque al menor intento le produce tos, rápida afonía y fatiga. Persiste este estado incluso durante la convalecencia, creyendo el enfermo que su afonía depende de lesión de las cuerdas vocales consecutiva al proceso eberthiano o a alguna otra afección bacilar sospechosa y grave.

Antes de examinar la laringe, me advierte, aparte, el padre del enfermo, que su hijo tiene un temperamento sumamente impresionable y que se halla muy asustado por dicha molestia laríngea, la cual reputa de difícil curación.

Procedo a la exploración de la garganta. Nada veo de anormal en el aparato de la fonación. Tan sólo quizá, cierta falta de brillo de las cintas vocales, pero que no vibran al juntarse para emitir un sonido simple. Creo, entonces, hallarme ante un nuevo caso de afonía *nerviosa* y mejor sería decir *psíquica* en este enfermo, y en consecuencia expongo mi parecer, demostrándole su falsa interpretación del mal laríngeo. Añadí que tan sólo existía algo de debilidad muscular de las cuerdas vocales, producida por la desnutrición general intensa que sufría con motivo de la infección tífica, pero en desproporción con el carácter e intensidad de la afonía que experimentaba. Era, pues, una alteración fácilmente curable bajo la influencia de la propia voluntad del enfermo. En efecto, a los pocos momentos logré que pronunciase algunas palabras, sino con voz del todo bien timbrada, lo suficiente para notar un alivio rápido y para cerciorarse de su error, hasta creer ya desde entonces en un pronto y total retorno de la voz normal, como así sucedió al cabo de un par de días.

CONSIDERACIONES.—Por la relación de los precedentes casos, vemos que en la génesis de la afonía nerviosa influyen una serie de circunstancias la mayor parte de las cuales pertenecen al dominio del sistema nervioso del enfermo. Según el mecanismo en que aparece dicho defecto vocal, podríamos distinguir varias agrupaciones, todas ellas de fondo semejante: la primera comprende las afonías que empiezan con síntomas de laringitis catarral aguda, acompañada de ronquera más o menos intensa, que si se prolonga o presenta cierta rebeldía a curarse, se transforma en verdadera afonía, aun después de haber desaparecido la congestión de las cuerdas. Recae en sujetos de espíritu asustadizo; en casi todos ellos encontramos en su mente una preocupación, un temor, una idea ya espontánea, ya provocada (siempre errónea, por supuesto) respecto de la naturaleza de su mal; creen padecer tuberculosis o cáncer de la laringe; afecciones que el vulgo no desconoce acostumbran a provocar afonías más o menos acentuadas o de difícil curación.

El otro grupo corresponde a las afonías que comienzan bruscamente, bajo la influencia de una emoción, un susto, un sobresalto, un dolor moral vivo; aquí, hay cierta inhibición inconsciente del funcionalismo de las cintas vocales, una sacudida nerviosa que ataca la garganta de una manera especial, produciendo esa sensación extraña de nudo o constricción que se experimenta en las fauces en los momentos de las grandes emociones, después de los cuales ciertos individuos quedan sin voz. El histerismo juega un papel muy importante en el desarrollo de esta clase de afonías.

En cuanto al tercer grupo, comprende a las que aparecen sin causa conocida, manifestando los

sujetos afectos, que notaron su pérdida de la voz por la mañana al levantarse de la cama, sin sentir molestia alguna en la garganta y sin que sepan a qué atribuir la expresada afonía.

Añadamos una cuarta agrupación para los casos de *afonía refleja*, por lesiones a distancia, como ocurre en ciertos casos de vegetaciones adenoideas, rinitis hipertóricas, pólipos nasales, sinusitis maxilar, etc., especialmente cuando asienta en individuos con taras nerviosas, histéricas o psuedo-histéricas, y cuyo trastorno desaparece casi siempre después de curada la dolencia causante.

En estos últimos años, con motivo de la guerra europea, se han observado numerosos casos de trastornos funcionales de la laringe, entre ellos la afonía, hasta el punto de que los autores que han tenido ocasión de observar estos enfermos califican a esa disquinesia desarrollada en las zonas de batalla de *afonía de guerra* (1), que por su génesis especial tan sólo me permito mencionar al lado de las apuntadas, puesto que en su mayor parte se trata de alteraciones nerviosas, verdaderas afonías esenciales de tipo parético o psíquico.

También se ha señalado a la *imitación* una influencia especial en la aparición de la afonía histérica.

Según acabo de indicar, es muy frecuente hallar un fondo de manifestaciones o estigmas histéricos en estos enfermos. En el primero de los casos descritos, los antecedentes respecto al particular eran positivos: recordemos los accesos de risa que experimentaba la paciente, cosa habitual en ella, hasta el punto de que, según declaración de la misma, no podía presenciar ningún acto triste, o contemplar rostros serios o impresos en ellos la expresión de dolor o aflicción, sin sobrevenirle imperiosos deseos de reír a carcajadas. Estos son los casos en que cuadrará mejor la denominación de *afonía histérica*. En otras condiciones, puede emplearse el calificativo genérico de afonía *nerviosa* o también *psíquica*, especialmente cuando radica en los individuos que creyendo no poder hablar, han renunciado completamente a emitir sonido alguno de su laringe.

La parálisis histérica de la laringe representa una alteración funcional de los centros corticales, afectando a ciertos grupos musculares aislados, con mayor frecuencia los constrictores de ambos lados (crico-aritenoideos laterales); de ahí, la falta de aproximación de las cuerdas y por lo tanto la producción de la afonía. La parálisis de los tensores internos (tiro-aritenoideos) combinada o no con la anterior o con la de los ari-aritenoideos también se observa en el histerismo vocal. No descansa, pues, dicho defecto sobre ninguna lesión demostrada, pudiendo ser por lo tanto considerado como funcional, y siendo su característica esta falta de correlación entre la causa originaria y el efecto producido.

Algo sobre *diagnóstico*. Quien haya observado algunos casos de afonía nerviosa, en bastantes ocasiones podrá ser capaz de hacer el diagnóstico, sin el auxilio del laringoscopio. El modo casi brusco de aparición de dicho trastorno; el carácter de la voz, faltada de sonoridad, verdadero cuchicheo, sin que intervenga para nada esfuerzo ni vibración alguna de la laringe; la persistencia de la tonalidad normal de la tos, de la risa y del llanto, cuando es dable observarlos (2), son factores suficientes para sospechar una afonía nerviosa. Pero, sin duda alguna, el examen laringoscópico tiene un valor clínico positivo, no sólo para establecer el diagnóstico del defecto en cuestión, sino para diferenciarlo de otros trastornos semejantes. Hemos ya detallado el aspecto especial de la glotis y la falta de vibración de las cuerdas, que no llegan a la línea media al intentar la emisión de una vocal cualquiera, como síntomas objetivos típicos de la afonía nerviosa. No es, pues, muy difícil para el laringólogo, distinguir esta alteración funcional de otros procesos, como son algunas parálisis de las cuerdas cuya imagen laringoscópica parece normal, y sin embargo, al obligarlas a moverse, y a veces sin esta condición, afectan disposiciones especiales para cada variedad de aquinesia laringea.

Las parálisis de un recurrente, más frecuente la del izquierdo (cuerda inmóvil en posición denominada *cadavérica*, voz ronca, bitonal, algo apagada y grave); la de ambos troncos nerviosos (glotis muy abierta, imposibilidad de aproximarse las cuerdas, afonía, tos sin sonoridad glótica, o bien: bordes cordales muy juntos en la inspiración, produciendo disnea, cornage y accesos de sofocación); las ocasionadas por lesión del neumogástrico (síndrome de Avellis, o ronquera, taquicardia, tos, espasmos glóticos, con cuerda vocal fija en la línea media o en posición cadavérica, según el punto o condiciones de la lesión de dicho nervio); la parálisis del laríngeo superior (inmovilidad total o parcial de la epiglottis, anestesia laríngea, ondulación del borde de las cuerdas, voz velada, ronca); la aquinesia aislada de los dilatadores (crico-aritenoideos posteriores) con cuerdas muy cerca de la línea media y por lo tanto, disnea; la de los ari-aritenoideos (cuerdas en situación normal durante la fonación, excepto en su tercio posterior en que dejan un espacio libre, triangular; afonía); y por último las diversas parálisis de origen central: parálisis glosolabio-laríngea, esclerosis en placas, tabes dorsal (posiciones inter-

(1) Resulta muy interesante a este propósito consultar el reciente «Tratado sobre Patología de guerra de la laringe y de la tráquea», publicado por el Dr. Moure, en colaboración con los Dres. Liébault y Canuyt. Merecen también especial atención los trabajos de Liébault y Coissard, de Parrel y de René-Celles y Girard.

(2) Estos enfermos pueden hablar en voz alta durante el sueño o mediante el sonambulismo provocado.

medias de las cuerdas). Debe distinguirse también la parálisis de los aductores, de la infiltración aritenoféa que mantiene las cuerdas separadas, y de la anquilosis de las articulaciones crico-artenoideas (Castex). Tales son, en rápido bosquejo, las principales lesiones que, en apariencia, podrían ser confundibles con la afonía nerviosa por los datos laringoscópicos, si no se conocieran los demás síntomas que las acompañan.

En cuanto a la afonía funcional de origen reflejo, hay que pensar en ella en algunas ocasiones, buscando la lesión nasal o faríngea que pueda producirla.

A propósito de esta índole de afonías nerviosas, haré mención, ahora, por lo interesante, de los casos de *afonía simulada*. En los simuladores es difícil, a veces, convencernos, de primer momento, de si se trata de un trastorno histérico o no, pues siendo normal el aspecto de las cuerdas, viéndose la falta de oclusión glótica y siendo la voz apagada, podríamos creer en un defecto puramente nervioso. Sin embargo, en los simuladores la tos no es sonora, por ser producida podríamos decir, ex profeso, para completar el engaño. Además, todo enfermo que dice no poder silbar es un simulador, pues ya sabemos que el silbido es producido por la cavidad bucal, no por la laringe. Por otra parte, la voz es mal articulada en los simuladores. Bien es verdad que el histerismo es una especie de simulación inconsciente, y si el simulador se halla afecto al propio tiempo de dicha neurosis, o bien es muy listo e inteligente, puede dar lugar a verdaderas dudas por parte del médico, quien deberá rodearse de muchas precauciones y ser muy experto antes de llegar a una conclusión definitiva. El autor belga De Blocq, dice que la comprobación de una placa de anestesia de la región pre-laríngea (signo de Thaon de Will) y de una zona anestésica más o menos dolorosa a la presión, explorando la sensibilidad del iris (signo de Sellier) pueden servir de guía para reconocer el histerismo.

Finalmente, el *mutismo*, que es también de origen histérico, es muy fácil distinguirlo de la afonía nerviosa por la falta absoluta de voz, incluso la cuchicheada o buco-faríngea, hasta el punto de que algunos pacientes ni siquiera despegan los labios al intentar hablar. Hay ausencia de toda expresión verbal.

Tratamiento.—Existen varios procedimientos para curar la afonía nerviosa. El más empleado y quizá el más racional es la sugestión. Esta comprende una parte dedicada exclusivamente a la substracción de las ideas falsas que posee el enfermo respecto de su enfermedad, y será practicada por el propio médico. Conviene que éste consiga cierta autoridad sobre el paciente, y por decirlo así, obtenga una superioridad y una transmisión de su voluntad consciente sobre la voluntad psíquicamente defectuosa del histérico. Con esto solo, según se ha expuesto en alguno de los casos historiados, se puede conseguir el retorno rápido de la voz del enfermo. Si ello no da resultado, deberá añadirse a esta psicoterapia la segunda fase, digamos indirecta, de la sugestión o sea el empleo de uno o varios tratamientos que impresionen la conciencia del sujeto en el sentido de convencerle respecto de una pronta y segura curación. En este campo abundan los procedimientos, siendo los más usados: la faradización peri- o intra-laríngea, el masaje vibratorio, el masaje manual y los métodos de Seifert y de Citelli. Se ha atribuído a estos tratamientos un efecto orgánico o excitador funcional positivo sobre las fibras nerviosas y musculares del aparato fonatorio. Pero, yo creo que en realidad todos ellos obran por simple sugestión.

No voy a entretenerme en describir dichos modos de tratamiento, la mayor parte ya conocidos y alguno de ellos ya detallado en el historial clínico precedente. Tan sólo haré breves reflexiones sobre los métodos de Seifert y de Citelli.

El primero de dichos autores observó que echando fuertemente la cabeza hacia atrás, las histéricas afectas de afonía podían, de momento, hablar en alta voz. Senator, que también ha estudiado estas cuestiones, dice que ha obtenido fracasos con este tratamiento, que cree es uno más entre los que obran por sugestión y lo considera (y comparto su criterio) como una nueva y feliz variedad de comunicación psíquica entre el médico y el histérico.

El procedimiento de Citelli tiene cierta semejanza con el anterior y consiste en asir lateralmente el cartilago tiroides con bastante fuerza hasta el punto de provocar dolor al enfermo, todo ello con cierta brusquedad. Dice su autor, que es raro que el enfermo no proteste con voz natural. Este método que, como se comprende, tiene un valor puramente psicoterápico, no lo he utilizado en mis enfermos por reputarlo algo brutal y además caso de fracasar, nos exponemos a producir un efecto moral muy desagradable para el paciente o para la continuación de otros tratamientos.

En este terreno de la sugestión existe una gran variedad de procederés que cada médico puede improvisar a fin de ganarse la voluntad del enfermo para los efectos terapéuticos. La ignipuntura de la piel de la región laríngea que se me ocurrió practicar en uno de los casos citados, podría añadirse a la lista de referencia.

También en ciertos casos rebeldes ha triunfado el hipnotismo. Los enfermos despiertan de su sueño provocado con la voz del todo restablecida. Al fin y al cabo dicho medio representa una variedad

de la sugestión y por lo tanto tiene su fundamento terapéutico en consonancia con los anteriores.

Otra cuestión interesante respecto a tratamiento. Se ha demostrado (M. Winckler, Senator) que en las histéricas la respiración es más débil que de ordinario y que muchos accesos nerviosos podrían ser combatidos por una gimnasia respiratoria. M. Schutter cree que la afonía histérica, descansando sobre un defecto de coordinación del aparato vocal, es susceptible de un tratamiento basado en dicho medio. Además, Senator ha comprobado que en los áfonos histéricos está casi siempre elevada la altura del tono de la voz, de modo que es muy útil para los efectos curativos corregir este defecto haciendo el tono pronunciado delante del enfermo (registro bajo). Por mi parte, creo que en los casos de afonía nerviosa, especialmente si la aquinesia data de largo tiempo, sobreviene cierta paresia de las cuerdas (atrofia funcional) por falta de ejercicio fisiológico, y aun hay casos como el citado por Castex, en que pueden complicarse de verdadera amiotrofia de las cintas vocales. Mencionemos finalmente los enfermos áfonos que acostumbran a hablar en inspiración, como otro de los defectos o vicios que requieren una corrección adecuada para restablecer el funcionalismo cordal.

De todo ello han nacido esas nuevas variedades de tratamiento de la neuropatía laríngea en cuestión, o sea la gimnasia respiratoria, el descenso del tono emitido y la reeducación vocal, cuyo conjunto podría reducirse en las dos palabras: *ortoterapia fono-respiratoria*.

No creo oportuno describir esos tratamientos, por ser su técnica ya conocida o cuando menos fácil de comprender, especialmente por lo que afecta a la regulación del ritmo respiratorio y al mejoramiento de la respiración superficial, que todo médico puede poner en práctica. En cuanto a la reeducación vocal, que utilicé en dos de los casos expuestos, requiere cierta experiencia laringoscópica, ya que precisa el empleo del espejillo en sus comienzos para facilitar la emisión de las vocales, primeros fonemas que conviene obtener bien claros para formar luego con las consonantes la articulación sonora deseada, después de los consabidos ejercicios de lectura y de preguntas y respuestas. El doctor Ganet, de Dijon, añade a esa técnica ortofónica otra, que consiste en mandar recitar o cantar, especialmente en los niños, una fábula, una canción, una oración. Los cánticos en latín, dice, son un ejercicio excelente por su riqueza en vocales.

Para terminar, no creo sea inútil advertir que en ciertos casos es conveniente cuidar el estado general del enfermo mediante un tratamiento tónico antinervioso o antiespasmódico, siendo también aconsejable la hidroterapia, una higiene general apropiada, la vida al aire libre, el trabajo manual moderado en el campo, y si fuese necesario el aislamiento, cuando el determinismo laríngeo de la neurosis histérica hubiese aparecido dentro de la esfera afectiva, y además presentase rebeldía a los otros tratamientos empleados.