

alterarse más ó menos en esta época, durante algunos meses, para tomar en seguida sus definitivos caracteres, ha conservado la tonalidad aguda de la voz de falsete infantil, y queda elevada más de una octava, próximamente, que en los adultos de igual talla y del mismo sexo que el sujeto de que se trata. En el hombre, es molesta esta condición, porque le hace más ó menos ridículo siempre, y le priva del ejercicio de muchas profesiones.

En cierto número de casos, no se trata sino de una *muda tardía*; en un instante dado, hacia los dieciocho ó los veinte años, la voz misma se modifica; primero es desigual; el sujeto habla ya en voz de falsete, ya en voz de pecho, y después de algún tiempo acaba por adquirir una voz normal, que conserva indefinidamente. En otros, por el contrario, la voz *eunocóide* no tiene tendencia alguna á modificarse y persiste siempre.

Un gran número de estos últimos, sin embargo, pueden adquirir una voz casi normal, si se someten á una gimnasia vocal especial, que ha sido muy bien estudiada por Bruns, Fournié y más recientemente por Garel (1); estos son los que poseen una laringe cuyas dimensiones no son exageradamente pequeñas, y que deben sobre todo sus trastornos vocales á un vicio de acomodación fónica de la glotis, que descubre el examen laringoscópico. Los demás no logran ningún beneficio con estos ejercicios, que aún pueden darles una voz ronca y desigual más desagradable que la que intentan reemplazar.

§ 4.—NEUROSIS

1.º—ESPASMO-FRENO-GLÓTICO DE LOS RECIÉN NACIDOS

SINONIMIA.—Asma de Kopp ó de Millar.—Convulsión interna.

No describimos esta enfermedad más que por seguir el uso establecido por los autores clásicos, porque no existe razón alguna que incite á considerarla como una afección de la laringe. En efecto, es peculiar de los recién nacidos y de la primera infancia, y manifestándose por accesos, está caracterizada por un espasmo tónico simultáneo de la glotis, del diafragma y de los músculos torácicos, acompañado ó seguido muchas veces de convulsiones tónicas de las extremidades; debe pues, con toda evidencia, entrar en el cuadro de la eclampsia infantil, de que no es en realidad más que una forma clínica particular. Es probable que si esta neurosis se ha estudiado hasta ahora con las enfermedades de la laringe, es porque se ha confundido su descripción con la de ciertas variedades de espasmo glótico puro, que suele presentarse en los niños de pecho. Claro está, que Caspari, Hirsch, Hachmann, que describían dos formas clínicas de la enfermedad, una espasmódica y otra catarral, afectando ésta á los niños roncós, sujetos á accesos de tos, de respiración difícil en los intervalos de los accesos por los estertores mucosos laringo-traqueales, aproxima-

(1) Garel, *Province medicale*, 1886.

ban demasiado las laringitis espasmódicas simples ó los accesos de espasmo glótico aislado, de una neurosis convulsiva compleja y de naturaleza completamente distinta. Del mismo modo, al distinguir tres formas de espasmo glótico de los recién nacidos (frénico, freno-glótico y glótico), Hérard confundió necesariamente en su descripción la de los accesos de espasmo glótico, con frecuencia sin gravedad, que presentan á veces los niños que padecen tumores adenoides precoces ó congénitos cuando padecen un brote congestivo bajo la influencia, de un enfriamiento ó de un trastorno digestivo pasajero, ó también pudiendo depender de la irritación buco-faríngea que resulta de la dentición. Importa, para evitar toda confusión de este género, abandonar resueltamente la denominación impropia y excesivamente larga de *espasmo de la glotis de los niños de la primera edad*, y no describir como enfermedad distinta y autónoma aquella en que el espasmo de la laringe no es sino un elemento del complejo sintomático caracterizado por la convulsión tónica simultánea de todos los músculos respiratorios. Siempre que la laringe sea la única afectada, y el niño tenga seis meses, ó menos, ó que tenga cuatro ó cinco años, se trata de un espasmo glótico sintomático, frecuentemente sin gravedad alguna; en tanto que, siempre que el espasmo se halla generalizado al aparato muscular, laríngeo y torácico, se trata de una variedad de eclampsia más veces mortal que curable. La diferencia, convéngase en ello, es bastante evidente para que casos tan semejantes se designen con denominaciones distintas; debe dejarse á los primeros el nombre genérico de *espasmo de la glotis* que les conviene, y dar á los demás el nombre de *espasmo freno-glótico* (Bouchut) que tiene la ventaja de designarlas por su rasgo característico.

SÍNTOMAS Y MARCHA.—La enfermedad aparece bruscamente, lo mismo en medio de la salud más perfecta, que durante la convalecencia de una enfermedad cualquiera, sin que ningún prodromo pueda hacer sospechar la inminencia. El acceso aparece ya durante el día, ya durante el sueño, de día ó de noche y en condiciones atmosféricas muy diversas.

Repentinamente, se suspende la respiración; el tórax se fija y permanece inmóvil, la cabeza se inclina atrás, el cuello se distiende, la boca se abre mucho, el ojo llega á quedarse fijo, la fisonomía alarmante, la angustia creciente. El niño se agita, lleva primero sus manos abiertas al cuello, como para defenderse de una compresión que le estrangula; y en seguida extiende sus miembros y los inmoviliza, al mismo tiempo que se contraen sus extremidades, y los dedos, y sobre todo, los pulgares, se ponen en flexión forzada sobre la palma de la mano y hacia la planta de los pies. Las venas de la frente, de las sienas y del cuello se ponen turgentes y la cara cianótica, la orina y las materias fecales se escapan involuntariamente. Luego, después de una apnea de algunos segundos, se produce una serie de pequeñas inspiraciones sucesivas, cortas, sibilantes, extridentes, entrecortadas, ó más rara vez una sola inspiración y en seguida una espiración, afona ó sibilante, con frecuencia también brusca y convulsiva. Después de un número variable de hechos análogos, durante los cuales la disnea llega á ser gradualmente creciente, al mismo tiempo que aparecen sudores viscosos, enfriamiento de las extremidades, que los latidos del corazón se hacen irregulares y el pulso casi insensible, comienza el descenso. Las inspiraciones sucesivas son más largas, menos entrecortadas, menos ruido-

sas, la espiración que las sigue más fácil, los períodos de apnea menos prolongados. Después, el estridulismo cesa por completo y la respiración se restablece al mismo tiempo que los miembros contraídos se relajan y que desaparece la cianosis de la cara.

A veces, cuando el acceso ha sido muy violento, su período de declinación se marca por un verdadero ataque de eclampsia, y las convulsiones clónicas pueden ser, ya generales, ya parciales, según los casos. A veces también, las contracciones de las extremidades persisten después del acceso durante un tiempo variable. Todos los síntomas están, por el contrario, atenuados en los accesos de mediana intensidad; la apnea absoluta dura poco, las series de inspiraciones sibilantes y entrecortadas sucesivas son menos largas, interrumpidas por breves espiraciones, la cianosis falta y aun puede estar reemplazada por la palidez de la cara y un estado sincopal. A veces, en fin, el acceso se reduce á su *mínimum* y puede ser bastante ligero para pasar inadvertido. La duración de los accesos, nunca es larga; varía de algunos segundos á medio minuto, uno todo lo más. Cuando ha sido corto y el acceso ligero, el enfermito adquiere en seguida su aspecto habitual de salud; en caso contrario, está fatigado y abatido después del ataque y no se repone sino progresivamente.

De ordinario, el primer acceso no va seguido del segundo, sino al cabo de una semana ó algunos días menos; después, más ó menos rápidamente, se repiten todos los días y aun varias veces por día. Al mismo tiempo que se hacen más frecuentes los accesos, se acentúa su intensidad. En un momento dado, la enfermedad llega á su *acmé* y permanece estacionaria durante un tiempo variable. Si el enfermito no sucumbe, el período de declinación se confirma por el alejamiento de los accesos, la disminución de su intensidad y finalmente su desaparición. La evolución total de la enfermedad dura más ó menos tiempo, según los casos; varía entre una ó dos semanas, y mes y medio ó dos meses.

En otros casos más raros, la enfermedad se declara por crisis sucesivas, separadas por intervalos, durante los cuales parece que la salud es normal. Mas rara vez todavía, los accesos son aislados y sólo se repiten con largos intervalos, tres semanas, un mes y quizás más tiempo.

El acceso comienza lo mismo durante el día que por la noche, en la mañana como la tarde, en medio de la vigilia, como durante el sueño. Facilitan la reaparición de los accesos las impresiones de frío, las emociones, el miedo, la cólera y á menudo la deglución, sobre todo cuando el niño traga mal. En ciertos casos, durante el período de aumento, llega á ser extraordinaria la frecuencia de los accesos: Hérard observó 25 y Hachmann 50 en una sola noche; Bouchut vió 40 en una hora. Cuando la frecuencia de los accesos es tan extraordinaria, el niño no puede resistirlos mucho tiempo; palidece, adelgaza, deja de nutrirse, y si no remiten pronto los síntomas, no tarda en sucumbir.

TERMINACIONES Y PRONÓSTICO. — La muerte sobreviene en tales casos, bien por inanición, bien en el curso de un acceso que mata al enfermito por asfixia. En otros casos, fallece de una enfermedad aguda intercurrente, en cuyo curso suelen faltar los accesos espasmódicos. La curación es rara en las formas graves, cuando los accesos son frecuentes é intensos; pero se observa

en muchos casos en que la enfermedad presenta una forma atenuada y relativamente benigna.

Sin embargo, el pronóstico es siempre muy grave, porque fallecen más de las dos terceras partes de los enfermos, y los que curan, quedan expuestos durante mucho tiempo á accidentes convulsivos de diversa índole. Según Lorent, las curaciones son mucho más frecuentes en las niñas.

ETIOLOGÍA.—El espasmo freno-glótico invade casi exclusivamente á los niños de pecho: es raro antes del segundo mes, excepcional después de los dieciocho, y sobre todo, desde los dos años en adelante. Parece dos veces más común en los niños, que en las niñas. Ataca con preferencia á los niños delicados, mal nutridos, destetados antes de tiempo, sometidos á una lactancia artificial mal dirigida ó predispuestos por la herencia á las neurosis convulsivas. El raquitismo es una causa predisponente, acerca de cuya importancia llaman mucho la atención Rilliet y Barthez. Las estadísticas de Gée (48 raquítics entre 50 casos) y de Henoch (45 entre 61), no dejan duda alguna en este sentido. No es raro que el espasmo invada sucesivamente á varios niños de una misma familia. La influencia de la dentición, es dudosa. La enfermedad es frecuente en los países fríos y húmedos. Aparece casi siempre en invierno, ó mejor dicho, á fines del invierno, en particular durante el mes de Marzo.

Las opiniones antiguas que atribuían la enfermedad á una hipertrofia del timo, del cuerpo tiroides ó de los ganglios cervicales ó bronquiales, á la craneotabes, á la persistencia del agujero de Botal, etc., apenas tienen más que un interés histórico. Los resultados negativos ó contradictorios de las necropsias han demostrado hasta la evidencia, que carecían de fundamento positivo, y que la enfermedad, según indica su evolución olínica, no es más que una forma de la eclampsia.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.—Importa distinguir el espasmo freno-glótico, del espasmo aislado de la laringe: éste puede sobrevenir lo mismo en los niños de pocos meses, que en los sujetos de más edad, bajo la influencia de diversas causas. Por lo general, los datos que suministra la familia son insuficientes y no permiten al médico formular una opinión decisiva; pero tan pronto como éste vea un acceso, no dejará de reconocer que se trata de una convulsión interna. La apnea en medio de la inspiración, seguida de una serie de cortas inspiraciones sucesivas sibilantes, ruidosas, muy cortas, idénticas á las sacudidas del hipo, es ya un signo característico; la existencia simultánea de contracciones tetánicas de las extremidades, no deja ya lugar á duda.

El tratamiento será, ante todo, higiénico; se mantendrá al niño tranquilo y en reposo; se vigilarán con el mayor esmero las funciones digestivas, asegurando, sobre todo, la ventilación de la habitación que ocupe. El traslado de los niños desde la ciudad al campo, da excelentes resultados. Se han prescrito también, aunque sin gran éxito, todos los antiespasmódicos: el almizcle, á la dosis de 5 á 10 centigramos, ha sido útil, según Salathé y Bouchut. Los accesos suelen tener tan corta duración, que no hay posibilidad de combatirlos por medios especiales. Sin embargo, pueden ser útiles las inhalaciones de cloroformo cuando los accesos son subintrantes.

2.º — TOS NERVIOSA LARÍNGEA

La denominación de tos *nerviosa laríngea* sólo puede aplicarse exactamente, en mi concepto, á los casos en que el punto de partida del fenómeno reflejo es la laringe misma, aunque este órgano no presente ninguna alteración local. La tos nerviosa laríngea no puede resultar, pues, más que de la hiperestesia, ó mejor de la hiperexcitabilidad refleja de la mucosa laríngea, y es indudable que sólo por un abuso de lenguaje se han designado con el mismo nombre los accesos de tos espasmódica que sobrevienen bajo la influencia de lesiones irritativas del aparato de inervación laríngea. Así comprendido, la tos nerviosa laríngea es una afección rara, cuya etiología más frecuente consiste en una hiperestesia de la mucosa laríngea que haya sobrevenido en seguida de una inflamación catarral, condición que se observa casi exclusivamente en las personas nerviosas, irritables, anémicas, dispépticas é hipocondríacas.

La tos, en tales condiciones, no tiene ninguna particularidad especial, y sólo por la anamnesia y por exclusión, puede distinguirse de las diferentes variedades etiológicas de tos nerviosa refleja, que tienen su punto de partida en la faringe, la nariz, los oídos, el estómago, el hígado ó la matriz. Cada enfermo tose á su hora: por la mañana, por la noche, durante todo el día; á menudo á causa de sus condiciones de vida y de las ocasiones que tiene para exponer su laringe á una irritación cualquiera que determine la aparición de los accesos de tos. Trátase siempre de accesos de tos seca, cuya duración é intensidad son variables, provocados por una sensación de comezón ó de pinchazos en la laringe, sin expectoración, que dejan en seguida una sensación de pinchazos más ó menos duradera, y que hace la fonación fatigosa y hasta dolorosa. La duración de la enfermedad es indeterminada, si bien suele curar al cabo de algunos meses. Su desaparición es gradual; á veces se observan varios períodos de agravación, antes de que la curación sea definitiva. Las recidivas son frecuentes.

El diagnóstico de esta tos laríngea nerviosa, es siempre muy delicado. Cuando dura algún tiempo, puede coincidir con una congestión más ó menos marcada de la región inter-aritenóidea, hiperemia que muchas veces ha sido considerada, por error, como causa de la tos, cuando en realidad es su consecuencia. La existencia de una hiperemia de la mucosa traqueal debe hacer pensar en ciertas formas de *traqueitis* subagudas prolongadas, pero, en tales casos, rara vez falta la expectoración de los esputos mucosos. La hipertrofia y la inflamación de los *foliculos linfáticos de la base de la lengua*, la *amigdalitis crónica esclerosa ó lagunar*, la *micosis leptotrixica* amigdalina ó peri-laríngea, son causas, frecuentes de toses tenaces, que no deben pasar inadvertidas. No insisto en el diagnóstico de las demás variedades de tos refleja, cuyo origen es muy diverso, ni sobre la adenopatía tráqueo-bronquial, etc. Respecto á la *tos histérica*, ora haya aparecido como síntoma aislado de la neurosis, ora coincida con manifestaciones coreiformes de la misma índole, se presenta siempre, en uno y otro caso, bajo formas tan especiales, particulares y características, que no podrá confundirle el médico familiarizado con los síntomas del histerismo.

Pero hay que distinguir entre la *tos histérica espontánea*, de origen evidentemente central, y la *tos de las histéricas*, de origen periférico. Cualquier lesión laríngea ó faríngea puede provocar, en una histérica, una tos, cuyos caracteres no diferirán mucho de la tos histérica espontánea; pero que á menudo será susceptible de desaparecer con la causa local que ha determinado su aparición. Con todo, no debe exagerarse mucho la importancia de esta distinción, porque, en tal caso, la tos puede subsistir perfectamente á la causa que la ha provocado, y también desaparecer sin que ésta haya experimentado ninguna modificación.

Hoy que el histerismo se conoce cada vez más, que no es dudosa su frecuencia en el hombre, que el histerismo monosintomático ha sido demostrado por el conocimiento de los diversos rasgos característicos, cuya investigación ilustra el diagnóstico en los casos dudosos, no puede admitirse la existencia de la afección descrita en 1879 por Schrötter con el nombre de *corea laríngea*. La descripción de Schrötter se refiere sin duda á casos de *tos histérica*, y los caracteres diferenciales que dicho autor invocó para separarlas, son absolutamente ilusorios. Es, pues de desear, que se abandone definitivamente la denominación de *corea laríngea*, que, por lo demás, ha sido aplicada también á otras perturbaciones motoras de la laringe, que nada tienen de común con la corea.

El tratamiento de la tos nerviosa es tarea muy ingrata, cuando no llega á descubrirse ninguna causa local, próxima ó remota, cuya acción pueda sospecharse. Las inhalaciones, pulverizaciones, gargarismos, lo mismo que las aplicaciones tópicas de medicamentos emolientes, anestésicos y otros, son casi siempre inútiles; la administración más ó menos prolongada de los antiespasmódicos al interior, de los bromuros alcalinos, suele ser también impotente, cualquiera que sea la dosis prescrita; y los narcóticos, como la belladona y el opio, tan eficaces cuando la tos es de origen bronquial, tampoco dan resultado. La única medicación realmente útil, y que en la mitad cuando menos de los casos da resultados rápidos y ciertos, es la administración de la estricnina á alta dosis. Hace pocos años llamé la atención (1) acerca del valor de este método de tratamiento, según me enseñó mi maestro el profesor C. Bouchard. Conviene, sobre todo, á los enfermos histéricos; en casos de tos histérica espontánea, hace que desaparezcan en pocos días los accidentes que habían resistido al uso prolongado de los bromuros y de la hidroterapia. Al principio se darán 6 miligramos de sulfato de estricnina por día, aumentando 1 miligramo diario hasta llegar á 8 ó 9 miligramos y vigilando la acción del medicamento para disminuir su dosis, si es necesario. Conviene continuar esta medicación durante diez ó doce días, y suspenderla después para comenzar de nuevo al cabo de una semana. Pero en la mayor parte de los casos, cuando sobreviene la curación, ésta es rápida: á los cinco ó seis días disminuye la tos, y á los ocho ó doce desaparece por completo. Si la estricnina no produce ningún resultado á las tres ó cuatro semanas, habrá que renunciar á su administración. En ciertos casos rebeldes de este género, el cambio de aire, la permanencia en el campo ó en la montaña, hacen que desaparezcan todos los síntomas en pocos días ó en algunas semanas.

(1) *Archives de laringologie*, pág. 203, 1889.

3.º—VÉRTIGO LARÍNGEO—ICTUS LARÍNGEO—APOPLEJÍA LARÍNGEA

El profesor Charcot describió por vez primera, en 1876, una neurosis rara, singular, esencialmente caracterizada por una sensación repentina, imprevista, de cosquilleo en la laringe, que provoca algunos accesos de tos espasmódica é inmediatamente después un ictus apoplectiforme. En el momento del ictus, la cara se pone roja, y coincidiendo con la pérdida del conocimiento, que es completa, se manifiestan á veces convulsiones epilépticas parciales. Tal estado dura muy poco; á los pocos segundos, el enfermo vuelve en sí instantáneamente, con plena posesión de sus facultades individuales, sin indicios de atontamiento y amnesia, como si nada hubiera ocurrido. En algunos sujetos, pueden verse accesos abortados; falta la pérdida de conocimiento y sólo existe una simple sensación vertiginosa.

Después de las primeras publicaciones de Charcot, han visto la luz nuevas observaciones de vértigo laríngeo, aunque todavía son poco numerosas (1). Conviene también observar que en menos de treinta casos conocidos hasta ahora, hubo algunos que podrían atribuirse, ora á epilépticos con auras laríngeas, ora á tabéticos ó neuropáticos que padecían accesos de espasmo glótico terminados por pérdida del conocimiento, y que sólo de un modo imperfecto correspondían al tipo clínico descrito por el Dr. Charcot. Son casos de *ictus laríngeo* y no *vértigo laríngeo*: esta última denominación, debe reservarse para designar una variedad especial de ictus laríngeo, independiente de la epilepsia esencial lo mismo que de la tabes.

La *epilepsia con auras laríngeas* tiene caracteres especiales que la distinguen: bien siga su evolución bajo la forma vertiginosa, bien bajo la convulsiva, el ataque presenta fisonomía especial que revela su naturaleza. La palidez inmediata del semblante, el atontamiento y la sensación de malestar consecutivos, bastarán por sí solos para establecer el diagnóstico en ciertos casos; en otros, por el contrario, las dificultades pueden ser bastante grandes, para que algunos autores hayan llegado á considerar el vértigo laríngeo como un accidente epiléptico. Esta es una opinión que creo debe rechazarse en absoluto, según mis propias observaciones.

En las personas que padecen accesos de *espasmo glótico*, de origen puramente dinámico, independientes de toda lesión del aparato de inervación laríngeo, tales como los que suelen observarse de cuando en cuando en individuos nerviosos ó de carácter neuropático, seguidas de manifestaciones hiperémicas: de lesiones inflamatorias ú otras de la mucosa nasal, es frecuente que el acceso termine bruscamente, al llegar á su intensidad máxima, por un ictus apoplectiforme: el enfermo, cuya cara se ha vuelto roja y turgesciente, pierde el conocimiento y puede caer repentinamente al suelo si los que le rodean no le sientan ó sos-

(1) Se encontrará la mayor parte de las indicaciones bibliográficas relativas á este asunto en la memoria de Weil, *Province médicale*, 1887, y en el trabajo más reciente de Cartaz, *Archives de laryngologie*, 1889. — Véase también Botey, *Revue de laryngologie*, 1889, y *Archivos internacionales de laryngología*, Barcelona, 1891. — Roquer, *Revista de laryngología*, Barcelona, 1891. — Ruault, *Journal de méd. de Paris*, 1892.

tienen; pero al cabo de algunos segundos, quizá en el mismo momento, vuelven por completo en sí, á la vez que desaparece la cianosis y que la respiración recobra su función normal. He publicado (1) varios casos de este género, observados durante el acceso mismo; después, he visto algunos más y no vacilo en afirmar que, en tales casos, el ictus no debe ser considerado como consecuencia de la anemia y de la anoxhemia, ó resultado de la hiperemia pasiva del encéfalo. El ictus sobreviene demasiado pronto, su duración es muy corta, el retorno al estado normal presenta un carácter de instantaneidad demasiado pronunciado para que pueda atribuirse al accidente de este género; creo más bien que se trata en tales circunstancias, como en la mayor parte de los casos de ictus ó en el *vértigo laríngeo*, de un fenómeno bulbar inhibitorio de origen periférico, determinado por la irritación de las terminaciones nerviosas sensitivas de la laringe, irritación que el neumogástrico transmite á la médula oblongada.

En los *tabéticos*, los ictus laríngeos pueden afectar formas diferentes: en ocasiones suceden á un acceso de espasmo glótico con estridulismo, como en el caso anterior; otras veces sobrevienen después de uno ó varios ataques de tos violenta, prolongados, en los cuales los accesos se suceden sin dar apenas tiempo para la inspiración; hasta que la cara toma color violado, las venas de la cara y del cuello se hinchan extraordinariamente, los ojos se ponen salientes é inyectados, y por último, la caída al suelo y la pérdida del conocimiento, seguida del retorno absoluto y completo de la conciencia, ponen fin á la escena, al cabo de algunos segundos ó medio minuto, rara vez más. En otros casos, el ictus tabético no difiere del vértigo laríngeo aislado.

¿Cuál es la patogenia de estos accidentes? ¿Son, como los hechos anteriores, de origen periférico, ó bien se deben á lesiones irritantes de los núcleos bulbares mismos, que pueden desarrollar una ú otra patogenia? Basta formular la pregunta, para comprender que su contestación no puede menos de ser hipotética.

Otra variedad de ictus laríngeo, menos conocida que la anterior, pero que, sin embargo, merece toda la atención del médico, dada su extraordinaria gravedad, se observa en sujetos que padecen *afecciones orgánicas graves de la laringe*. En tales casos, el ictus es único, y la *muerte repentina* su consecuencia fatal. Ricardo Botey (de Barcelona), llamó en 1889 la atención acerca de la relativa frecuencia de la muerte repentina, independiente de todo fenómeno disneico ó espasmódico, en los casos de afecciones laríngeas crónicas graves, y particularmente en los de cáncer intralaríngeo. La muerte fulminante puede sobrevenir en cualquiera de los períodos de la enfermedad, ora cuando todavía faltan las perturbaciones respiratorias, ora después de haberse practicado la traqueotomía. Por mi parte puedo citar, entre las observaciones de mi práctica personal, un caso de muerte repentina en un enfermo de sarcoma de la laringe á quien había practicado la traqueotomía algunos meses antes; en otro enfermo de sesenta y cinco años, probablemente tabético (observado con el Dr. Fernet), y que padecía una parálisis bilateral de los dilatadores glóticos, sin accidentes disneicos habituales, la muerte fué fulminante, sin ir

(1) *Archives de laryngologie*, pág. 289 y siguientes, 1888.