

longadas, ó se reemplazan por la introducción en la nariz de vaselina blanca ordinaria, seguida de la colocación de pequeños tapones de algodón en la entrada de las fosas nasales, protegen la mucosa é impiden *algunas veces* el acceso. Tres de mis enfermos lograron evitar éste tomando, algunas horas antes de exponerse á las causas que le hacían aparecer de ordinario, de 1 á 3 gramos de antipirina al interior; pero el resultado no siempre fué constante en ellos, y otros muchos individuos sólo obtienen de esta medicación resultados medianos, insignificantes ó completamente nulos.

La antipirina y el sulfato de quinina son útiles á muchos enfermos, cuando toman estos medicamentos eficaces poco después del principio del acceso: frecuentemente abrevian su duración; en ciertos casos, evitan la traqueo-bronquitis y en otros atenúan los accidentes disnéicos. Los síntomas de la forma óculo-nasal disminuyen notablemente en muchos casos, y á veces se detienen por medio de pulverizaciones intra-nasales de cocaína (solución al 2 por 100), ó de insuflaciones de un polvo que contenga el mismo medicamento en mayor proporción (clorhidrato de cocaína, de 1 á 2; azúcar en polvo, de 4 á 6). Se debe insuflar este polvo en cantidades muy pequeñas ó bien recomendar que se pulverice muy poca cantidad de líquido á fin de evitar todas las probabilidades de intoxicación. Debemos recordar también, que el empleo prolongado de la cocaína no está exento de inconvenientes; algunos sujetos la soportan mal, y bajo su influencia padecen insomnios rebeldes, excitación nerviosa, anorexia y desórdenes dispépticos, etc.; en tales casos, se deberá resueltamente renunciar á esta medicación, que sus resultados puramente paliativos no autorizan á utilizar con detrimento de la salud general.

CAPITULO IV

CORIZAS CRÓNICAS

La denominación de *coriza crónica*, sólo puede conservarse como nombre genérico aplicable á toda una serie de estados patológicos diferentes de la mucosa nasal, y que merecen esta calificación común, porque se los considera á todos como manifestaciones de la inflamación crónica de esta membrana. Pero cuando se quiere proceder á su clasificación y agruparlos en variedades anatómicas ó en formas clínicas particulares, vemos que los caracteres diferenciales sobre los cuales debe basarse esta clasificación, tienen un valor muy secundario.

Los procesos inflamatorios crónicos de la mucosa nasal, son todavía, en efecto, muy imperfectamente conocidos. El estudio de las lesiones histológicas de fecha muy reciente, está sólo esbozado, y la relación de estas lesiones con cierto número de síntomas, inconstantes por lo demás, á los que están asociadas, apenas comienzan á ser entrevistas. Por último, los datos positivos que poseemos acerca de la histología de estas afecciones, ó son comunes á la mayor parte de ellas, ó bien los que se aplican á variedades distintas, son inciertos ó poco precisos. En cuanto á nuestros conocimientos sobre su patogenia y

su fisiología patológica, son completamente rudimentarios. En estas condiciones, no puede evidentemente intentarse una clasificación metódica y satisfactoria de las *rinitis crónicas*, y nos encontramos reducidos á separar del grupo un poco confuso que entre todas forman, cierto número de variedades cuya autonomía es discutible; pero que, sin embargo, presentan entre sí diferencias relativas, ya en su sintomatología, ya el modo de efectuar su evolución ó ya en las lesiones anatómicas que á ellas se refieren, y en las que, por lo demás, parece que la inflamación, propiamente dicha, desempeña un papel muy desigual.

Lo que se llama ordinariamente *coriza crónica simple*, ha sido ya descrita en este artículo, con motivo de la hiperemia de la pituitaria. La hinchazón de la mucosa de la nariz, consecuencia más bien de la repleción sanguínea de sus capas profundas, casi exclusivamente formadas por senos vasculares, cuya estructura se parece á la del tejido eréctil, que de las lesiones epiteliales y glandulares con engrosamiento del corion mucoso, es el signo característico de este estado. Los desórdenes secretorios son inconstantes y variables y el nombre de *catarro crónico* de la pituitaria, que erróneamente se le da á veces, no es, en manera alguna, el más apropiado. En realidad, la inflamación no influye gran cosa en este desorden morboso, que más bien depende de procesos hiperémicos; pero, como ya he dicho antes, ocurre en muchos casos que este estado, primero intermitente y después permanente, da origen á modificaciones de estructura de la mucosa, de una naturaleza completamente especial, que se han descrito otras veces con el nombre de *engrosamiento de la pituitaria*, y más recientemente con el de *hipertrofia de la mucosa nasal*, de *rinitis hipertrofica*.

El estudio histológico de estas lesiones, al que Chatellier ha consagrado durante muchos años numerosos trabajos (1), demuestra que, en realidad, no se trata en tales casos de una hipertrofia, propiamente dicha, sino más bien de un proceso neoplásico, de una *transformación mixomatosa de la pituitaria* ya alterada y afectada de ectasia de sus vasos profundos y de relajación consecutiva y de engrosamiento por infiltración celular de su corion mucoso. El estudio clínico de esta afección, debe hacerse junto con el de los pólipos mucosos de las fosas nasales; de igual manera que estos últimos, da origen á síntomas que demuestran directamente la obstrucción nasal, y que no puede modificarse por un tratamiento médico, sea el que fuere, ni por ninguna medicación tópica que no tenga por efecto la destrucción de los tejidos enfermos. Estos deben separarse por procedimientos de orden quirúrgico ó destruirse por la cauterización química ó ígnea. La historia de esta enfermedad no tiene, pues, sitio apropiado en un tratado de medicina; pertenece á la cirugía y debe, por lo tanto, estudiarse en los tratados de patología externa y en las obras especiales.

Al lado de estas diversas corizas crónicas, caracterizadas sobre todo por la obstrucción nasal que determinan, existen otras formas, en que ésta es nula ó poco acentuada, y en la que dominan los desórdenes secretorios. Ciertos individuos, los viejos sobre todo, se quejan de un flujo seroso que les obliga á limpiarse continuamente con el pañuelo. Otros moquean mucho, pero en lugar de ser las secreciones fluídas, son manifestamente mucosas, opacas y su abundan-

(1) Chatellier, *Annales des maladies de l'oreille*, 1885, 1886 y 1889. *Bulletin de la Soc. anatomique*, C. R. Du Congrès d'otologie de Bruxelles, 1890.

cia produce una impermeabilidad relativa, que obliga de igual manera al enfermo á expulsarla periódicamente, si no quiere tener la nariz obstruída. En fin, otros presentan desórdenes secretorios especiales, esencialmente caracterizados por la fetidez de la secreción nasal. Estos últimos forman un grupo claramente limitado: la afección que padecen, es distinta de todas las demás variedades de rinitis crónica, y por esto le consagraremos un estudio especial.

RINITIS ATROFIANTE FÉTIDA. — OZENA

DEFINICIÓN. — La significación de la palabra *ozena*, cuyo empleo se remonta á los primeros años de la medicina, no ha cesado de variar hasta nuestros días, porque se la ha aplicado, ya al síntoma « mal olor de la nariz », considerado en sí mismo é independientemente de la afección de que es una consecuencia, ya, por el contrario, se le ha reservado á la *fetidez* dependiente de una afección determinada de las fosas nasales, ya, por fin, se la ha utilizado como denominación de una afección nasal especial que cuenta la fetidez entre sus síntomas constantes.

Hoy debe reservarse esta denominación al mal olor *especial*, á la vez *dulzaino* y *picante*, penetrante y *nauseabundo*, parecido al de las *chínches* aplastadas, al de los sudores fétidos de las extremidades inferiores y al de ciertos *quesos podridos* que no presentan más variación que diferencias en su intensidad, que resulta de una alteración de las secreciones nasales especial á una variedad de rinitis crónica, de evolución constante, que termina por la atrofia de la mucosa nasal. Así comprendida la denominación *ozena*, se hace inseparable de la de su causa, y puede en rigor servir para designar ésta; pero como, por una parte, no implica la realización de la atrofia, y, por otra, no supone necesariamente esta última la fetidez, no se debe considerar la palabra *ozena* como sinónima de rinitis *atrófica*, ni aun de *atrofiante*, sin otro epíteto; sólo los términos que pueden emplearse, uno por otro indiferentemente, son los de *ozena* ó de *rinitis atrofiante fétida* (1).

SÍNTOMAS. — Los individuos afectados de *ozena*, exhalan más ó menos mal olor; pero como ya he dicho antes, es casi siempre idéntico. Basta haberlo percibido cierto número de veces, para no confundirlo con el que puede resultar de las diversas lesiones ulcerosas de las fosas nasales, al de los grumos caseosos acumulados alrededor de un cuerpo extraño, al de las supuraciones fétidas de los senos maxilares ó al de otras.

El olor es de ordinario más fuerte por la mañana, que durante el día; y en general, es tanto más acentuado, cuanto más considerable es la acumulación de secreciones fétidas en las fosas nasales, disminuyendo cuando el enfermo ha conseguido desembarazarse de sus secreciones, para reaparecer y acentuarse progresivamente á medida que se forman de nuevo. Sin embargo, la intensidad del olor dista mucho de presentar siempre una relación constante con la cantidad de secreciones acumuladas, ni tampoco, dígase lo que se quiera, con el tiempo que permanecen estas secreciones en las fosas nasales, ni con el au-

(1) Consúltese la monografía de E. Deumier, *De la rinitis atrófica y del ozena*. Tesis de París, 1889

mento de su consistencia que de éste resulta. Y esto es cierto, no sólo en lo que concierne á individuos diferentes, sino que también hasta en el mismo individuo: gran número de sujetos segregan materias más olorosas en ciertos momentos que en otros, y así ocurre que muchas jóvenes y muchas mujeres exhalan peor olor durante la época catamenial que durante el resto del mes, sin que la cantidad de secreciones aumente forzosamente durante este período y sin que tampoco experimenten entonces modificaciones pasajeras en su consistencia, en su adherencia y ni aun á veces en su color.

La apariencia de las secreciones examinadas en el pañuelo, cuando el enfermo acaba de expulsarlas, es variable. En los casos antiguos y graves, es casi siempre idéntica; unas veces se presenta en grumos de moco espeso y viscoso, en forma de tapón más ó menos cilíndrico ó cónico truncado, más consistente ó completamente seco en una de sus extremidades ó en la más voluminosa de las dos, cuando tiene la forma de un cono. La coloración de este tapón es blanquecina ó amarillo-grisácea y á menudo amarillo-verdosa. Su volumen no siempre es igual; puede variar entre el de un lápiz ó más y el de un cigarro puro de mediana dimensión, siendo su longitud de 2 á 4 centímetros; á veces está casi seco en la mayor parte de su extensión y tiene un color verde sucio ó parduzco obscuro. Otras veces el enfermo expulsa trozos de costras verdosas de forma irregular más ó menos voluminosas y en ocasiones tan gruesas que salen con dificultad por la ventana nasal: estos trozos irregulares proceden de las regiones superiores de las fosas nasales, en las que se han moldeado, y cuya forma reproducen, mientras que los tapones redondeados se forman en el tercio ó en los dos tercios posteriores del suelo de estas cavidades. Dichas concreciones consistentes, voluminosas, de color obscuro y de olor infecto, tanto las que tienen la forma de tapón, como los trozos irregulares, permanecen siempre mucho tiempo en las fosas nasales antes de ser expulsadas, y los enfermos están muchos días sin poder expulsar al sonarse más que algunos fragmentos de pequeño volumen, antes de desembarazarse por completo de ellos.

En los casos recientes, el moco, ó mejor dicho, el moco-pus, tiene la forma de porciones gluientes y viscosas, de color gris amarillento ó verdoso, que el enfermo expulsa muchas veces cada día, en abundancia variable, á veces muy notable.

Cuando la afección es ligera, las secreciones, concretas ó simplemente viscosas, son menos abundantes, y á menudo no presentan otra cosa de particular que su opacidad y su olor.

El examen rinoscópico da resultados diferentes cuando la enfermedad se halla en su período de estado, en el de crecimiento ó en su principio. Muy á menudo no se puede observar á los enfermos, más que cuando la afección es ya antigua y data de muchos años, y el aspecto del interior de las fosas nasales es entonces completamente característico. Lo que llama inmediatamente la atención, es el pequeño volumen de los cornetes, y por consecuencia, á menos que no exista una estrechez congénita de las fosas nasales, el aumento del calibre de éstas. Los cornetes inferiores parecen rudimentarios; están disminuídos en todas sus dimensiones, y esta disminución de volumen no es sólo de las partes blandas, sino también del mismo hueso. Los cornetes medios son tam-

bién más delgados y más pequeños, y esta delgadez es más aparente cuando se examina su borde anterior vertical. Esta atrofia de las eminencias normales de la pared externa, en los casos en que no hay una desviación acentuada del tabique, permiten que pueda verse á éste en toda su extensión, y á menudo casi hasta la parte más alta; la pared anterior del seno esfenoidal es accesible á la vista; el suelo de las fosas está al descubierto en toda su longitud, y la vista penetra hasta la faringe nasal, haciendo visible en algunas ocasiones los rodetes situados á la entrada de la trompa de Eustaquio.

La mucosa está seca muy frecuentemente, pálida, arrugada ó granulosa, en ocasiones de color rojo oscuro y siempre deslustrada, pero en las partes posterior y superior de las fosas nasales está recubierta de secreciones que impiden verla. Estas secreciones ocupan le parte posterior del suelo y del tabique, la fisura olfatoria, el borde anterior del cornete medio, el meato medio y la parte posterior y superior del cornete inferior. Estas regiones están tapizadas por costras verdosas ó parduzcas, adherentes, moldeadas sobre las eminencias de la pared intra-nasal ó por montones de moco-pus amarillo-verdoso y viscoso, con tractus que atraviesan la fosa nasal de una á otra pared. Cuando están secas y adheridas y se las separa, aparece la mucosa de color rojo oscuro, deslustrada y á veces sanguinolenta en el punto en que aquéllas estaban. Si se examina la parte posterior de las fosas nasales y la faringe nasal por medio del espejo rinoscópico, se ven sobresalir estas secreciones entre las extremidades adelgazadas de los cornetes. Las costras sobresalen también con frecuencia por encima de los orificios posteriores de las fosas nasales, y sobresalen en la bóveda de la faringe, bajo la forma de prolongaciones ó de placas de un color amarillo-verdoso. La mucosa de la faringe nasal está igualmente recubierta á trechos por estas costras, y es apenas visible, ó no lo es en absoluto. Las fosetas de Rosenmüller son profundas, los rodetes de las trompas parecen mayores y los orificios tubarios están muy abiertos.

En los casos menos intensos ó más recientes, pueden presentarse dos variedades de aspecto diferente. En unos casos, y ya insistiremos sobre esta variedad, la atrofia está generalizada, aunque no tan acentuada; las secreciones son menos abundantes, menos concretas, de color no tan oscuro, pero la nariz y la faringe nasal están, como en los casos precedentes, enfermas en toda su extensión. En otros casos la enfermedad está circunscrita; se encuentra alterada sólo una fosa nasal, y una parte de la faringe nasal ó las lesiones no alcanzan más que al cornete inferior y á sus inmediaciones, en un solo lado. La atrofia es limitada y las secreciones fétidas sólo se encuentran en las partes atrofiadas, presentando el resto de las fosas nasales su aspecto normal.

En fin, en otros casos, en lugar de estar atrofiada la mucosa nasal y nasofaríngea, se encuentra, por el contrario, hinchada, blanduzca, rojiza y deslustrada. Las secreciones no están secas, sino que son simplemente viscosas, de color amarillo-verdoso y abundan sobre todo al nivel de los dos tercios posteriores del suelo de las fosas nasales, encontrándose las detrás de este punto y en la faringe. En todos los casos, son fétidas y con el olor ozenoso.

Muy frecuentemente, si no siempre, hasta en estos últimos casos, la pared posterior de la faringe bucal está seca, barnizada y lustrosa; pálida en los casos antiguos y cuando la afección está generalizada, roja, con más frecuencia

en el caso contrario. En los casos de atrofia acentuada de la mucosa nasal y faríngea, el mismo velo del paladar parece afectado, presentándose adelgazado y la úvula de dimensiones más pequeñas que de ordinario. La misma laringe puede participar del proceso y presentar costras verdosas fétidas sobre las cuerdas vocales, en la región infraglótica y hasta en la tráquea (1). Las cuerdas vocales están grises ó sonrosadas, han perdido su aspecto nacarado y brillante; su parte anterior está un poco engrosada y parece que en las inmediaciones del ángulo anterior se hallan como soldadas en una extensión de algunos milímetros. Ya he hablado, con motivo del catarro crónico naso-faríngeo, de estas faringitis y laringitis secas, unidas al ozena y de los caracteres que presentan en tales casos, así como de cuando son independientes de lesiones nasales primitivas.

Fuera de la fetidez, que puede ser bastante intensa para hacerle insoportable la vida al enfermo, haciendo de él un objeto repugnante para las personas que le rodean, los síntomas del ozena son bastante variables. El más constante es la anosmia, que se presenta rápidamente y se hace pronto absoluta; sin embargo, algunos enfermos conservan un poco de olfato, pero es curioso que, aun en tal caso, no perciban por sí mismos el olor que despiden y sólo tengan conciencia de él por las advertencias que se les hacen. La falta de olfato perjudica el ejercicio del gusto, y sobre todo cuando la presencia de costras en la faringe nasal y los esfuerzos que hace el enfermo para desembarazarse de ellas producen esfuerzos de vómitos por la mañana, resulta de este estado cierto grado de repugnancia para los alimentos, de anorexia, y aun se pueden observar trastornos gástricos más ó menos acentuados. Bastante á menudo, y aunque las fosas nasales estén permeables, y hasta permeables con exceso, lo cual determina la sequedad naso-gutural, los enfermos se quejan de una sensación de dificultad y de obstrucción, debida á la presencia de las secreciones y de las costras, y tanto más penosas, cuanto que los esfuerzos que hacen para sonarse suelen ser infructuosos; las epistaxis, como ya he dicho, no son raras; la cefalalgia frontal obtusa y casi permanente, la ineptitud para el trabajo intelectual y la tendencia al vértigo, son síntomas bastante frecuentes en los casos intensos y antiguos; otro tanto diré de los ensueños. La tristeza, la preocupación y la hipocondría, son frecuentemente consecuencias del ozena. Los niños sufren por el abandono en que sus pequeños camaradas los dejan, las niñas tienen aún conciencia más clara de la repulsión que inspiran, y las jóvenes se desesperan al verse abandonadas por sus maridos. Moldenhäuer cita el caso de una joven que se suicidó, después de haber intentado, aunque inútilmente, desembarazarse de su enfermedad por diversos tratamientos prolongados que resultaron ineficaces.

El aspecto exterior de los enfermos, es muy variable. Algunos presentan el aspecto del temperamento linfático: nariz gruesa y corta, labio superior aumentado de volumen, rubicundez de los pómulos y la nariz, acné punctata y tendencia á los infartos ganglionares; en ellos, las secreciones nasales son por lo general, abundantes y menos secas y la atrofia de las mucosas se hace con más lentitud; otros muchos, tienen las fosas nasales naturalmente anchas;

(1) Consúltese el trabajo de Luc, « Del ozena traqueal », *Archives de laryngologie*, 1889.

los maxilares superiores separados uno de otro, los pómulos un poco salientes, los huesos de la nariz, por el contrario, aplastados y su nariz presenta entonces la forma llamada «nariz de *sillin inglés*» (1), pero gran número de ozenos no presentan esta forma de nariz en ninguno de sus grados, y hasta pueden tener estrechez congénita de las fosas nasales, y lo que llama la atención en ellos es la extrema pequeñez de la nariz externa, que está delgada, afilada y reducida en todas sus dimensiones: suelen estos individuos ser pálidos, débiles y anémicos.

Como síntomas inconstantes del ozena, ó mejor dicho, como complicaciones eventuales de esta afección, deben anotarse en primera línea las conjuntivitis y las queratitis y las inflamaciones crónicas de las vías lagrimales. Estos accidentes son frequentísimos en los ozenos, y sobre estas complicaciones ha llamado muy juiciosamente la atención A. Trousseau hace algunos años.

Los trastornos auriculares son bastante raros, á pesar de la frecuencia de las lesiones de la faringe nasal. Puede, sin embargo, presentarse el catarro tubario y la otitis catarral crónica seca, y á veces, aunque accidentalmente, la otitis aguda supurada.

Las supuraciones de los senos son bastante raras; se han notado, sin embargo en algunos casos, inflamaciones purulentas de los senos, sobre todo de los etmoidales y esfenoidales. Estoy inclinado á creer que, en un número de casos bastante grande, las células etmoidales participan, hasta cierto punto, de la afección, pero que los senos maxilares permanecen casi siempre indemnes. Las secreciones de los senos frontales, etmoidales y esfenoidales, pueden, por lo demás, ser fétidas, sin que forzosamente se sequen en estos puntos, y es probable que esta falta de retención, sea la que hace que la supuración de estas regiones se encuentre excepcionalmente.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Nuestros conocimientos acerca de la anatomía patológica del ozena, están aun poco adelantados. Las autopsias han sido muy escasas hasta ahora, y Zuckerkandl (2), el autor que mayor número de ellas ha practicado, no ha hecho probablemente investigaciones más que sobre sujetos que no había observado durante la vida. Todas las autopsias han confirmado los resultados que da el examen rinoscópico en el vivo, así como la opinión universalmente admitida hoy, y emitida ya por Cazenave (de Burdeos) y Trousseau, hace mucho tiempo, de que en el ozena simple no existen ulceraciones de la mucosa. Se ha encontrado atrofiada ésta en grado variable, ya en toda la extensión de las fosas nasales y hasta en los senos, ya en una fosa nasal ó solamente en uno ó en los dos cornetes inferiores, región en que siempre predomina la atrofia. En los casos avanzados, la atrofia del cornete inferior no se circunscribe solo á la mucosa, sino que afectaba también al mismo hueso, á veces reducido á una lámina delgada y muy estrecha. La pequeñez de las células etmoidales la ha visto Zuckerkandl en los enfermos que tenían los cornetes inferiores muy atrofiados. Hartmann vió en una de sus autopsias un seno esfenoidal de muy pequeña dimensión; Zuckerkandl ha encontrado á veces en esta cavidad moco-pus bastante espeso y Cha-

(1) Véase la memoria de Potiquet: De la forma de la nariz en el ozena verdadero. Congreso internacional de otología de París, 1889.

(2) Zuckerkandl, obra citada. t. I, pág. 87 y siguientes, 1882; t. II, pág. 123, 1892.

tellier (1) encontró un verdadero foco purulento, aunque probablemente reciente, porque este pus no era fétido y además el enfermo había sucumbido á consecuencia de una pericarditis supurada.

Las lesiones histológicas han sido estudiadas por E. Frankel, Krause, Gottstein, Chatellier, Habermann y Zuckerkandl (2), habiéndolo hecho en casos en que la atrofia estaba más ó menos avanzada. Los resultados han sido casi los mismos y las diferencias que se mostraron parece que dependían del grado más ó menos acentuado del proceso. El epitelio de revestimiento está siempre alterado y no presenta ya los caracteres del epitelio vibrátil, sino más bien los de un epitelio plano, pavimentoso, y á veces reducido á una sola capa: la capa sub-epitelial está irregularmente infiltrada de numerosas células redondas, y por debajo de esta capa se encuentran células de tejido conjuntivo, alargadas y que aumentan en número á medida que avanza hacia las partes profundas, obsérvase á veces una degeneración fibrosa completa, en ciertos puntos ó en casi todas partes. Krause ha señalado la presencia de granulaciones grasosas aisladas en el corion mucoso, pero esta lesión no se ha vuelto á encontrar después. Las glándulas están destruídas á veces en gran extensión de la mucosa; con más frecuencia faltan solo en ciertos sitios ó bien han disminuído en todas partes, pero casi constantemente están alteradas; su epitelio está turbio ó en estado de degeneración grasosa y las paredes de los acinis están infiltradas de células redondas; los vasos están igualmente enfermos, la capa vascular eréctil profunda, apenas se ve, ó falta completamente, y los vasos superficiales y los demás, están en abundancia variable, pero sus paredes se presentan infiltradas y aumentadas de grosor. Chatellier no ha encontrado alteraciones histológicas de los huesos, mientras que Krause, Habermann y Zuckerkandl han encontrado lesiones de osteitis con numerosas lagunas de Howship. Estas diferentes lesiones dominan en el cornete inferior; pero se encuentran también en el cornete medio y en el tabique. Krause ha comprobado igualmente la atrofia fibrosa de la mucosa naso-faríngea, con desaparición de los folículos linfáticos tan numerosos en este punto, en estado normal.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA. — El ozena se observa sobre todo en los adolescentes y en los jóvenes y según mi experiencia, y á pesar de las aserciones contrarias de algunos autores, le considero cerca de tres veces más frecuente en la mujer que en el hombre. Las dos terceras partes de los enfermos que he asistido, eran niñas ó jóvenes, en las que empezó la afección durante la segunda infancia; se observa también en los niños. Asisto, hace cuatro años á una niña, que sólo tenía treinta y dos meses cuando la ví por primera vez y que olía mal hacía ya más de un año; tiene la nariz muy pequeña, muy ancha, la pituitaria muy atrofiada y los cornetes inferiores rudimentarios. Moure y otros autores, han señalado un número bastante importante en niños de tres ó cuatro años. Sin embargo, entre siete y diez años, parece que es cuando principia de preferencia la afección y en muchas niñas aparece en el momento del desarrollo sexual. Después de los cuarenta ó cuarenta y cinco años, es muy raro observar esta enfermedad, porque entonces es muy acentuada ordinariamente la atrofia de las glándulas y las secreciones han disminuído perdiendo

(1) Chatellier, C. R. de la Soc. française de laryngologie, 1887.

(2) Véase Zuckerkandl, *loc. cit.*, t. II.