

su olor en parte ó completamente. La *herencia* parece que desempeña un papel positivo en ciertos casos; se observan á veces muchos niños de la misma familia afectados simultánea ó sucesivamente de esta enfermedad, pudiéndose ver al padre ó la madre afectados al mismo tiempo que uno ó muchos de sus hijos; pero es infinitamente más frecuente ver por el contrario, que un solo individuo de una familia padezca dicha enfermedad, en tanto que los demás permanecen indemnes.

Se ha hecho desempeñar á la escrófula un papel etiológico evidentemente muy exagerado, y por mi parte, estoy dispuesto hasta á negarlo en absoluto. La verdad es que en los escrofulosos y aun en los linfáticos, la afección presenta ciertos caracteres un poco especiales; abundancia y mayor fluidez de las secreciones, generalización rápida de los desórdenes secretorios, aparición frecuente de las retenciones de la secreción concretada, antes de que la mucosa se atrofie y hasta cuando, por el contrario, está hinchada y el tejido adenóideo de la faringe subsiste y aún está hipertrofiado. Estos caracteres son bastante acentuados en algunas ocasiones para que se haya descrito un *ozena escrofuloso* y para que se le haya opuesto al *ozena simple*, cosa que nada justifica, por lo demás, puesto que la diátesis escrofulosa no modifica la *naturaleza* de la enfermedad. Lo que demuestra bien, por otra parte, que la escrófula no es una condición predisponente, es que los casos de este *ozena* llamado «escrofuloso» son seguramente más raros, que los del *ozena* llamado «simple».

En cuanto á la sífilis, no es dudoso que desempeña un papel etiológico positivo. Los sujetos que han padecido en la primera infancia rinitis sifilítica hereditaria, se vuelven con frecuencia ozenosos más tarde, cuando toda lesión específica ha desaparecido. En cuanto á la sífilis nasal hereditaria tardía y á la sífilis nasal terciaria, su papel es más innegable todavía. Las lesiones sifilíticas terciarias de las fosas nasales, mientras que el proceso está en plena actividad, pueden á veces evolucionar durante mucho tiempo, sin dar origen á una fetidez notable, pero en un momento dado, después que se han movilizado los secuestros, ocurre con mucha frecuencia que la secreción purulenta pierde su fluidez y se concreta en forma de costras verdosas y muy abundantes, al mismo tiempo que la mucosa se atrofia. La fetidez nasal se hace entonces horrible; es el olor del *ozena simple*, pero con todos sus caracteres llevados al máximo. La extracción de los secuestros, la desaparición de las ulceraciones por medio del tratamiento específico, atenúan bastante la fetidez, pero en un gran número de casos, no la hacen desaparecer; el proceso atrófico de la mucosa evoluciona como en el *ozena simple* y sólo las pérdidas de substancia y la anamnesia, descubren el origen de la enfermedad, que no merece el nombre de *ozena sifilítico* que se le ha dado y que se le da todavía, en ocasiones; será, si se quiere, un *ozena post-sifilítico* ó de *origen sifilítico*, pero las lesiones mismas no son específicas, y las investigaciones histológicas de Suchardt y de Zuckerkandl, han demostrado que, en estos casos, las alteraciones de la mucosa nasal, no difieren de las que se han visto en los casos de *ozena esencial*. Considero, pues, á la sífilis como una causa bastante frecuente del *ozena*; pero no creo que se le deba considerar como una causa predisponente, en el sentido de que me parece impotente para crear primitivamente el *ozena*, si no hay, con anterioridad, lesiones nasales específicas.

He visto muchas veces presentarse la rinitis atrofiante fétida después de la *viruela*, como consecuencia de la rinitis variolosa en los adultos. En los niños he encontrado muchas veces también un *sarampión* anterior, después de cuya curación había comenzado á llamar la atención de la familia la fetidez del enfermito.

La patogenia de la enfermedad, es todavía muy discutida y bastante obscura. Hay que hacer, por lo demás, una separación entre la patogenia de la fetidez misma y la de la afección de que deriva. No citaré más que como recuerdo, la opinión sostenida otras veces por Vieussens y por Reininger, que la hacían depender de una supuración de los senos, opinión sustentada más recientemente por Michel, que lo atribuye á la del seno esfenooidal. Los resultados de las necropsias, han demostrado que esta idea era errónea. Otros autores han sostenido que la fetidez de las secreciones dependía de su retención en las fosas nasales anormalmente conformadas. Habiendo observado Percy y Laurent á principios de siglo, después de Guy-Patin y Boyer, la frecuencia de la nariz llamada *chata* en los ozenosos, emitieron ya la opinión de que el aplastamiento de los huesos propios de la nariz podía producir la retención del moco nasal, y favorecer su descomposición pútrida (1), pero no teniendo todos los ozenosos la nariz *chata*, esta opinión no puede aplicarse á todos los casos. Lo mismo ocurre con la que ha sido sostenida por Berliner (2), quien pensó que el *ozena* era debido á la retención de las secreciones de las regiones superiores de las fosas nasales, por el cornete medio aplicado sobre el tabique, tomando así una disposición excepcional, por un carácter constante. Zaufal (3) ha atribuído la retención de las secreciones á la anchura exagerada de las fosas nasales, condición preexistente al *ozena*, y que impediría al enfermo expulsar el moco, á causa de la facilidad que encontraría la columna de aire para salir, sin aumento de presión intra-nasal. Volveremos á hablar pronto de esta teoría, con motivo de la patogenia de la misma rinitis atrofiante. Gottstein ha sostenido, igualmente, que el mal olor se desarrollaba solo porque las secreciones se secan en las fosas nasales, aserciones cuya inexactitud está demostrada por la observación diaria de los enfermos, que apenas se han visto libres de sus costras por un lavado, vuelven á presentar mal olor antes de que éstas se hayan formado de nuevo é inmediatamente después que la secreción, todavía húmeda, ha reaparecido en la superficie de la mucosa, así como en los que expulsan abundantemente moco-pus y no presentan costras, propiamente dichas, aunque sus secreciones nasales tengan característico olor ozenoso. Según Krause, B. Fränkel y otros muchos, el moco nasal del ozenoso huele ya mal cuando sale de la glándula, y este olor es debido á desórdenes secretorios ligados á las alteraciones glandulares y á ácidos grasos no determinados, que el moco contiene desde su aparición.

El progreso más importante realizado hasta ahora respecto al origen de la fetidez ozenosa, es debido á Lœvemberg (4). Este autor ha repetido las investi-

(1) Percy y Laurent, Artículo *Ozena* del Diccionario en 60 volúmenes, Paris, 1819, t. xxxvii, página 74.

(2) Berliner, Ueber *ozœna*, Deutsch. med. Woch, 1889.

(3) Zaufal Aertz Correspondenzblatt, núm. 24, 1877.

(4) Lœvemberg, De la naturaleza y del tratamiento del *ozena* (*Union médicale*, 1884).

gaciones bacteriológicas de E. Fränkel, que había ya reconocido la presencia de numerosos micro-organismos diferentes, en las secreciones nasales de los ozenosos y examinando las secreciones muy recientes y secas todavía, ha encontrado constantemente un grueso coccus en cadenas cortas ó en grupos, y más frecuentemente en forma de diplococcus y que se colorea por el violeta de genciana y los otros colores de anilina. Este coccus, de forma redondeada ú oval, se distingue de los otros por su mayor dimensión, que varían de $1,1 \mu$ á $1,65 \mu$. Cultivado este microbio en gelatina, la comunica el olor característico del ozena. Cornil ha repetido y comprobado, en la misma época, las investigaciones de Lœvemberg. Desde entonces, se han obtenido resultados contradictorios. Thost, Röhrer, Hajek y algunos otros, pero recientemente Marano (1) ha vuelto ha encontrar un bacilo encapsulado, que no cree sea otra cosa que el microbio descrito por Lœvemberg, aunque no ha podido reproducir el olor especial por los cultivos. El problema, pues, no puede considerarse como definitivamente juzgado y el micro-organismo, al que se debe el olor ozenoso, no está determinado todavía de una manera indiscutible. Pero es tanto más probable que este olor sea el resultado de una fermentación microbiana, cuanto que la demostración se ha hecho para otras secreciones olorosas, tales como el sudor fétido de los pies, por ejemplo, del cual ha aislado Rosenbach el fermento bajo la forma de un bacilo particular. Quizá existan muchos micro-organismos que puedan producir aislados ó asociados este mismo resultado, pero nada absolutamente sabemos de ello.

En cuanto á la patogenia de la enfermedad, tampoco está completamente determinada todavía. Sin embargo, las investigaciones histológicas han comenzado á hacer la luz en este asunto, y hoy día no parece dudoso que la atrofia progresiva sea el resultado de un proceso inflamatorio. Según Habermann y Zuckerkandl, la opinión sostenida hace mucho tiempo por Fränkel, Gottstein, y otros autores, que consideran la afección como una variedad de catarro crónico, estaría justificada por el estudio microscópico de las lesiones. La afección principia por alteraciones glandulares (Habermann), y las lesiones del epitelio de revestimiento, del corion y aun del mismo hueso, no son más que secundarias. El primer período, puramente catarral, produce la hinchazón de la mucosa y hasta su engrosamiento, por una infiltración celular de su capa sub-epitelial; este es el período hipertrofico, admitido por Gottstein, Schœffer, Moure (2), etc., y á esta hipertrofia sigue, al cabo de un tiempo variable, una transformación fibrosa con atrofia progresiva. Semejante opinión, me parece aplicable, en efecto, á un gran número de casos. He visto aparecer numerosas veces la atrofia en una mucosa nasal roja deslustrada y ligeramente hinchada, é invadir primero un cornete inferior, y después de estar circunscrita en él durante uno, dos y aun tres años, invadir el otro y extenderse más y más. Con mucha más frecuencia todavía, he visto enfermos que presentaban una atrofia circunscrita al hacer mi primer reconocimiento, y en los que no había costras más que del lado de esta atrofia y sólo presentaban en los demás puntos los síntomas de catarro, aunque con secreción fétida. Otros muchos autores han hecho la misma observación, y recientemente ha insistido Coué-

(1) Marano, *Archives de laryngologie*, 1891.

(2) Moure, obra citada, y *Revue mensuelle de laryngologie*, 1887.

toux (1) en la frecuencia de los hechos de este género. Pero no considero demostrado, que este estadio de hipertrofia relativa preceda necesariamente á la atrofia; antes por el contrario, me inclino á creer que éste puede presentarse primitivamente, con especialidad en los casos en que es generalizada y está dispuesta simétricamente en las dos fosas nasales.

La naturaleza catarral de la rinitis atrofiante, no está admitida por todos los observadores. Por la influencia de las ideas de Zaufal, y á pesar de la oposición que Zuckerkandl les ha hecho por sus investigaciones anatómicas tan numerosas como demostrativas, muchos autores consideran todavía al ozena como una afección en cierta manera congénita, que se desarrolla á favor de una detención de desarrollo de los cornetes óseos. Las lesiones óseas, faltan (Chatellier); las lesiones de la mucosa son secundarias y las de las glándulas puramente fortuitas: pueden considerarse como efecto del desecamiento de las secreciones en la superficie de la mucosa, por la influencia de la corriente de aire respiratorio; desecamiento debido á que, penetrando éste en gran abundancia en vías demasiado anchas, no toma la humedad que necesita. Esta teoría ha sido adoptada por Calmettes, A. Martin, Chatellier, Moldenhauer, Potiquet (2) y otros muchos, aunque con algunas variantes. Pero, en realidad, estos autores sólo se apoyan para defenderla en argumentos de mediano valor, y la mayoría llegan á una petición de principio. Para ellos, el *ozena verdadero*, es la afección caracterizada por el pequeño volumen de los cornetes, la atrofia de la mucosa que los recubre y la presencia en la superficie de ésta, de una secreción concreta y fétida, y puesto que por la definición el *ozena verdadero* no existe más que cuando estos caracteres son comprobados, tales como los hemos indicado, siempre que cualquiera de éstos falte, no se tratará del ozena verdadero. Esta manera de comprender el ozena, es evidentemente demasiado estrecha, y si escapa á los argumentos múltiples que la observación clínica y la histología patológica permiten oponerle, es por razón de su misma estrechez. Reduciendo la discusión á una cuestión de palabras, la impiden tomar todo el desarrollo que merece y quita toda amplitud al debate.

Morell-Mackenzie ha estado quizás más cerca de la verdad, aunque no haya creído conveniente considerar como demostrado, siguiendo en esto á Schœffer, Ziem y otros, la existencia de un estado que precede á la atrofia, considerando la afección como una rinitis seca atrófica, que produce con frecuencia la fetidez ozenosa, pero que puede evolucionar sin que ésta aparezca jamás, á pesar de existir en las fosas nasales costras abundantes y secas. Por mi parte, he observado en un número bastante importante de enfermos de este género, y muchos de los cuales presentaban con gran claridad todos los signos de la afección, comprendiendo entre ellos la atrofia faríngea y la forma «*en sillón*» ó con el volumen muy reducido (sin duda por detención de desarrollo durante la infancia) de la nariz externa, y que, á pesar de la presencia de costras de color obscuro sobre la mayor parte de las regiones posteriores y superiores de las fosas nasales, no exhalaban absolutamente ningún mal olor. Cierta número de ellos, según decían sus padres ó sus hermanos ó hermanas, jamás habían des-

(1) Cuénotoux, «De la rinitis atrófica relativa». *Annales des maladies de l'oreille*, 1892.

(2) A. Martin, Tesis de Paris, 1881.—Moldenhauer, *Tratado de las enfermedades de las fosas nasales*, traducción francesa por Potiquet, Paris, 1888.

pedido mal olor; algunos recordaban haber atravesado en su infancia un período durante el cual moqueaban mucho, habiendo desaparecido progresivamente este inconveniente para ser reemplazado, por el contrario, por una sequedad excesiva. Otros, no recordaban haber moqueado en unas épocas más que en otras; pero, ¿cómo afirmar, en realidad, que estos enfermos no habían presentado jamás olor anormal? Bien pudo haber existido en un momento dado, y pasar inadvertido en razón de su intermitencia ó de su mediana intensidad. Seguramente entre estos enfermos afectados de rinitis atrófica, con costras adherentes y sin mal olor, muchos, y aun la mayoría, han olido mal y aun á veces muy mal durante años, según atestiguan las personas que los rodean y las que los cuidaban durante su infancia. Además, todos estos casos de rinitis atrófica con secreciones secas y sin olor (al menos los que he observado por mi parte), se han presentado en adultos; nunca los he visto antes de la edad de veintiocho á treinta años. Estoy, pues, dispuesto á creer que, si bien Morell-Mackenzie ha tenido razón al afirmar que la rinitis atrófica seca podía presentarse independientemente de la fetidez ozenosa, ha cometido un error al considerar á esta última como una consecuencia más ó menos tardía, pero no fatal, de la primera, y que se debe, por el contrario, admitir que, en la generalidad de los casos, cuando el olor falta, es que ha desaparecido después de un tiempo variable y después de haber coincidido, en una época determinada, con el proceso atrófico de la pituitaria, y muy frecuentemente aun, habiéndole precedido. No se trata aquí, é importa hacerlo notar, más que de la rinitis atrófica que termina por la transformación fibrosa, á consecuencia de un proceso histológico, que impone la idea de un trabajo inflamatorio, porque entonces es cuando se observan, en un momento determinado, los desórdenes secretorios característicos. No es este, sin embargo, el único procedimiento patogénico por el que se realiza la esclerosis atrófica; puede depender de un proceso cicatricial consecutivo á quemaduras, ó también á ciertas ulceraciones, y haré notar, de paso, que la sífilis nasal puede dar origen, en ocasiones, á una atrofia simple de este género; también puede producirse en otras condiciones, todavía muy poco conocidas, consecutivamente á hemorragias intersticiales más ó menos abundantes, por un proceso especial recientemente estudiado por Zuckerkandl, quien le ha dado el nombre de *xantosis* (1). No hago más que indicar aquí estas variedades de atrofia sin extenderme á estudiarlas en detalle, porque sólo deseo hacer notar, de una manera clara, que la atrofia de la mucosa de la nariz no es la causa necesaria del ozena y que ésta es función de una *rinitis atrofiante especial*.

Aun ignoramos por completo si el microbio ó los microbios bajo cuya dependencia se encuentra la fetidez especial del ozena, son los que determinan el proceso inflamatorio. Este, según todas las probabilidades, es debido á microorganismos y no se puede comprender que no desempeñen éstos necesariamente un papel activo durante los primeros períodos catarrales de la enfermedad. ¿Pero es debida la fetidez á su acción intra-glandular ó aparece sólo en la superficie de la mucosa por la influencia de otros microorganismos, saprofitos, que encuentran en la composición química anormal del moco alterado un medio susceptible de fermentar consecutivamente? Esto es lo que no sabemos to-

(1) Zuckerkandl: Obra citada, t. II, págs. 50 y siguientes, 1892.

avía. La primera opinión parece *a priori* más probable, porque la reunión casi constante del mismo olor, de los mismos desórdenes secretorios y del mismo proceso atrófico, despierta en nosotros, hasta cierto punto, la idea de la especificidad de la afección, sobre todo cuando vemos casi constantemente á la inflamación crónica simple de la pituitaria, cuando falta la fetidez de las secreciones, terminar por una hipertrofia, seguida pronto, no de atrofia, sino por el contrario, de una degeneración especial, que se aproxima mucho á un proceso neoplásico, la transformación mixomatosa. La noción de especificidad llegaría á ser hasta probable, si el contagio de la afección estuviese demostrado. Pero si no es posible negarla resueltamente, apoyándose en pruebas (porque los resultados negativos que hasta ahora ha dado la inoculación á los animales, intentada por Hajek, Marano y otros, no nos dan un derecho absoluto para hacerlo), no existe tampoco ninguna prueba convincente de su posibilidad. Todo lo que puede decirse es, que si existe, es muy débil y que necesita para realizarse condiciones especiales, algunas de las cuales suponemos (sífilis, viruela, sarampión, etc.), pero que hasta ahora nos ha sido imposible determinarlas.

MARCA Y PRONÓSTICO. — El ozena tiene una marcha lenta y progresiva, esencialmente crónica. Principia insensiblemente en la mayor parte de los casos, salvo cuando es consecutivo á una rinitis específica; y una vez desarrollado, su tenacidad es extrema. Ya he señalado las diferencias, que su marcha y su evolución pueden establecer, según que se presenten desde su principio generalizado y difuso, ó por el contrario, unilateral y localizado; según que invada una mucosa ya enferma ó sana en apariencia; según que se presente pronto ó tarde, ó que ataque á un escrofuloso ó á un individuo indemne de esta diátesis. Su pronóstico varía un poco, según los casos, y es tanto menos grave, en igualdad de circunstancias, cuanto menos acentuada ó más circunscrita es la atrofia concomitante. Esta proporción no es tan exacta en el período terminal de la enfermedad, porque en este momento la misma exageración de la atrofia y la desaparición casi completa de las glándulas que de aquí resulta, da origen á la desaparición ó al menos á la disminución muy acentuada de la fetidez, que constituye el síntoma más importante y más odioso de la enfermedad; pero esta desaparición espontánea de la fetidez es muy tardía en la mayor parte de los casos; puede tardar diez, quince, veinte y aun treinta años ó más. El pronóstico del ozena abandonado á sí mismo es, pues, en definitiva, deplorable.

DIAGNÓSTICO.—No presenta dificultad alguna en los casos típicos; el olor característico basta para establecerlo en la generalidad de los casos y el examen rinoscópico nos hace comprobar los signos que más frecuentemente le caracterizan. Las dificultades sólo aparecen en los casos en que aún no existe la atrofia en punto alguno y las secreciones conservan al mismo tiempo la consistencia de moco-pus espeso. El sitio donde aparecen estas secreciones ó sea en los dos tercios posteriores del suelo de las fosas nasales; el estado del naso-faringe; el color rojo oscuro de la mucosa; el olor claramente ozenoso del enfermo y su hábito escrofuloso, permiten á un observador experimentado reconocer un ozena reciente ó al menos que no ha llegado al período de atrofia; pero importa antes de fijarse en este diagnóstico, asegurarse por una explora-