

fosfáticas ó de otra clase. Algunas veces hematuria ú orina purulenta.

Tumores del abdómen.—(Véase página 440).

Hematocele retro-uterino.—(Véase página 457).

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL DIAGNOSTICO DE LAS FIEBRES.

Cuando el médico encuentre en un enfermo los fenómenos que caracterizan la fiebre, cuidará en seguida de hallar su origen y su punto de partida. En medio de las preocupaciones anatómicas que forman el carácter de nuestra época, se busca de preferencia la causa de una fiebre en una lesion orgánica, y parece asegurado el diagnóstico, cuando puede referirse la fiebre á una bronquitis, enteritis, neumonía, etc.; en una palabra, á una localizacion material apreciable de cualquiera de los órganos ó sistemas de órganos de la economía.

Nada mas útil que proceder de esta suerte, si toda fiebre se encontrase bajo la dependencia directa y necesaria de cambios materiales de esta naturaleza; pero no es así. La fiebre puede existir con lesiones bien reales y manifiestas, pero sin que sean su causa; las acompaña como fenómeno simultáneo, pero no con el carácter de efecto. Fiebre y lesiones son dos hermanas gemelas, nacidas de una madre comun, de una causa general que ha obrado sobre el organismo. Algunas veces la fiebre va acompañada de lesiones insignificantes que demuestran no hacer dependencia suya el estado febril; otras, las lesiones son consecutivas, y extrañas, por consiguiente, á toda imputacion de causalidad. Por último, como en las neurosis, la fiebre puede ser consecutiva de alteraciones puramente funcionales.

No queremos deducir de estas nociones ninguna consecuencia doctrinal; deducimos sencillamente la esencialidad de algunas fiebres y la conservacion en el cuadro nosológico de esa inmensa division, conocida desde la mas remota antigüedad con el nombre de *piretologia*.

Es, sin embargo, necesario recordar que la antigua y clásica division de fiebres *esenciales* y *sintomáticas* tiende á desaparecer en virtud de nuevas investigaciones sobre la naturaleza y modo de produccion del movimiento febril. Sabido es hoy que no puede dudarse que las flegmasias y traumatismos producen fiebre por la introduc-

cion en la sangre de sustancias dotadas de una propiedad especial pirógena; que esta sustancia, sea sólida ó líquida, viviente ó no, ya obre como un veneno químico ó como un fermento, es aun una cuestion no ventilada; pero lo que se sabe positivamente es que la fiebre que acompaña á las flegmasias quirúrgicas ó traumáticas, médicas ó internas, son el resultado directo de un verdadero envenenamiento de la sangre (Billroth, O. Weber, Verneuil). Solo en estos casos es fácil reconocer la fuente del veneno pirógeno, el origen del mal, y por esta razon se ha llamado á la fiebre *sintomática* de la inflamacion de tal ó cual órgano, de tal ó cual tejido. En las fiebres llamadas *esenciales*, esta introduccion, esta procedencia del agente infectante no puede la mayoría de las veces (excepto en los casos de inoculacion) determinarse. Pero la hemática, causa primera del proceso febril, no deja de existir, como lo demuestra la presencia en la sangre, en la mayoría de las pirexias, de vibriones, esporos y bacterias (Davaine, Hallier, Coze y Feltz). En esta segunda categoría de casos, no menos que en la primera, la fiebre no es esencial. En uno y otro caso es el resultado directo de la adulteracion del líquido sanguíneo. Esta distincion dicotómica debe desaparecer ante la rigurosa interpretacion de los hechos, para dar lugar á una concepcion á la vez mas amplia y verdadera del síndrome, fiebre que es unívoco en su causa como en sus manifestaciones esenciales. Hechas estas aclaraciones á nombre de la patología general, continuaremos, sin embargo, sosteniendo la antigua division, cuya utilidad es incontestable bajo el punto de vista en que únicamente debemos colocarnos en consideracion al diagnóstico.

Pues si es así, si existen fiebres independientes, si hay pirexias en que la fiebre ni se subordina ni obedece á ninguna lesion, si existen, en una palabra, *entidades febriles*, es importante diagnosticarlas como *tales fiebres*, y no como manifestaciones de una lesion comunmente insuficiente y con frecuencia dudosa.

Vamos, pues, á intentar demostrar cómo se diagnostica una fiebre, esto es, indicar la série de operaciones por las cuales la inteligencia puede llegar á conocer necesariamente la nocion de una fiebre esencial en presencia de una enfermedad. Comenzamos estableciendo que el problema es mas complejo que en presencia de una enfermedad local, porque es necesario apreciar los síntomas locales y generales y atribuirles exactamente su importancia relativa; tener en cuenta la marcha de la enfermedad, y, por último, porque falta á menudo toda especie de indicio sintomático local ó general suficientemente significativo, y aun suele faltar el fenómeno fundamental, la fiebre.

Segun lo que acabamos de decir, es evidente que no se llega sino por tanteos sucesivos, primero á la hipótesis, despues á la investigacion de una pirexia. Es necesario, para llegar al diagnóstico de una fiebre esencial: 1.º verificar un trabajo de *eliminacion* respecto de las enfermedades locales; 2.º inquirir si los síntomas observados *se adaptan al tipo* mas ordinario de la fiebre que se su pone; 3.º separar los síntomas fundamentales de los accidentes accesorios; 4.º observar si la marcha y la evolucion sucesiva de los fenómenos justifican el juicio primitivo que se ha hecho de la naturaleza de la enfermedad.

1.º **Eliminacion de las enfermedades locales.**—A la cabecera del enfermo y en presencia del estado febril, la primera idea del médico debe ser investigar si existe una lesion local inflamatoria, congestiva ó de otro género, capaz por su violencia ó por su sitio de causar esta fiebre y de sostenerla. La ciencia moderna tiene la gloria de haber extendido las investigaciones con este objeto hasta su último limite, y haber reducido el número de las fiebres esenciales de que estaba plagada la patología. En tiempo de Pinel, la clase de fiebres adinámicas contenia una inmensa coleccion de especies, que hoy dia no pueden considerarse sino como enfermedades locales.

La determinacion de las enfermedades de este último orden es en general bastante fácil, pero comprende diversas maneras de ser que es necesario separar.

Si la enfermedad local tiene elementos manifiestos y fácilmente apreciables, nada mas fácil que reconocerla y separar, por consecuencia, la idea de fiebre esencial. Así, por ejemplo, el enfermo acusa un dolor de costado y tos; la percusion revela macidez, y la auscultacion estertor crepitante y soplo: no puede equivocarse; se trata de una neumonía. Así desaparece en general toda duda, y la idea de una fiebre se disipa; la lesion es suficiente, por su naturaleza y por la importancia del órgano afecto, para explicar el estado febril, por intenso que sea. Iguales serán las consideraciones, si se trata de otra lesion evidente que ocupe un órgano importante ó una grande superficie: una metritis, una angina, una fractura, un eritema por insolacion, explican de un modo satisfactorio el movimiento febril que los acompaña. Se debe sostener esta apreciacion. Ir mas allá, proseguir en la idea de una enfermedad mas general, seria demostrar mala inteligencia y un ánimo aficionado á la singularidad y al estado anormal mas bien que á la verdad conocida.

Pero hay casos mas difíciles: comunmente desde las primeras

tentativas no se halla la explicacion de la fiebre, no encontrándose afeccion orgánica manifiesta. Es necesario no desesperar y referirse á una fiebre esencial. Debe inquirirse si existe alguna lesion profunda, oscura, difícil de apreciar porque sus síntomas estén poco acentuados ó porque su rareza haga que se hayan presentado pocas veces á la investigacion del médico. En los casos de este género no se está casi nunca desprovisto de todo indicio: será, por ejemplo, una neuralgia rebelde y sujeta á recidivas, un dolor sordo permanente, inamovible, una alteracion visceral cualquiera, ó bien que anteriormente se haya deprimido su salud, se debilite y adelgace progresivamente. En estos casos la fiebre no suele ser sino un nuevo síntoma, agudo, testimonio de la actividad que acaba de tomar de pronto el trabajo morboso. Algunas veces se ve á la fiebre servir de advertencia ó señal de una lesion orgánica no supuesta, y que, á pesar de este indicio, es difícil especificar. Muchas veces se toma como fiebre tifoidea la manifestacion febril de la tuberculizacion aguda de los pulmones ó de las meninges; por fiebre intermitente, una tisis poco desarrollada. Hemos visto suponer fiebre tifoidea en un enfermo en el que se unia á una intensa fiebre un fuerte dolor en la fosa iliaca derecha; al cabo de algunos dias fué fácil reconocer un absceso por congestion dependiente de un *mal de Pott*.

Entre las lesiones profundas que pueden producir error, señaláremos principalmente las supuraciones profundas, las enfermedades de los huesos y la tuberculizacion.

A este orden pertenecen las pretendidas *enfermedades latentes*, de que la nosografía de Pinel está todavía desgraciadamente plagada, bajo el nombre de fiebres adinámicas, pero que al ser exploradas con ayuda de los nuevos procedimientos de investigacion, disminuye su número todos los dias.

Supongamos, sin embargo, que se ha recorrido toda la série de hipótesis posibles y aplicables á las enfermedades locales, sin que haya podido encontrarse un rastro. En este caso, ¿nos será permitido explicar la fiebre, las alteraciones generales de la economia, por una nueva hipótesis, por una pirexia propiamente dicha? En nuestro concepto no ha llegado el momento todavía. Una lesion inapreciable hoy, puede revelarse mañana; una neumonía central no se manifiesta por fenómenos estetoscópicos, sino cuando ha ganado la superficie del pulmon; la pleuresia diafragmática ó interlobular permanece mucho tiempo desapercibida. En estos casos, lo que inclina sobre todo á reservar el diagnóstico á la vista de una pirexia, es que existen fenómenos locales muy acentuados, aunque poco significativos; el enfermo se queja de dolor y opresion, cir-

cunstancias que refieren invariablemente la idea de una localizacion que no entra en el tipo habitual de las fiebres.

En esta investigacion se presenta un inconveniente, no solo bajo el punto de vista del hecho en sí mismo, sino bajo el de apreciacion. Una vez encontrada una lesion, ¿será esta la causa de la fiebre? Con este objeto es necesario recordar las diversas relaciones de las lesiones locales y de la fiebre sintomática, y la aparente escasa relacion que existe á menudo entre ellas. Un enfermo tiene una fiebre violenta y una otitis externa: ¿provocará esta última la primera? Es probable. A pesar de la escasa extension de la inflamacion, debe de considerarse su intensidad, la violencia del dolor, la especie de estrangulacion que resulta de la rigidez de los tejidos afectos; y no habrá desacierto en creer que la gravedad de la reaccion febril resulte de estas causas reunidas. Si ningun nuevo sintoma llama la atencion sobre un órgano lejano, deberá tenerse esta explicacion como suficientemente justificada. Al cabo de cierto tiempo la cesacion de la fiebre y la presentacion de un flujo purulento confirman definitivamente esta apreciacion. Pero no será lo mismo si la lesion observada, ya por la pequeñez de su extension, ya por la poca importancia de la parte, está en desacuerdo con la reaccion concomitante: una angina simple no podrá explicar una fiebre grave, ni podrá ser considerada como la verdadera localizacion y como causa suficiente de la fiebre; siendo tan solo un elemento, uno de los materiales de la enfermedad, pero no la enfermedad misma. Por consecuencia, se debe de buscar otro origen entre los demás factores que se encuentren. Algunas veces es necesario llevar nuestra investigacion á una localizacion mas extensa é importante, aunque esta localizacion no acostumbre á desarrollar una reaccion semejante á la que se observa. Así, una fiebre intensa no podrá encontrar su explicacion en un embarazo gástrico, porque no está en la esencia de esta alteracion funcional desarrollar una fuerte fiebre; se debe entonces pensar en una *sinoca*, en una *fiebre tifóidea* ó en una *fiebre gástrica* (Monneret). Es evidente, sin embargo, que una bronquitis, una diarrea, una indigestion, una supresion menstrual, no se consideren como desempeñando un papel importante en la produccion de un estado febril intenso, porque habitualmente estos accidentes no suelen alterar la economía de un modo semejante; siendo importante, sin embargo, tener en cuenta la idiosincrasia del enfermo, puesto que algunos soportan mal las menores alteraciones, presentando á menudo fiebre y delirio, disposiciones individuales muy dignas de tenerse presentes.

Es necesario no dejarse impresionar por las circunstancias extra-

ñas á la enfermedad y que pueden interponerse y unirse á sus elementos complicando el problema. Las mujeres y los niños son los que mas generalmente presentan casos de este género. En un niño, los síntomas de invasion de una fiebre eruptiva pueden atribuirse á la denticion, siendo mas tarde sorprendidos por una inesperada erupcion. Una mujer atacada de fiebre puede llamar la atencion exclusivamente hácia una cefalalgia, una neuralgia ó una gastralgia intensamente dolorosa, pudiendo, sin embargo, no depender la fiebre de ninguno de estos elementos, siendo su causa mas general. Estos accidentes, que pueden inducir á error al observador, son algunas veces fenómenos habituales que, bajo la influencia de la invasion de una apirexia, han tomado un desarrollo exagerado y extraordinario. Ya tendremos ocasion de volver á ocuparnos de este particular.

Se ve, por lo que antecede, cuán importante es apreciar en su justo valor una localizacion morbosa en presencia de un estado febril.

Despues del minucioso exámen de que acabamos de hacer un resumen, hé aquí la situacion mental en que nos encontramos. Estamos en presencia de un sujeto afectado de fiebre, accidentes generales del organismo por un lado, y algunos locales por otro; no hemos podido atribuir á estos últimos ninguna influencia en la produccion del estado morboso general, porque no son, ni suficientemente importantes, ni extensos, ó porque no acostumbran á producir tales efectos por punto general. Llegados á este punto, estamos en las mejores circunstancias para remontar este efecto á una causa mas elevada, mas general; pues bien, ¿estamos autorizados á ceder á esta idea y obligados por la fuerza misma de los hechos á dar cabida á esta hipótesis? En el párrafo siguiente veremos cómo se justifica y en qué sentido debe colocarse y desarrollarla.

2.º Hipótesis de una fiebre.—¿Presenta la enfermedad sus síntomas típicos?—No habiéndonos detenido en la idea de una enfermedad local, porque ninguna de las localizaciones nos han parecido satisfactorias para explicar los fenómenos generales, tenemos que fijar nuestra atencion en una piroxia. Autoriza esta suposicion no solamente la insuficiencia de las manifestaciones, sino su multiplicidad y diseminacion. Pero si cada uno de ellos es por sí solo insignificante, incompleto y de escaso desarrollo, adquiere valor por su agrupamiento, y no debe desdeñarse su asimilacion. Procediendo de esta manera, van adquiriendo mas importancia, al paso de que cada una de estas manifestaciones pierde en significacion parcial lo que gana en la general.

Llegados á este punto, debemos fijar nuestra atencion sobre los fenómenos mas culminantes, los que tienen generalmente mayor valor diagnóstico; esto es, designar los síntomas propios de tal ó cual enfermedad á exclusion de los fenómenos comunes. Así es que daremos poca importancia á la cefalalgia, fenómeno comun; pero la atribuiremos mayor á la raquialgia, á la angina, á la coriza y al lagrimeo, porque son fenómenos mas íntimamente ligados á tal ó cual forma determinada de fiebre. Además de consultar un síntoma en sí mismo, tendremos muchas veces que apreciar su marcha; la vuelta periódica de la febricitacion, por ejemplo, constituirá un síntoma patognomónico.

Una vez que podamos referir el grupo de síntomas observados á una especie particular de fiebres, procuraremos conocer si el caso presente puede asimilarse al *tipo* de esta fiebre. Daremos la explicacion necesaria de estas palabras para hacer comprender esta expresion.

Una misma enfermedad tiene muchos tipos: estos tipos difieren entre sí por puntos importantes, y algunas veces por todo su conjunto, sin embargo de corresponder á un grupo comun. ¿Se trata de una fiebre tifoidea? Este nombre trae consigo la idea de un mal de larga duracion, de curso fatal, empobrecimiento de las fuerzas de la economia, seguida de una convalecencia prolongada, y algunas veces de un cambio radical en el organismo y ligada á lesiones anatómicas de los intestinos delgados y de los gánglios mesentéricos correspondientes. Además de esta idea típica general, se colocan los *tipos secundarios*, que conocemos bajo los nombres de *formas inflamatoria, atáxica, adinámica, biliosa, mucosa, latente*, etc.

Así, se debe averiguar si la fiebre cuya naturaleza se pretende conocer corresponde al tipo general ó á uno de los subordinados; teniendo que proceder á una verdadera *superposicion* del caso particular al cuadro ó modelo que nos sirva de clasificacion, y si concuerda exactamente, no hay motivo que impida el establecimiento del diagnóstico.

Sin embargo, para que esta operacion sea legítima, es necesario que la mayor parte de los elementos, si no todos, puedan aplicarse sin oscuridad ni duda alguna. Pero es necesario no atenuar ni exagerar nada, no hacer que exista un síntoma cuando solo se manifiesta rudimentario. Si el enfermo no acusa un síntoma que creemos necesario á nuestro diagnóstico, no debemos persuadirle que le experimenta. Deben verse los síntomas tales como son, no como deseamos que sean.

Por el contrario, no debe rechazarse un síntoma porque no con-

cuerde con la hipótesis que hemos formado. Si el enfermo acusa fenómenos que no se encuentran en la enfermedad que creemos probable, no se debe aminorarlos, despreciarlos ni olvidarlos. Estos fenómenos no existen sin su razon de ser; señala alguna cosa en que no se ha pensado: acusan la insuficiencia del diagnóstico pretendido, y protestan contra la limitada manera de considerarlos.

No creemos necesario insistir en la importancia de este paralelo, entre el caso sometido á la observacion y el tipo de la enfermedad á que le comparamos.

3.º Separar la enfermedad principal de los fenómenos accesorios.—No está exento de dificultades para el principiante el trabajo de aislar el grupo de fenómenos característicos de una enfermedad, de la suma muchas veces enorme de los síntomas referidos por el enfermo. Si el observador se decide á tomar en consideracion todo lo que aquel refiere, podrá, ó bien renunciar á diagnosticar lo que sea, ó bien, con un poco de buena voluntad, construir tres ó cuatro enfermedades con la totalidad de los síntomas que presenta. Debe, pues, hacer una razonada eleccion.

Primero separará los síntomas de una generalidad evidente, tales como la cefalalgia, la laxitud, el quebrantamiento de cuerpo, la sed, la anorexia, el insomnio, etc., á menos que alguno de ellos presente alguna condicion extraordinaria, y por lo tanto digna de interés. Separará tambien, al menos de un modo preventivo, los que pertenezcan á alguna enfermedad anterior; los restos de una erupcion, algunos dolores vagos, un resto de palidez ó de debilidad denotando una enfermedad terminada. Estos vestigios del pasado no deben contarse en el número de los signos de una enfermedad actual. No pertenecen legítimamente á la enfermedad presente sino los síntomas simultáneos ó sucesivos, agudos, fuertes ó débiles que han sustituido á los prodromos ó que han sobrevenido desde esta época. No queremos que se desatiendan los accidentes que marcan la invasion de las enfermedades, tales como la debilidad y languidez que preceden comunmente á la fiebre tifoidea, á los que consideraremos como fenómenos de *inminencia morbosa*, pero no como accidentes *propios* de la enfermedad.

4.º La marcha ulterior de la enfermedad puede por sí sola justificar el diagnóstico.—Se ve todos los dias en la clinica, que síntomas habitualmente muy significativos no van seguidos de la enfermedad que parecian anunciar; accidentes formidables inaugurar una indisposicion, y fenómenos ligeros enmascarar una enfermedad grave.

No se hace, pues, un diagnóstico instantáneamente, siendo el tiempo uno de los elementos esenciales de esta operacion.

Esta proposicion es aplicable particularmente á las fiebres, porque, salvas algunas excepciones, se señalan en su principio por fenómenos comunes, mientras que las enfermedades locales se dan á conocer generalmente por fenómenos muy particularizados.

Lo que sirve para caracterizar una fiebre, es menos el conocimiento de los síntomas en sí mismos que su reunion, su agrupamiento y modo de sucesion. Así es que se ve aprender el diagnóstico mucho mejor en la clínica que en las obras didácticas. Lo que importa conocer, en efecto, es el cuadro completo en el enfermo y la *fisonomía* de la enfermedad.

Reservamos á un párrafo especial el estudio de un síntoma de la mayor importancia en el diagnóstico y pronóstico de las pirexias, tal es la marcha de la temperatura febril.

A.—FIEBRES CONTÍNUAS.

Fiebre efémera.—Individuo generalmente bien constituido, atacado de repente de quebrantamiento de cuerpo y de fiebre intensa. Toda la série mudable de los accidentes de la febricitacion: cefalalgia, algunas veces epistaxis, cansancio de los miembros, sed, anorexia, lengua blanca, indigestion, algunas veces escalofrios, mala noche, piel seca y quemante, despues sudores. En la mañana siguiente imposibilidad de trabajar, vahidos al andar, vértigos, síncope: persiste la fiebre, sudores, orinas encendidas y en pequeña cantidad, dejando un sedimento de color de ladrillo (urato ácido de amoníaco). Estreñimiento algunas veces seguido de diarrea.

Algunas veces localizacion ligera y pasajera: coriza, angina, bronquitis. Remontándose á las causas, se encuentra casi siempre: fatiga, trabajo forzado, marcha prolongada, vigiliias, excesos de la mesa ó de otro género, insolacion, etc.; en una palabra, una causa comun de depresion ó de excitacion provocando una reaccion general, temporal, midiendo por su duracion é intensidad la fuerza de accion de la misma causa.

Comienza casi siempre por la noche ó por la mañana, y dura de veinte y cuatro á cuarenta y ocho horas. Presenta rara vez crisis, alguna vez *herpes labialis*.

Incertidumbre del diagnóstico hasta que ha cesado la fiebre, porque puede ser el principio de otra fiebre ó de una enfermedad local. Tomando en consideracion la causa y la rapidez de su desarrollo, se ve que las demás fiebres tienen una invasion menos repentina. Si la

vuelta de las fuerzas y del apetito no se verifica con rapidez, es necesario reservar aun el diagnóstico, informarse de los hábitos morbosos del enfermo, y si está sujeto á febricitar de este modo en circunstancias análogas.

En consecuencia, es necesaria la expectacion, para no perturbar otra enfermedad, que podria iniciarse bajo la máscara de una fiebre efémera.

En los niños, la *fiebre del desarrollo*, especie de *efémera prolongada*, dura de tres á ocho días. Menos marcada que la precedente, *febrecilla* lo mas á menudo, está caracterizada por la ausencia de localizacion, dolores articulares y musculares, pandiculaciones y un estado catarral mas ó menos generalizado, que se ha tratado, sin razon, de enteritis, de bronquitis, etc.

Sínoca (*Synochus imputris*).—Fiebre efémera prolongada.—Invasion menos rápida que en el caso precedente, iguales síntomas febriles. Las diferencias consisten en la tendencia á determinaciones locales; circunstancia que inducia á creer en la enfermedad de un órgano (*febri-phlegmasie*); pero son solamente el carácter de localizaciones criticas; deduciéndose de aquí un considerable número de variedades.

Un sínoca dura un septenario, y algunas veces más.

Variedades de la sínoca.—*Forma inflamatoria.*—Fiebre angiotécnica de Pinel.—Epistaxis, tendencia á las hemorragias activas; en las mujeres, metrorragia; congestion de la piel, diaforesis ligera; pulso grande, lleno, sin dureza, y rara vez á más de 90. Localizaciones francas, pero pasajeras, punto pleurítico ó neumonía; bronquitis, verdaderas enteritis; fenómenos de disenteria. Buenos efectos de los diluyentes, de la dieta y de los antiflogísticos, cuyo empleo no es, sin embargo, indispensable. Se presenta en todas las estaciones.

Forma mucosa; fiebre catarral.—Predominio de los fenómenos de secrecion; sudores abundantes, lo mismo que las orinas; flujo mucoso intestinal ó bronquitis, sin inflamacion correspondiente; puntos dolorosos ó dolores reumatoídeos señalados ya por Stoll. Fiebre muy moderada por la mañana, con recargo por la tarde y noche (esta es una variedad de las *fiebres remitentes* de los antiguos pirologos). Utilidad de los amargos, de los tónicos, de los opiados, alimentacion, etc. Los debilitantes y los emolientes son perjudiciales.

La *gripe* (influenza) se ha considerado por cierto número de autores como una forma grave de la fiebre catarral. En efecto, presenta fenómenos de bronquitis ó de bronconeumonía, caracterizada por catarro nasal, ocular, laríngeo, bronquial, acompañado de sofoca-

ciones, y aun á veces de dolor de costado. Pero se distingue de las fiebres catarrales por síntomas especiales que deben hacerla considerar como una afección particular y ocupar por sí un lugar en el cuadro nosológico. La fiebre catarral es estacionaria, la gripe no lo es, reina en verano como en invierno, en el tiempo seco como en las estaciones húmedas. La intensidad de la fiebre no es mayor que en las afecciones catarrales; la gripe va acompañada de cefalalgia violenta, delirio, zumbido de oídos, tendencia al síncope, insomnio invencible, dolores reumatoideos; en una palabra, los caracteres de una pirexia remitente de forma adinámica; enfermedad benigna en general, es muy grave en los viejos, cuya mortalidad es triple en tiempo de epidemia de gripe.

Forma biliosa.— No hay que confundirla con el embarazo gástrico simple, producido por excesos alimenticios.— Fiebre con manifestaciones gastro-hepáticas: tinte amarillento ó verdoso de la lengua, gusto amargo y pastoso de la boca, eructos, náuseas, vómitos y diarrea biliosa, etc. Frecuencia moderada del pulso, recargos por la tarde (otra variedad de *fiebre remitente*); piel seca, terrosa; tinte bilioso ligero de las alas de la nariz, de las conjuntivas, de la parte inferior de la lengua y suelo de la boca. Orinas amarillentas oscuras y ardientes.— Eméticos y emeto-catárticos útiles.— Epidemicidad.— Primavera y otoños calientes y secos. A esta variedad es á la que conviene referir el *embarazo gástrico febril* y la *fiebre gástrica biliosa* (Monneret).

Al lado de estas variedades bien caracterizadas, se encuentran otras muchas, á las que la disposición individual da una modalidad particular. Unas van acompañadas de erupciones fugaces ó persistentes, tales son las *manchas sombreadas* (véase esta palabra en el artículo *Erupciones.*— *Enfermedades del abdomen*); otras tienen mas comunmente un carácter reumático, neurálgico, oftálmico, anginoso, etc. En el fondo se oculta siempre una *fiebre estacional*, fácil de conocer por su carácter epidémico.

El diagnóstico de la fiebre sínoca presenta muchas dificultades, siendo necesario distinguirla de las fiebres eruptivas, de la tifoidea y de las intermitentes.

En cuanto á las primeras, aunque presentan en su principio algunos caracteres muy significativos, no es siempre posible prever su aparición. Entonces es necesario esperar hasta el tercero ó cuarto día para ver si se presenta alguna *erupción*; pasado este término, limite extremo de la mas tardía (viruela), se deberá pensar que se

trata de una fiebre continua ó de una intermitente; es necesario consignar, sin embargo, que se han visto aparecer viruelas al cabo de ocho días despues de los síntomas invasores.

La hipótesis de una *fiebre intermitente* se formula en presencia de los accidentes de *remitencia*, tan frecuentes en las formas mucosa y biliosa, pudiendo confirmarse si el observador se encuentra en un clima en que las fiebres periódicas son endémicas, y donde todas las enfermedades adquieren de la influencia palúdica el elemento accesional ó intermitente. Pero si se observa en nuestro clima, en las grandes poblaciones, se deberá casi siempre separar esta suposición, pues en estas localidades son, si no desconocidas, muy raras al menos. Si una fiebre presenta las apariencias de intermitente cuyos accesos sean *cuotidianos*, debe dudarse de que sea una intermitente verdadera; las cuotidianas son raras, sobre todo al principio. En fin, si este es el carácter predominante y menos equívoco, la periodicidad *desde el principio* aleja la idea de una fiebre palúdica; las intermitentes no *arreglan* su tipo sino al cabo de muchos días y despues de haber comenzado por una fiebre errática ó continua.

Pero el diagnóstico entre la fiebre sínoca y la fiebre tifoidea no es tan difícil, y, á decir verdad, no se establece sino por la diferencia de su duración. Cuando una fiebre continua se termina al octavo ó noveno día para no volver á aparecer, se dice que es una sínoca y no una fiebre tifoidea, pues apenas conocemos otro medio efectivo del diagnóstico. Este hecho es tan exacto, que, cuando los partidarios del tratamiento abortivo de la fiebre tifoidea presentan casos de curación en un septenario, los adversarios responden que se han tratado fiebres sínocas. Sin embargo, sería posible, si el conocimiento de los fenómenos críticos estuviere mas repartido. La sínoca marcha por pequeños períodos de tres días, y tiende á terminar por crisis (días judicatorios); generalmente se anuncian estas crisis (días decretorios). Esta marcha, esencialmente propia de esta enfermedad, la separa completamente de la fiebre tifoidea. En esta no existen detenciones en la marcha, ni sobresaltos, ni esfuerzos críticos. Durante los primeros días, en nada se iguala á la continuidad la *tension permanente* del estado febril, circunstancia que ha valido á esta fiebre el nombre de *continua continente*, por excelencia (Borsieri); Corvisart dice tambien de la *fiebre pútrida* que es una *fiebre continua* que *continúa*.

Encontraremos mas adelante, en la apreciación de la temperatura, un medio mucho mas cierto que los demás de reconocer una fiebre tifoidea en el primer septenario.