

masa intestinal la lleva hácia el vacío opuesto; además, percutiendo este último punto, se ve que el nivel del líquido se ha elevado en él notablemente á consecuencia de reunirse la sonoridad que ocupaba anteriormente el otro vacío. Estos experimentos se pueden variar de diversas maneras, y teniendo cuidado de marcar en la piel la línea del nivel del líquido, se llegan á obtener resultados muy exactos.

Para trazar exactamente esta línea de nivel, es preciso apoyar ligeramente el dedo sobre lo que se percute; se hará presión al contrario con cierta fuerza en los derrames considerables, cuando se quiera hallar el sitio ocupado por los intestinos. La percusión no debe jamás omitirse. Este modo de exploración indica el principio de la ascitis, y permite seguir sus progresos.

En semejante caso importa mucho que la percusión sea mediata pero es muy raro que la interposición del dedo no sea suficiente para lograr un resultado bien preciso, pues únicamente podría oponerse á ello una gran flacidez de las paredes del abdómen.

En ciertos sujetos se producen modificaciones notables en la *circulación venosa abdominal*. En efecto, Reynaud (1) ha señalado de una manera mas exacta, de lo que se habia hecho hasta él, el desarrollo muy notable de las venas que serpentean en las paredes abdominales, las cuales se manifiestan bajo la forma de gruesos cordones azulados, habiéndose algunas veces duplicado y aun triplicado su volumen. Resulta de las investigaciones de Reynaud que este estado es sobre todo notable cuando la circulación está dificultada en la vena porta; y segun este autor, la dilatación de las venas indica los esfuerzos del organismo para establecer una circulación venosa supletoria. Sappey (2) y Ch. Robin (3) han tratado este punto y precisado el mecanismo, segun el cual se establece la circulación colateral: la sangre, que no puede penetrar en el hígado, pasa á una pequeña vena porta accesoria, sub-peritoneal, que sigue el cordón fibroso de la vena umbilical obliterada; de allí vuelve por las venas epigástricas y tegumentarias abdominales, de arriba hácia abajo, á la vena principal del miembro inferior. Es incontestable que el estorbo primitivo ó consecutivo, que permite la circulación de la vena cava, contribuye aún á la dilatación del sistema venoso tegumentario. Frerichs ha notado que era tanto mas pronunciada cuanto la vena porta y la vena cava estaban obstruidas.

Por parte de la *respiración* no se observan síntomas bien manifies-

(1) Reynaud, *Des obstacles à la circulation du sang dans le tronc de la veine porte, et de leurs effets anatomiques et pathologiques* (Journal heb. de méd., 1829, t. IV, p. 137), et *Oblitération de la veine cave et d'une partie de la veine porte. Circulation veineuse collatérale* (même journal, 1829, t. V, p. 173).

(2) Sappey, *Mémoire sur un point d'anatomie pathologique relatif à l'histoire de la cirrhose* (Mém. de l'Acad. de méd. 1859, t. XXIII).

(3) Ch. Robin, *Rapport sur le mém. de Sappey* (Bulletin de l'Académie de médecine, séance du 31 Mayo, 1859, t. XXIV, p. 943).

tos sino cuando es muy considerable la acumulación del líquido; entonces, siendo repelido el diafragma hácia la cavidad pectoral, se observa una disnea mas ó menos marcada. Esta disnea se manifiesta principalmente en el decúbito dorsal, porque entonces la mitad posterior del diafragma se hace una de las partes mas declives; así pues, los enfermos se ven obligados á estar casi sentados en sus camas.

La *circulación general* nada presenta de notable, á no ser que la enfermedad, bajo cuya influencia se ha producido la ascitis, no dé lugar á un movimiento febril, ó que hallándose muy adelantada la afección esté muy cercana la muerte. Tambien se ha observado que en general el *pulso* está mas bien lento que acelerado.

En todo tiempo se ha dado gran importancia al exámen de la *orina* en el curso de la hidropesía ascitis. En general las orinas son raras en corta cantidad, muy coloradas y cargadas de abundantes sedimentos, otras veces pálidas, anémicas. Puede suceder que la micción sea difícil por el edema del prepucio. Véase *Enfermedades del hígado y Enfermedad de Bright* la descripción de la orina en estos diversos estados morbosos.

En las *vias digestivas* se observan necesariamente síntomas muy diversos, segun los casos; pero en general podemos decir que las *digestiones* son penosas, que á veces se observan náuseas, vómitos y alternativas de diarrea y de estreñimiento; que el *apetito* está alterado y es caprichoso, y en una palabra, que hay siempre trastornos digestivos bastante marcados, lo que puede ser debido tanto á la enfermedad primitiva como á la dificultad que experimenta el conducto digestivo para desempeñar sus funciones á causa de su compresión y dislocación.

La *sed* es algunas veces viva, pero las mas no está aumentada, á no ser que el enfermo haya llegado al último grado de la enfermedad; pues la pretendida sed insaciable de los hidróticos es un error que han propagado ciertas teorías médicas.

En el *sistema nervioso* se advierte una debilidad notable que va siempre en aumento, y que es ordinariamente debida, tanto á los progresos de la enfermedad primitiva, como á los de la ascitis. A veces se notan *lipotimias*, *syncopes*, *abatimiento* y *sopor*; pero estos fenómenos se manifiestan principalmente en una época próxima á la muerte.

Progresando sin cesar la *demacración* en las ascitis crónicas, resulta que en cierta época de la enfermedad se observa el mas notable contraste entre el desarrollo del abdómen y la delgadez de las demás partes del cuerpo. Este contraste se nota principalmente en las extremidades cuando no están infiltradas de serosidad; pero esto sucede muy frecuentemente, sobre todo en las extremidades que en muchas afecciones, y sobre todo en las del corazón, están edematosas, antes que se acumule el líquido en el peritoneo.

La *piel* llama la atención por su aridez y su aspecto térreo en to-

dos los puntos en que no hay edema. Algunas veces presenta equimosis y manchas parduscas.

Cuando se acerca la terminacion fatal se trastornan cada vez mas las digestiones, el pulso se pone pequeño, contraido y acelerado, y entonces es principalmente cuando es mas marcada la debilidad, cuando hacen progresos el sopor y la opresion, y cuando se observan las lipotimias y los síncope, hasta que por último sucumben los enfermos despues de una agonía mas ó menos larga.

Hay un accidente que merece mencionarse, y es la *rotura de la pared abdominal* á consecuencia de su distension y de su extremado adelgazamiento. Entonces se forma una grieta que ocupa principalmente la línea blanca y aun el ombligo, sobre todo en el caso de hernia umbilical, y el líquido fluye por ella continuamente. Collomb (1) y Croskery (2) han referido ejemplos. Sucede que el líquido se escapa por el escroto en los casos de hidrocele congénita ó de hernia inguinal; otras veces á través de una comunicacion establecida con un punto del intestino grueso ó del intestino delgado. Esta rotura no produce ordinariamente otro efecto que el de suspender los signos de sufocacion; pero en nada varía el curso de la enfermedad. Sin embargo, se han citado algunos casos en que, no solo se han remitido los principales síntomas, sino que tambien se ha verificado la curacion. Tambien se ha visto, despues de la *paracentesis*, quedarse abierta la herida hecha por la puncion, lo que constituye un caso análogo. Algunas veces, cuando llega á ser muy considerable el edema de las extremidades inferiores, se forman grietas en las piernas, y por allí fluye la serosidad, y habiendo producido á veces los buenos resultados que acabo de indicar, se ha tratado de imitar esta rotura por medio de incisiones.

El doctor Hulcis (3) ha citado un caso en el que *al quinto acceso de una fiebre intermitente se disipó una ascitis independiente de toda alteracion orgánica*. Durante el período algido habia una diuresis sumamente considerable, á la que se debe atribuir la desaparicion de la ascitis. Por lo tanto, si se llegase á presentar semejante caso, convendria no apresurarse á cortar la fiebre, sino esperar á que hubiese desaparecido completamente la hidropesia. Un enfermo de Barth (4), atacado de ascitis, es acometido de fiebre tifoidea; durante esta fiebre, la coleccion serosa desapareció, y no ha vuelto á aparecer mas.

(1) Collomb, *Evacuation spontanée du liquide ascitique par l'ombilic* (*Union médicale*, 1847: Soc. méd. du Temple, p. 408).

(2) Croskery, *Ascite, etc.; rupture spontanée des parois du ventre dans un point situé entre l'ombilic et le pubis* (*Bulletin de thérapeutique*, 1860, t. LIX, p. 182).

(3) Hulcis, *Anales et Bulletin de la Société de médecine de Gand*, Marzo, 1847.

(4) Barth, *Ascite guérie à la suite d'une fièvre typhoïde* (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, Diciembre, 1852).

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

El *curso* de la ascitis es muy diferente, segun los casos. Cuando presenta los caracteres que le han hecho dar los nombres de *esténica* ó *activa*, su curso puede ser muy rápido, el derrame se forma prontamente y puede disiparse lo mismo. Sin embargo, la reabsorcion es mucho mas lenta que la acumulacion, excepto en algunos casos en que se ha visto que una ascitis que existia hacia ya bastante tiempo, se disipó en pocos dias á consecuencia de flujos considerables. Cuando hay una *lesion orgánica* ó una *alteracion de la sangre*, sucede frecuentemente que el derrame de serosidad que se forma lentamente no se reabsorbe ya; sin embargo, esta no es una regla sin excepcion, pues en las *enfermedades del corazon* se ha visto en algunas ocasiones que se forma y se disipa varias veces la ascitis, y lo mismo puede suceder, como observaremos mas adelante, en la ascitis dependiente de la *enfermedad de Bright*. Hay enfermos que prolongan su existencia por punciones repetidas de mes en mes, y algunos terminan por la curacion, testigo la mujer presentada á la Academia de Medicina en 1842 por Canu (de Yvetot), la cual habiendo sido ascitica durante quince años, curó despues de haber sufrido 886 punciones (1).

La ascitis, por una especie de metastásis puede dar lugar á otra hidropesia, por ejemplo, á la hidrocefalia, ó aun á una irritacion flemática del cerebro, como lo ha observado Becquerel (2). Tambien se la ve juzgarse por flujos diversos y evacuaciones abundantes, modo de *curacion espontánea*, sobre el cual Mondiere (3) ha publicado una Memoria importante. Segun las investigaciones de este escritor, estas crisis pueden tener lugar por las orinas, los vómitos, las deposiciones, los sudores, la salivacion, por un flujo vaginal, por secreciones en la superficie de una úlcera, ó en fin, por muchas evacuaciones simultáneas.

Es raro que la *terminacion* funesta se pueda atribuir únicamente á la ascitis, pues esta terminacion, que es la mas frecuente, es el resultado de los progresos de la enfermedad orgánica, de la que la ascitis no es mas que una consecuencia. Sin embargo, es preciso reconocer que dificultando el derrame peritoneal, las funciones de los órganos torácicos y abdominales, tiende á acelerar esta terminacion mortal, sucediendo esto principalmente cuando el derrame es muy abundante. No es tampoco muy raro ver que algunas ascitis terminan por la curacion, siendo las que están en condiciones mas favorables

(1) Canu, *Ascite guérie après seize ans de durée et 886 ponctions* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1842, t. VIII, p. 77).

(2) Becquerel, *Ascite disparue subitement en même temps qu'éclate un délire furieux* (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, Junio, 1854).

(3) Mondiere, *Rech. sur la guérison spontanée de l'ascite et de l'anasarque* (*Journal l'Expérience*, 1841, t. VII, p. 417).

para obtener este resultado la ascitis activa ó por irritacion, la que se sigue á la escarlatina, y las que son consecutivas á un empobrecimiento de la sangre.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Dejamos á un lado las lesiones que pertenecen á la enfermedad que ha dado origen á la ascitis.

En los casos en que ha existido una hidropesía activa, y en los que ha sucumbido prontamente el enfermo, no se encuentra otra cosa que una acumulacion mas ó menos considerable de una serosidad cetrina, presentándose, por lo demás, el peritoneo con los caracteres normales. Pero cuando la afeccion es antigua, lo que es mas frecuente, se nota la blancura, el engrosamiento y la capacidad de la membrana peritoneal, lo que es una especie de maceracion que ha sido indicada principalmente por Bouillaud. Algunas veces tambien presenta esta membrana unas placas lechosas, y en algunos puntos un corto número de adherencias que no pertenecen á la afeccion que tratamos, ó que son el resultado de una complicacion inflamatoria. En algunas ocasiones se ha encontrado una capa albuminosa delgada en el peritoneo. Comparando este hecho con el resultado de las investigaciones de Delaharpe (1), se puede considerar á esta capa como un simple depósito de la materia albuminosa contenida en el líquido derramado. En la ascitis sintomática de una enfermedad del peritoneo, esta membrana presenta señales de flegmasia simple, ó de alteraciones específicas, granulaciones, tubérculos, etc.

La cantidad de líquido contenida en el peritoneo es muy diversa, segun los casos.

En algunos sugetos cuyo vientre estaba extraordinariamente dilatado, se han encontrado hasta 50 y aun 100 kilogramos (de 100 á 200 libras) de serosidad; pero por lo regular esta cantidad es mucho menos considerable. No varían menos las cualidades del líquido. A veces se encuentra solo una serosidad clara mas ó menos descolorida ó teñida de amarillo, en la que á veces se ven nadar copos albuminosos mas ó menos abundantes; y en fin, en otras ocasiones el líquido es espeso, de un color que varía del amarillo al rojo y al pardo. El olor que por lo regular tiene este líquido es simplemente fastidioso, algunas veces nauseabundo, y en fin, en ciertas ocasiones tiene una fetidez muy marcada; en este último caso existe las mas veces una lesion de los órganos que ha comunicado el olor á la serosidad. Sin embargo, algunas veces basta que se haya hecho antes la paracentesis para que el líquido, que no tenia olor ó que era casi inodoro al principio, adquiera en seguida una marcada fetidez. El líquido ascítico se coagula por el ácido nítrico y el calor como el suero de la san-

(1) Delaharpe, *De la présence de la fibrine dans la sérosité extraite du péritoine* (Arch. gén. de méd., 3.^a série, 1842, t. XIV, p. 174).

gre. Félix Gannal (1), utilizando las indicaciones de Robin, ha demostrado que este líquido contiene, además de una cierta cantidad de albúmina, una sustancia albuminoide un poco diferente, que él ha llamado *hidropisina*, y que tiene por carácter el estar retenida por el sulfato de magnesia, sin ser coagulada por él.

Se observa en la pared abdominal el adelgazamiento de los músculos, la distension de la aponeurosis, la separacion de sus fibras, las rasgaduras de la piel, y á veces una dilatacion de los anillos fibrosos, que es causa de que se formen por ellos diversas hernias.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Al hacer la descripcion de los síntomas propios de la ascitis, he establecido el diagnóstico positivo de esta afeccion, por lo cual me limitaré á presentar su *diagnóstico diferencial*, igualmente que el *diagnóstico de las causas orgánicas* que la producen.

Una afeccion que se puede confundir fácilmente y que se ha confundido por mucho tiempo con la ascitis es la *hidropesía enquistada de los ovarios*. El medio de distinguir ambos derrames es el siguiente: Ya hemos visto que en la ascitis (y desde 1826 Rostan habia insistido en estos caracteres) existe un sonido timpanítico en un espacio comprendido entre el epigástrico y una línea curva que partiendo de cierto punto del borde de las costillas falsas, se dirige mas ó menos arriba hácia la parte anterior del abdomen, llegando algunas veces á elevarse encima del ombligo. Además, si se hace variar la posicion del enfermo, el nivel del líquido varia con ella. Por el contrario en la hidropesía enquistada, hallándose empujados los intestinos de un lado al otro, se percibe la fluctuacion hasta en la parte media y superior del abdomen, al paso que el sonido timpanítico se encuentra en el lado opuesto; si se hace variar de posicion al enfermo todo continúa en el mismo estado. Por último, como en la hidropesía enquistada del ovario las paredes del quiste tienen siempre un espesor bastante considerable, el sonido á macizo es mayor en ella que en el derrame peritoneal. Además, si se interroga con cuidado á la enferma se llega á descubrir que ha empezado la enfermedad por un tumor al principio poco voluminoso y circunscrito en una de las fosas ilíacas. Es muy raro que estos signos diferenciales no basten para desvanecer todas las dudas.

Circunstancias excepcionales de desarrollo del quiste, el regolfamiento de los intestinos, pueden, sin embargo, dar lugar á la incertidumbre. Los autores ingleses recomiendan entonces la percusion lumbar, estando la enferma sentada; en la ascitis se halla en los dos lados una matidez semejante; cuando hay un quiste del ovario, hay matidez del lado del quiste, sonoridad del otro.

(1) F. Gannal, *De l'hydropisine, nouvelle matière albuminoïde confondue avec l'albumine* (Mem. de la Soc. de biologie, 1857, p. 199).

Será bueno, en todos los casos, tener en cuenta la reflexion de Velpeau: «Cuando la salud de una mujer afectada largo tiempo de hidropesía abdominal se conserva buena, se trata casi siempre de una hidropesía del ovario.»

Las mismas consideraciones se aplican á la *hidropesía enquistada del peritoneo*.

También se ha citado como una causa que podia dar lugar á errores de diagnóstico la acumulacion de agua en la cavidad uterina ó *hidrómetra*. Para evitar estos errores seria necesario tener en consideracion los resultados de la palpacion y de la percusion, así como el trastorno de las funciones del útero y el exámen por el tacto vaginal y rectal. En la hidrómetra incipiente se encuentra un tumor que ocupa solamente la parte media del hipogástrico, y que da un sonido á macizo en una estension de figura convexa superior, al paso que el sonido á macizo de la ascitis está precisamente en direccion inversa; además de esto las fosas ilíacas permanecen sonoras, aun cuando este sonido á macizo sube muchos traveses de dedo sobre el púbis, y este carácter, si se comprueba bien, basta por sí solo para formar el diagnóstico. Cuando la enfermedad está mas avanzada, la matriz puede hallarse bastante desarrollada para que estos signos diagnósticos no aparezcan tan claramente; sin embargo, con alguna atencion se los descubre todavía, y además se observa que están suprimidos los ménstruos, y que se halla mas ó menos borrado el cuello de la matriz; por último, por medio del tacto rectal se distingue la distension considerable y la pesadez del cuerpo de este órgano.

Parece difícil tomar por una ascitis una simple *preñez uterina*; sin embargo, esto ha sucedido, y no se puede dudar que algunas veces presenta el diagnóstico ciertas dificultades. En semejante caso se recurrirá para formarle á los mismos signos físicos que acabo de indicar para la hidrómetra, y además se reconocerá por la auscultacion el ruido placentario y los latidos dobles del corazon del feto, y por la exploracion del útero, los movimientos pasivos que se pueden comunicar al feto ó el traqueteo que no dejará la menor duda acerca de la existencia de la preñez.

Algunas veces se ha tomado por una hidropesía ascitis una simple *retencion de orina*, pero casi basta mencionar la posibilidad de esta equivocacion para evitarla: no obstante indicaré un medio bien sencillo, que consiste en el cateterismo. No haremos mas que indicar el diagnóstico de la ascitis con la *timpanitis* y el *edema* de las paredes abdominales.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º *Signos distintivos de la ascitis y de la hidropesía enquistada de los ovarios.*

ASCITIS.	HIDROPESÍA ENQUISTADA DE LOS OVARIOS.
Abdómen mas ó menos <i>aplanado</i> .	Abdómen á veces <i>irregular</i> y generalmente <i>globoso</i> .
Sonido <i>timpanítico</i> en un espacio comprendido entre una línea que circunscribía el ombligo y el epigástrico.	Sonido <i>timpanítico</i> en el lado del vientre opuesto al del ovario enfermo.
Sonido á macizo <i>tanto mayor</i> cuanto mas se aleja de este espacio y mas se aproxima á partes declives.	Sonido á macizo <i>mas considerable</i> y casi <i>igual</i> en toda la estension del quiste.
<i>Variacion de las relaciones</i> de la sonoridad y del sonido á macizo cuando se hace <i>mudar de posicion</i> al enfermo.	<i>No hay variacion de las relaciones</i> entre el sonido á macizo y la sonoridad en las <i>mudanzas de posicion</i> del enfermo.
Fluctuacion generalmente <i>mas fácil</i> .	Fluctuacion generalmente <i>mas difícil</i> .
<i>Matidez de los dos lados</i> en la region lumbar.	<i>Matidez de un solo lado</i> en la region lumbar.
<i>Salud alterada</i> despues de algun tiempo al menos.	<i>Salud, buena</i> .

2.º *Signos distintivos de la ascitis y de la hidrómetra.*

ASCITIS.	HIDRÓMETRA.
Sonido á macizo que se percibe en una extension de <i>concavidad superior</i> alrededor del ombligo.	Sonido á macizo que se nota en una extension de <i>concavidad superior</i> .
Al principio los <i>vacios</i> y las <i>fosas ilíacas</i> dan un <i>sonido á macizo</i> , pero el hipogástrico conserva su sonoridad.	Al principio los <i>vacios</i> y las <i>fosas ilíacas</i> dan un <i>sonido claro</i> , pero el hipogástrico á macizo.
Pueden <i>persistir</i> los ménstruos.	Los ménstruos se <i>suprimen</i> .
El cuello de la matriz continúa en el <i>estado normal</i> .	Se <i>borra</i> el cuello del útero.
Por el tacto practicado por el recto se reconoce que <i>el cuerpo del útero</i> se halla en el <i>estado normal</i> .	Por el tacto por el recto se reconoce que <i>el cuerpo del útero</i> ha <i>aumentado de volumen</i> .

3.º *Signos distintivos de la ascitis y de la preñez.*

ASCITIS.	PREÑEZ.
Además de los signos precedentes: <i>Falla del ruido placentario</i> y de los <i>latidos dobles</i> del corazon del feto.	Además de los signos precedentes: Existe el <i>ruido placentario</i> y los <i>latidos dobles</i> del corazon del feto.
<i>No se pueden percibir</i> los movimientos pasivos del feto.	<i>Se observan</i> los movimientos pasivos del feto.

Ahora nos resta averiguar cuáles son los signos que sirven para determinar las condiciones orgánicas bajo cuya influencia se produce la ascitis.

Si examinamos primero la ascitis *activa, esténica*, vemos que es muchas veces difícil demostrar su existencia, á lo menos si por estas denominaciones se quiere entender un derrame de serosidad debido únicamente á un aumento de actividad de las funciones secretorias del peritoneo. Sin embargo, nos veremos inclinados á admitir que todo ha sucedido así cuando á consecuencia de una violencia externa, de diversos cambios de temperatura y de la ingestión del agua fría, se llega á desarrollar la ascitis con cierto acompañamiento de síntomas inflamatorios, tales como la frecuencia del pulso, el dolor de vientre, el calor, etc.

Por lo general es muy fácil reconocer que la ascitis es la *consecuencia de un exantema* que ha desaparecido mas ó menos completamente. En efecto, siendo conocidas de todos estas enfermedades, y teniendo caracteres exteriores bien marcados, casi nunca pasan desapercibidas. Pero hay casos en que la erupción ha sido poco abundante é irregular, y aun ha faltado completamente, entonces se debe informar el médico de todos los antecedentes del enfermo, y examinar con cuidado todas las partes del cuerpo. Si llega á saber que antes de la aparición de la ascitis ha existido una fiebre intensa con dolor de garganta, se debe sospechar que ha habido una escarlatina, que como todos saben, es la afección cutánea en cuya convalecencia se produce con mas frecuencia esta hidropesía, y no le quedará ninguna duda si en los diversos puntos del cuerpo, y sobre todo en medio de las articulaciones, encuentra la descamación propia del exantema.

En el mayor número de casos no es difícil conocer cuál es la *lesión orgánica* que produce la ascitis. Sin embargo, hay algunos casos en que se pueden presentar grandes dificultades.

En las *enfermedades del corazón* las extremidades inferiores son, como hemos manifestado, las primeras que se afectan, debiendo recordar además que las afecciones de este órgano en que la hidropesía llega hasta el punto de que se forme una ascitis, son las estrecheces de los orificios, y mas rara vez la simple hipertrofia. Pero estas afecciones presentan signos locales que sería inútil reproducir aquí, pero que el práctico debe tener siempre presente (1).

La ascitis que es debida á la *obliteración de la vena cava*, está igualmente precedida de una infiltración de los miembros inferiores, pero faltan los síntomas locales de padecimiento del corazón que acabo de recordar, á no ser que haya complicación; y además de que como casi siempre la vena cava se halla obliterada por tumores voluminosos, se tienen para confirmar el diagnóstico los signos que estos nos suministran.

(1) Véase t. III, *Enfermedades del corazón*.

No obrando por lo comun las *enfermedades del hígado* que producen la ascitis sino sobre las extremidades hepáticas de la vena porta, resulta de aquí que solo se halla dificultada la circulación venosa abdominal, y que la ascitis se manifiesta antes que haya aparecido ningún signo de hidropesía en otro punto del cuerpo. Sin embargo, algunas veces se puede encontrar comprimida la vena cava por desarrollarse tumores voluminosos, y entonces hay una complicación que aumenta la oscuridad del diagnóstico. El desarrollo muy considerable de las venas abdominales es como hemos visto un resultado de las enfermedades del hígado que obliteran mas ó menos las ramificaciones de la vena porta, y por consiguiente un signo útil para el diagnóstico.

No considerando aquí la cuestión sino bajo el punto de vista general, no debo ocuparme de averiguar cuáles son los signos por los cuales se conoce que la ascitis es debida á tal ó cual enfermedad del hígado; así, pues, me limitaré á remitir al lector á las descripciones contenidas en la primera parte de este volumen.

La ascitis que es debida á la *enfermedad de Bright* va frecuentemente precedida del edema de diversas partes del cuerpo. Cuando así sucede, apenas se puede dudar de la existencia de la alteración particular de los riñones que caracteriza á esta enfermedad; pero si no se hallase este signo, se encontraría otro que desvanecería todas las dificultades en la presencia de la albúmina en la orina.

Finalmente, se conocerán las hidropesías debidas al *empobrecimiento de la sangre* en el estado de languidez de los enfermos, en las malas condiciones higiénicas en que se habrán encontrado, en las pérdidas abundantes y multiplicadas de sangre que habrán experimentado, en los ruidos de fuelle en los vasos, y sobre todo en la falta de las condiciones orgánicas que se acaban de mencionar.

Pronóstico.—Después de lo que he dicho de la *terminación*, pocas palabras bastan para hacer el pronóstico. La especie de ascitis menos grave es la *llamada esténica*; viene después la *ascitis por empobrecimiento de la sangre*; y por último, la de mas gravedad es la que resulta de un *obstáculo mecánico* á la circulación.

§ VII.—Tratamiento.

Emisiones sanguíneas.—Apenas se usan las emisiones sanguíneas sino cuando la ascitis ha empezado por síntomas agudos y en la ascitis traumática; tales son las *hidropesías por irritación*, señaladas principalmente por Broussais y Boisseau. Si hay excitación general, dureza en el pulso algun tanto marcada y calor en la piel, no se debe vacilar en practicar la *sangría general*, y en repetirla si parece exigirlo el caso. Cuando son vivos los dolores de vientre, entonces se recurre particularmente á las *sanguijuelas* aplicadas al abdomen ó al ano, que se pueden sustituir por *ventosas escarificadas*. Hemos