

por medio de la aplicacion de *vejigatorios* al abdómen. Este hecho es tanto mas notable, cuanto que en este enfermo se habian empleado los diuréticos y la compresion sin obtener otra cosa que una mejoría pasajera. El mismo medio se ha usado en casos de ascitis consideradas como idiopáticas. Tambien se han atravesado las partes abdominales con un *sedal* (1); y en fin, Larrey ha recomendado las *mozas* al nivel de las costillas falsas; pero no se debe contar mucho con los buenos efectos de estos medios, y en cuanto al *sedal* se le debe considerar como muy peligroso.

*Escarificaciones.*—Cuando la ascitis está acompañada de una hinchazon considerable del escroto y de los miembros inferiores, se hacen ordinariamente escarificaciones con el objeto de desinfartar el tejido celular y de hacer cesar la tension incómoda de las partes. Algunas veces se emplea este medio para obtener la curacion; efectivamente sucede algunas veces que no se cierran las escarificaciones, y fluye continuamente por ellas serosidad, de suerte que desaparece el derrame. El doctor Tardieu (2) ha citado algunos hechos en los que tuvo buen éxito este medio. Un inconveniente de las escarificaciones es que á veces producen la irritacion de los tejidos, y por consiguiente una gangrena que puede tener efectos funestos. Por otro lado no se puede contar con sus ventajas sino auxiliando su accion por la administracion de uno ó muchos de los medios expresados. Lombard, de Liége (3), aconseja, para evitar estos accidentes, hacer las escarificaciones profundas, antes que la piel se altere, y hacerles dar inmediatamente, por la posicion, todo lo que puedan dar.

El doctor Burguet (4) ha visto disiparse una ascitis por medio de la siguiente medicacion:

R. Almidon..... 200 partes. | Iodo..... 3 partes.  
Cúbrase el abdómen del enfermo con una capa espesa de esta preparacion.

Desde los primeros dias, la saliva, la orina y los esputos exhalaban un olor á iodo muy marcado.

*Compresion.*—Ya Monró habia propuesto la compresion de abdómen para oponerse á algunos de los accidentes de la ascitis (lipotimias y síncope); los médicos ingleses la han usado despues con el objeto de obtener la curacion, y en Francia ha sido puesta en uso por Recamier, Husson, Gaudelle, Bricheateau, etc. desde hace algunos años. Este último ha publicado (5) una interesante Memoria en la cual se refieren muchos hechos que prueban la utilidad de la

(1) Hedenus, *Graefe und Walther's Journal*. Berlin, 1826.

(2) D. Tardieu, *Journal de médecine*, 1835.

(3) Lombard, *Traitement de l'anasarque et de l'ascite par l'évacuation de sérosités au moyen des ouvertures faites à la peau* (*Journal de médecine de Bruxelles*, 1848).

(4) *Journ. de méd. de Bordeaux*, Diciembre de 1846.

(5) *Arch. gén. de méd.*, 1.<sup>a</sup> série, t. XXVII, p. 75 y siguientes.

compresion en ciertas ocasiones. Resulta de estos hechos que los casos en que es aplicable la compresion son aquellos en que no hay lesion orgánica crónica y un obstáculo mecánico á la circulacion venosa. En el caso contrario nos espondríamos á someter inútilmente á los enfermos á un tratamiento largo, difícil de soportar, y que ocasiona notables incomodidades, tales como la opresion, las lipotimias, etc. Solo se deberá recurrir á ella cuando no se encuentre ninguna lesion marcada de las vísceras, cuando la ascitis se ha desarrollado con síntomas de irritacion ó á consecuencia de fiebres intermitentes, de hemorragias repetidas, y de habitar en parajes mal sanos, de la ingestion de bebidas frias, etc.

Para practicarla es necesario hacer un ancho vendaje de cuerpo, que, atacado desde la base del pecho, llegue hasta la parte inferior del vientre. Este vendaje debe estar apretado de manera que haya una compresion uniforme y continúa; pero es necesario cuidar de que no sea demasiado considerable, porque empujando hácia arriba el diafragma se pudiera producir una extremada disnea. Si no se tiene cuidado de apretar el vendaje á medida que se afloja, nada se puede esperar de este tratamiento, el que por lo demás es muy largo, puesto que ha sido necesario prolongar su uso por muchos meses (ocho y mas), y que exige mucha asiduidad y cuidado.

H. Gintrac le reprocha el producir alguna vez la infiltracion rápida del escroto y de los miembros inferiores.

*Paracentesis.*—La paracentesis ó puncion del abdómen es una operacion que ordinariamente se practica con el objeto de hacer cesar los accidentes que resultan de una acumulacion demasiado considerable de líquido en la serosa peritoneal. En algunos casos, que ya he citado mas arriba, el líquido acumulado provoca irrisiblemente la salida de una porcion de intestino que forma hernia, y para evitar al atascamiento que puede seguir, se debe hacer la operacion antes de que haya una gran cantidad de serosidad en el peritoneo; en todos los demás casos se debe esperar á que las paredes del vientre se hallen notablemente distendidas.

Para esponer todo lo que tiene relacion con la paracentesis no puedo hacer otra cosa mejor que seguir la descripcion que de ella ha dado Velpeau (1), añadiendo algunas observaciones sobre la utilidad de la percusion para determinar el sitio en que se debe practicar la puncion. Despues de algunas consideraciones sobre el origen de esta operacion, una de las mas antiguas de la cirugía, este autor se pregunta cuál es el instrumento que conviene emplear, y se decide por el *trócar* de que se sirven los cirujanos franceses, pues nada deja que desear. En cuanto al sitio de eleccion, se expresa de esta manera.

(1) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*. Paris, 1839, 2.<sup>a</sup> édition, t. IV, p. 1 et suiv.

*Sitio de eleccion.*—«No todos los puntos del vientre son igualmente propósitos para hacer la paracentesis. El *vacio izquierdo* seria el mas favorable cuando el bazo está sano, si el eplon, que se extiende mas por este lado, no llegase á dificultar la salida del líquido.

«En el derecho se puede temer dañar el hígado. Demasiado cerca del *ligamento de Poupart* se encuentra la Siliaca del colon ó el ciego. Por detrás está la última costilla falsa ó la cresta del hueso innominado, y seria fácil herir el colon lumbar. La *zona supraumbilical* corresponde á la porcion trasversa del intestino grueso. En la *parte mas baja* y en la línea media se encuentra la vejiga. Sin embargo, es preciso operar sobre una parte declive. La *línea blanca*, preferida por los antiguos, y aun por la mayor parte de los cirujanos ingleses, no tiene ventajas bajo este aspecto, y está lejos de evitar tan seguramente como se cree toda hemorragia, pues á veces serpentea una vena gruesa en su superficie posterior. S. Cooper refiere un caso en que salió mas de dos cuartillos de sangre por la herida que acababa de hacer en este sitio con el bisturí.

«En la mujer existe entre la *matriz* y el *recto*, en el fondo de la pelvis, una especie de fondo de saco adonde se llegaría fácilmente al través de la *parte posterior superior de la vagina*. Este punto, el mas declive de todos, seria tambien el mas conveniente quizás si el peritoneo estuviese libre en toda su extension, si un cambio de relacion cualquiera de la vejiga, del útero ó de los intestinos no espusiese á perforar alguno de estos órganos. Por consiguiente no conviene elegirle hasta despues de haberse asegurado por el tacto, como lo aconsejan Henckel, Watson, Bishop y Noethig, que la serosidad descende hasta en la cavidad pelviana, y tiende á deprimir la parte superior de la vagina.

«Si se penetra por el *recto*, por encima de las vesículas seminales, como quieren algunos prácticos, habria mayor peligro de herir la vejiga. El temor de que las materias estercoráceas pasen al peritoneo, bastará siempre para hacer desechar esta via, aunque se pueda por excepcion adoptar en ciertos individuos.

«Hasta la misma *vejiga* se ha querido atravesar para vaciar el peritoneo de los ascíticos..... Watson ha propuesto seriamente penetrar por esta via, y lo que hay de sorprendente es, que uno de sus compatriotas, el doctor Buchanan, dice que lo ha hecho tres veces con buen éxito; pero yo creo que entre nosotros no merece refutarse con seriedad semejante precepto.

«Penetrando por el *escroto*, que conviene mejor, como lo prueban las observaciones de Ledran y de Morand, cuando al mismo tiempo que la ascitis existe un hidrocele congénito, no puede servir mas que en esta circunstancia. Si se encuentra una region de las paredes abdominales mas adelgazada que las otras, hasta el punto de no hallarse formada mas que por la piel y de haber adquirido una es-

pecie de transparencia en ella, es donde es preciso practicarla, aunque por otra parte sea poco favorable este sitio.....

«Un poco *hacia fuera de la línea blanca*, como se hacia en otro tiempo por consejo de Celso, se corre algun riesgo de herir la arteria epigástrica. El centro del espacio que separa el borde de las costillas de la cresta iliaca indicado por Sabatier, tendria el inconveniente de estar demasiado aproximado al pecho cuando el bazo y el hígado padecen algun infarto; de suerte que por regla general el medio de la línea que se extiende del ombligo á la espina iliaca anterior es el mejor..... Este paraje, que la mayor parte de los operadores convienen en que se elija desde que Palfin dió la idea de él, es, pues, el verdadero *sitio de eleccion*, y cada uno de los demás el lugar de necesidad.»

Forget (1) ha practicado muchas veces la *puncion umbilical* con buen éxito; pero una vez ha visto sobrevenir, á consecuencia de esta operacion, una hernia epiplóica, que tratada por la excision determinó una peritonitis mortal.

*Punto en que conviene practicar la puncion cuando la hidropesia está complicada con la preñez.*—Observaciones bastante numerosas, y en particular las que ha reunido Oliviers, de Angers (2), prueban que la ascitis da lugar en las mujeres preñadas á grandes incomodidades (opresion, lipotimia, insomnio, anorexia), que es necesario remediar evacuando el líquido. Habiendo observado Scarpa (3) que se sentia la fluctuacion mas fácilmente y era mas superficial en el hipocondrio derecho, cerca del borde de los cartilagos de las costillas falsas, eligió este sitio para la puncion y penetró con seguridad entre el lado externo y superior del músculo recto y el borde de las costillas falsas del hipocondrio izquierdo. El doctor Cruch (4) ha hecho lo mismo y sin accidente alguno. Sin embargo, fundándose Olivier en la opinion de Sabatier, en un hecho que observó y en otro que le fué comunicado por Bigot, de Angers, ha reconocido que en los casos comunes suele el ombligo ensancharse al principio y formar despues un tumor con fluctuacion, en el que se puede hacer la puncion sin peligro. Unicamente se deberian exceptuar los casos en que existiese una adherencia intestinal en esta region á consecuencia de una hernia antigua. Por otra parte, Velpeau, que ha practicado gran número de veces la paracentesis en mujeres preñadas, se expresa sobre este punto del modo siguiente:

(1) Forget (de Strasbourg), *De la ponction ombilicale dans l'ascite; accidents non prévus par les auteurs* (HERNIE DE L'ÉPIPLOON) (*Bulletin générale de thérapeutique*, 15 Junio, 1850, t. XXXVIII, p. 481).

(2) Ollivier (d'Angers), *Remarques sur l'opération de la paracentèse dans l'hydro-pisie ascite compliquant la grossesse* (*Archives générales de médecine*, 1.<sup>a</sup> série, 1824, t. VI, p. 178).

(3) Scarpa, *Mélanges de chirurgie étrangère*, Genève, 1824, t. I.

(4) Cruch, *Annali univ. di med.*, n.º 47.

«Toda la *extension del vacío izquierdo* y todos los puntos de este lado en que se introduce ordinariamente el trócar, me han parecido hallarse separados de la matriz por un espacio bastante considerable para que se deba dar mucha importancia á los preceptos de Scarpa.» De todo esto resulta que si es necesario examinar atentamente el estado del vientre en la mujeres preñadas en quienes se ha de practicar la paracentesis, no hay razon para exagerar en semejantes casos los peligros de esta operacion.

Cuando se evacua de una sola vez todo el líquido ascítico en el embarazo, sucede que el útero entra en contracciones; para evitar este accidente, Pigeolet, de Bruselas (1), aconseja perforar simplemente con un alfiler ó un trócar capilar la prominencia umbilical que existe casi siempre.

*Uso que debe hacerse de la palpacion y sobre todo de la percusion para determinar el punto en que se ha de practicar la puncion.*—He entrado en los detalles precedentes con el doble objeto de determinar bien los puntos del abdomen en que se ha propuesto practicar la paracentesis y dar á conocer los que deben absolutamente desecharse y los que presentan menos inconvenientes. Pero en la actualidad ningun práctico debe decidirse á hacer la puncion en tal ó cual punto sino con arreglo á las consideraciones en que acabo de entrar; y aun en rigor se puede decir que no hay *sitio de eleccion*, ó á lo menos que nunca se debe practicar la operacion sin haberle explorado por la palpacion y por la percusion practicadas con el mayor cuidado. Es verdad que este sitio será siempre el que con mas frecuencia merezca la preferencia, puesto que estos medios de exploracion harán por lo comun conocer que aquella es justa; pero no se le dará ciegamente, como por desgracia se ha hecho demasiadas veces, porque la exploracion que se practicaba era insuficiente.

La *palpacion* dará á conocer si existe en el punto en que se quiere hacer la puncion un órgano hinchado, en el cual nos expondríamos á introducir el trócar. No hay duda que si este órgano estuviese adherido á las paredes sería inútil esta exploracion, puesto que faltaria la fluctuacion en este punto; pero las mas veces le separa una ligera capa de líquido del peritoneo parietal, y este espesor es el que se trata de determinar por la palpacion, que debe practicarse del modo siguiente. Estando aplicada la extremidad de los dedos sobre la pared abdominal, se comprime de modo que se desaloje el líquido subyacente, y si hay un tumor se llega pronto á tocarle, lo cual se conoce en la resistencia que ofrece un cuerpo sólido muy superior á la que tiene un cuerpo líquido. Teniendo en consideracion el grado de depresion que ha sido necesario comunicar al abdomen para llegar hasta el tumor, se tiene aproximadamente

(1) Pigeolet, *De l'ascite compliquant la grossesse; nouveau procédé de paracentèse Journ.-de méd. de Bruxelles*, Octubre, 1860.

el espesor de la capa del líquido, y se puede juzgar si es prudente ó no practicar la puncion en este sitio.

La *percusion* suministra datos aun mucho mas exactos; así es que Piorry ha hecho un verdadero servicio á la práctica médica dando á conocer el partido que se puede sacar de ella en todos estos casos. En efecto, por medio de la percusion se determina con precision, no solo si un órgano hinchado está demasiado próximo á la pared abdominal, sino tambien si los intestinos corren riesgo de ser heridos, accidente mucho mas grave. Jamás se debe dejar de hacer con cuidado, partiendo, como he dicho anteriormente, de las partes sonoras para ir gradualmente hácia las partes que presentan el sonido á macizo. De esta manera es fácil asegurarse desde luego de que se practica la puncion á una distancia bastante considerable del nivel del líquido, es decir, de un punto en que este no forma todavía sino una capa muy poco gruesa, y además practicando la percusion *superficial* ó *profundamente* se puede apreciar con exactitud el espesor de la capa líquida.

*Percutiendo superficialmente*, es decir, colocando sin comprimir sobre el abdomen el dedo, sobre el cual se percute, y golpeando ligeramente, se obtiene el sonido propio del líquido, ó un sonido que se le asemeja mucho, segun que la capa es mas ó menos gruesa. *Percutiendo* despues *profundamente*, es decir, deprimiendo la pared abdominal y golpeando con fuerza, se llega á obtener uno de los tres resultados siguientes: ó bien por *profunda que sea la percusion*, no da mas que el *sonido á macizo debido al líquido*, que es lo que sucede con mas frecuencia cuando se percute en el sitio de eleccion ó en un punto algo interior, y entonces se puede introducir atrevidamente el trócar en este sitio; ó bien la *percusion profunda hace descubrir el sonido intestinal mas ó menos debilitado*, juzgando por el grado de depresion que ha sido necesario imprimir á la pared abdominal, si la capa del líquido es ó no bastante gruesa, y hay que hacer la operacion segun estos datos; ó bien, en fin, el *sonido intestinal se oye muy pronto*, y entonces los intestinos están pegados á la pared abdominal ó están poco distantes, en cuyo caso es necesario buscar otro punto para practicar la paracentesis, y determinarle de la misma manera. Entonces se opera en el *lugar de necesidad*.

Describiremos ahora la operacion, y recurriremos todavía para esto á la obra de Velpeau (*lug. cit.*).

*Descripcion de la operacion.*—*Posicion del enfermo.*—Nadie aconseja en la actualidad que el enfermo se mantenga en pié mientras se le opera; tampoco conviene que esté sentado, á no ser en algunas circunstancias particulares, sino que *debe estar echado de lado, muy cerca del borde de la cama*.

»*Aparato operatorio.*—El aparato se compone de un trócar de 5 milímetros de diámetro (fig. 52), armado de su cánula y untado de cerato, de un cubo ó barreño ó de una vasija grande cualquiera á

propósito para recibir el líquido, de un vaso mas pequeño y poco profundo que se pueda aplicar cerca del vientre, si la serosidad no corre con bastante fuerza; de un pedazo de esparadrapo, de diversas compresas dobladas en varios dobleces, de una servilleta doblada en forma de escudo y de una servilleta doblada en tres dobleces con una muslera y escapulario.

»Colocado un ayudante cerca de la cabeza para sostenerla, otro hácia los pies y al lado de que está echado el enfermo, á fin de sostenerle el pecho y la parte superior de los muslos, y un tercero situado en el lado opuesto y aun sobre la cama si de otro modo se fatiga demasiado, deberá estar dispuesto á aplicar sus manos de plano sobre toda la superficie del vientre, para comprimirla suavemente á medida que va saliendo el líquido. El cirujano coje el trócar, le introduce con la mano derecha al través de la pared abdominal, cuyos tegumentos ha debido extender con la mano izquierda, de un modo brusco y repentino, porque así apenas le siente el enfermo. Temiendo algunos autores que penetre á demasiada profundidad y que hiera alguna víscera, prefieren, sin embargo, hacerle penetrar con lentitud, dándole vueltas sobre su eje, con lo que pretenden que no hay tanta espesacion de herir las arterias; pero semejantes razones carecen de fundamento. Los órganos del bajo vientre están, como he dicho ya, demasiado alejados de sus paredes en la ascitis para que pueda tocarles el trócar aunque se introdujese hasta el mango. Tampoco es mas necesario tomar un punto de apoyo con los dos últimos dedos sobre la piel mientras que se perfora: á la verdad tantas precauciones no son á propósito sino para hacer la operación mas larga y meticulosa.

»Estendiendo el dedo índice sobre el mango del trócar, mientras que la palma de la mano asegura sólidamente el mango, no se deja al descubierto mas que lo que se quiere y se necesita para llegar al foco del líquido, lo cual basta para librar á las vísceras. Si las paredes presentasen bastante espesor para impedir que penetrase el trócar, de lo que refiere un ejemplo Saviard, ó si estuviesen tan flácidas que se hundiesen con la presión, se emplearía otro instrumento, y entonces es cuando se podrian preferir con alguna ventaja el bisturí ó la lanceta.

»La falta de resistencia indica que se ha penetrado en el peritoneo. Entonces se retira el trócar, manteniendo sujeta con el pulgar y el índice de la mano izquierda la cánula que debia quedar puesta, con el pabellon dirigido hácia abajo. El líquido sale inmediatamente con mas ó menos fuerza, y por un chorro desde entonces fácil de di-



Fig. 52.— A. Cubierta de plata que sirve para proteger la punta del trócar.—B. Punta triangular del trócar.

rigir á una vasija destinada para recibirle. El estilete de boton, la sonda de pecho, etc., no sirven sino cuando algun cuerpo extraño viene á obstruir la cánula.

»Cuando se ha extraído todo el agua, el operador saca el tubo conductor haciéndole ejecutar un movimiento de rotacion, y sostiene al mismo tiempo con los dos primeros dedos de la otra mano el contorno de la abertura que ha practicado, con el fin de evitar que se estire la piel, y aplica sobre este punto el emplasto, las compresas que cubren así toda la parte anterior del abdomen y los vacíos, pone el vendaje de cuerpo, y coloca inmediatamente al enfermo en medio de su cama en la posicion que le sea menos incómoda.

»Muchos autores han creído que no convenia sacar de una vez todo el líquido derramado, y que era mejor irle extrayendo por grados; pero no habiendo enseñado la esperiencia qué valor puede tener semejante conducta, parece mas razonable no dejar en el vientre mas que lo que absolutamente no pueda sacarse. La debilidad y los síntomas que los antiguos esperaban prevenir obrando de este modo, se evitan con mas seguridad por un vendaje convenientemente aplicado, y los enfermos quedarian muy poco satisfechos si solo se vaciase en parte su vientre despues de haberse sometido á la puncion.»

*Hemorragia despues de la operación.*—Esta hemorragia puede depender bien de la herida de la arteria epigástrica, bien de la de un vaso venoso, y es inútil decir que la primera es mas grave. Se han propuesto muchos medios de remediarla, y uno de ellos consiste, dice Velpeau, en comprender el trayecto del trócar en un ancho pliegue de partes blandas, comprimiéndole y estrujándole entre el dedo índice y el pulgar hasta que cese de salir la sangre. Pero mas generalmente se usa un pequeño cilindro de *cera* dispuesto á manera de clavija, ó bien un pedazo de *candelilla emplástica* ó de *goma elástica* que se introduce en la herida de modo que la obstruya exactamente. Velpeau opina que seria todavia mejor un *pedazo de esponja preparada*.

Si se ha practicado la paracentesis solo como un *medio paliativo*, basta con hacer la cura precedente, y se *repite la puncion* cuando se ha reproducido la acumulacion de la serosidad. Si á pesar de esto pareciese que la ascitis no depende de una lesion visceral, seria bueno intentar la compresion, que puede tener buen resultado en los casos de este género. Pero no se han limitado á esto y se han inventado muchos medios para impedir la reproduccion del derrame, es decir, medios curativos que vamos á examinar.

Habiendo visto el doctor G. Pagano (1) que en un hombre de treinta años que padecia de una ascitis á consecuencia de fiebres intermitentes, se curó la enfermedad por el *flujo continuo de liquido al través de la puntura de la paracentesis que habia quedado fistulosa*, re-

(1) Pagano, *Nouvelle méthode pour le traitement de l'ascite (Il fliatre Sebezio; Journal des connaissances médico chirurgicales*, Febrero, 1845, p. 76).

comienda producir un flujo casi parecido, y para esto *introduce un bordon que saca cada dos ó tres dias para dejar fluir la serosidad.*

Este método con ó sin introduccion de cuerpo dilatador, es aplicable á las ascitis crónicas que resultan del infarto de alguna víscera.

*Inyecciones.*—Brumer, segun Abeille (1), ha sido el primero que propuso las inyecciones en la cavidad peritoneal, que consistian en una *mezcla de aguardiente alcanforado, acibar y mirra.* En 1827, el doctor Homme (2) ensayó hacer penetrar en el abdómen el *alcohol*, y obtuvo un resultado completamente feliz. Pero habiéndose puesto en uso el mismo medio por Dupuy, en una hidropesía enquistada del ovario, sucumbió la enferma. Van Roosbroeck, Broussais (3) y algunos otros reemplazaron el alcohol por el protóxido de azoe. Por último, Jobert de Lambelle y Vassal han citado casos en que el éxito fué favorable; pero el primero solo ha empleado las inyecciones del modo siguiente (4):

*Procedimiento de Jobert.*—Hizo primero la puncion y sacó ocho onzas de serosidad, y antes de dejar salir mas introdujo al través de la masa de líquido la mezcla que sigue:

R. Agua tibia..... 240 gram. | Alcohol..... 45 gram.

Esta inyeccion produjo un dolor repentino muy vivo acompañado de calor en el punto opuesto. Estando exactamente cerrada la abertura de la cánula, se esperó cerca de un cuarto de hora dando ligeras sacudidas al abdómen, á fin de que se hiciese la mezcla mas íntima y obrase el alcohol sobre la superficie del peritoneo; despues se hizo evacuar el líquido cuya cantidad podia ser de 12 litros (24 cuartillos), y era amarillo cetrino, muy cargado de olor alcohólico. Por la noche se desarrolló una fiebre muy fuerte con violentos dolores de vientre y sudores abundantes. Estos síntomas cedieron pronto con los calmantes y emolientes, y pocos dias despues era completa la curacion.

Esta observacion deberia inducir á imitar esta conducta, si no se pudiese poner en duda el diagnóstico, como dice Velpeau, pero este autor piensa que en este caso se trataba de una hidropesía enquistada del ovario: por desgracia la observacion no suministra los detalles necesarios para ilustrar este punto.

El doctor Vassal (5) se ha contentado con *irritar el peritoneo* por medio de la punta de la cánula, pero fueron tan graves los acciden-

(1) Abeille, *Traité des hydrophisies et des kystes.* Paris, 1852, p. 277.

(2) L'Homme, *Hydropisie ascite ancienne guérie par l'injection de la vapeur de vin dans l'abdomen* (*Archives générales de médecine*, 1827, t. XIII, p. 282).

(3) Roosbroeck et Broussais, *Ascite traitée par des injections au gaz protoxyde d'azote* (*Annal. de la méd. physiol.*, 1831, t. VI et XX).

(4) Jobert de Lambelle, Vassal, *Lancette française*, nos 70, 73.

(5) Vassal, *Mémoires de la Société de médecine pratique*, 1833.

tes que se siguieron á esta práctica, y de los cuales pudo al fin librarse el enfermo, que hicieron temer muchas veces por su vida.

*Inyecciones iodadas.*—El método de las inyecciones iodadas ha marcado un periodo nuevo en el tratamiento de las hidropesías. Se debe la iniciativa á Bonnet (de Lyon), y la vulgarizacion á Velpeau. La primera aplicacion á la ascitis fué hecha en 1846 por el doctor Dieulafoy (1) con un resultado completamente feliz. Posteriormente el doctor Rul Ogez, de Amberes (2), ha curado radicalmente una ascitis asténica por la inyeccion de 90 gramos (3 onzas) de agua tibia, que contenian 12 gramos (3 dracmas) de tintura de iodo. Asimismo citaré los dos casos siguientes que hablan de este tratamiento, de los cuales el primero ha sido referido por el doctor Leriche (3).

Despues de haber vaciado el peritoneo, inyectó la mezcla siguiente:

R. Tintura de iodo..... 32 gram. | Agua..... 256 gram.  
Ioduro de potasio..... 4 gram.

No se pudo hacer salir mas que 120 gramos (4 onzas) de esta solucion.

Griffon (4) practicó la inyeccion iodada en un niño de *diez meses*, que padecia la enfermedad de que tratamos.

Griffon inyectó varias veces, malaxando el vientre:

R. Agua..... 150 gram. | Tintura de iodo..... 25 gram.  
Ioduro de potasio..... 4 gram.

Boinet (5), en diez ocho casos de ascitis tratadas por las inyecciones iodadas, ha notado quince curaciones, dos sin éxito, la enferma del caso diez y ocho sucumbió. En un solo enfermo hubo síntomas de peritonitis, y sin embargo curó.

En cuatro casos de ascitis, de los cuales dos han sobrevenido por consecuencia de heridas del abdómen por instrumentos punzantes recogidos por Leriche (6), las inyecciones iodadas han producido rápidamente la curacion. El método de las inyecciones iodadas ha sido confirmado por los experimentos de Leblanc y de Alf. Thierrý sobre los

(1) Dieulafoy (de Toulouse), *Bulletin de l'Académie de médecine*, 27 Enero 1847, t. XI, p. 422.

(2) Rul-Ogez (d'Anvers), *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1847-1848, t. VII, n.º 2.

(3) Leriche, *Journal de médecine de Lyon*, et *Bulletin général de thérapeutique*, Junio, 1847.

(4) Griffon *Journal des connaissances médico-pratiques*, Enero, 1847.

(5) Boinet, *Du traitement de l'ascite par les injections iodées*, séances de la Société de chirurgie de Paris (*Union médicale*, 18 Mayo, 1850, p. 243; *Iodothérapie, ou De l'emploi médico chirurgical de l'iode et de ses composés*, Paris, 1855).

(6) Leriche, *Traité de l'hydrophisie ascite par les injections iodées* (*Union médicale*, 7 et 9 Febrero 1850, p. 65), et *Traité pratique des hydrophisies des grandes cavités closes* (*Journal de Bruxelles*, 1854, t. I).

animales y estudiado en diferentes monografías (1). Cuenta algunas faltas de éxito sacadas de la práctica de Bazin, de Paris, y de Teissier de Lion. H. Gintrac aconseja, para ponerse al abrigo de los accidentes, ajustarse á las precauciones tomadas por Teissier é indicadas por Philippeaux (2).

Las autopsias hechas demuestran que la ascitis cura en los casos tratados por estas inyecciones, por la peritonitis con adherencias generalizadas y una especie de obliteracion de la cavidad serosa, como sucede con la pleura, túnica vaginal, etc. (3).

Belmas ha propuesto introducir en el peritoneo un saco de *película de tripa de buey*, vacío que se infla ó llena de líquido de manera que llegue á irritar, segun se crea conveniente, mayor ó menor extension de la serosa; pero este medio no ha sido aun sancionado por la experiencia.

*Resumen y prescripciones.*—En vista de lo que precede, los medios mas eficaces en el tratamiento de la ascitis son los diuréticos, los purgantes, los sudoríficos, y en los casos raros de ascitis por irritacion las emisiones sanguíneas.

*Prescripción 1.ª—En un caso de ascitis por irritacion secretoria.*

- 1.º Para bebida usual, simples infusiones emolientes.
- 2.º Sangrías generales mas ó menos repetidas, segun la fuerza del enfermo, sanguijuelas en número de veinte, treinta ó cuarenta al abdómen.
- 3.º Ligeros diuréticos, como por ejemplo, el nitrato de potasa á la dosis de 1 á 2 gramos (18 gramos á  $\frac{1}{2}$  dracma) por 500 gramos (una libra) de líquido.
- 4.º Purgantes suaves.
- 5.º Régimen severo, y dieta en un principio.

*Prescripción 2.ª—En un caso de ascitis sin irritacion, y sin que se pueda atribuir á una lesion orgánica.*

- 1.º Para bebida, infusion de flor de saúco, de borraja, etc.
- 2.º Diuréticos interior y exteriormente.
- 3.º Purgantes drásticos.
- 4.º Preparaciones ferruginosas.

Recordaré que si se observa tendencia á la aparicion de un flujo

(1) Henri Gintrac, ASCITE, bibliographie, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, 1865.

(2) Philippeaux, *De la valeur des inject. iodées, etc.* (*Bull. gén. de therap.*, 1853, t. XLV, p. 145).

(3) V. Vigla, *Ascite traitée par l' injection iodée. Autopsie* (*Moniteur des hôpitaux*, 1853, p. 195).

crítico, es menester apresurarse á favorecerle por los medios anteriormente indicados.

*Resumen.*—Emisiones sanguíneas, diuréticos interior y exteriormente, purgantes, vomitivos, sudoríficos, expectorantes, narcóticos, leche, iodo, medios diversos, compresion, revulsivos, escarificaciones, paracentesis é inyecciones, en particular inyecciones iodadas.

## ARTÍCULO IV.

### HIDROPESÍA ENQUISTADA DEL PERITONEO.

#### § I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La hidropesía enquistada del peritoneo es una afeccion muy rara que consiste en la formacion de un saco, con frecuencia muy considerable, situado en el peritoneo, pero sin comunicar con su cavidad, y que contiene una serosidad por lo comun trasparente, que empuja el paquete intestinal hácia el lado opuesto á aquel en que se ha formado. Ya hemos visto que se forman estos sacos en la cavidad del pecho, y Meniere ha establecido como ley que las cavidades accidentales de este género están situadas al exterior mismo de la cavidad natural; pero este hecho no está todavía puesto fuera de duda, y en cuanto á la lesion de que trata aquí, diré que he visto en la sociedad anatómica un ejemplo de hidropesía enquistada del peritoneo en el cual parecia evidente que se hallaba contenida la serosidad en gruesas falsas membranas, segregadas por el mismo peritoneo. El enquistamiento del líquido peritoneal en la cavidad serosa se encuentra con bastante frecuencia en las peritonitis de origen tuberculoso. Empis (1) refiere un ejemplo notable.

#### § II.—Diagnóstico y pronóstico.

Los quistes del peritoneo ocupan en el abdómen un punto indeterminado. En ellos nunca se ve acumularse poco á poco un líquido y elevarse de las partes declives hácia las superiores. Las falsas membranas, formándose preliminarmente, producen en una extension considerable del vientre, y casi siempre en un solo lado, la tumefaccion y el sonido á macizo; despues la fluctuacion viene á ocupar el mismo punto, al paso que los intestinos que se reconocen por su sonoridad se ven rechazados hácia el otro lado y á una altura muy variable, segun los casos, lo que depende de la posicion y de la extension del quiste. Comparando estos signos con los de la ascitis, se comprenderá fácilmente toda la diferencia.

(1) S. Empis, *De la granulie*. Paris, 1865, p. 198. Voyez aussi page 273.