

Bouillaud (1). Hemos visto que en una enfermedad del hígado, la *cirrosis* se manifiesta casi constantemente la ascitis, en cuyo caso parece á primera vista que no se encuentra ninguna alteracion anatómica correspondiente á la categoría que acabo de indicar; pero la estrechez de la vena porta, la compresion y la desaparicion de sus raicillas, que se han demostrado tan bien en las investigaciones modernas, nos han hecho ver que en estos casos sucede lo mismo que en los precedentes. Pudiera extender mas estas consideraciones, pero me bastará decir que cuando la sangre venosa encuentra dificultad en circular, tiende á desembarazarse de su serosidad en las partes en que se ve obligada á acumularse, y de esto proviene la ascitis igualmente que el edema. De aquí se sigue que la ascitis resulta de la obliteracion ó de la compresion de los troncos venosos abdominales, la vena porta y la vena cava. Frerichs lo ha notado veinticinco veces sobre veintiocho observaciones de obstruccion de la vena porta (2).

*Ascitis por la alteracion de la sangre.*—Andral y Gavarret (3), Becquerel y Rodier (4), estudiando las modificaciones de las diversas partes constituyentes de la sangre, han llegado á deducir que en las enfermedades en que no se habia reconocido sino el estado seroso de este líquido, la única condicion orgánica que podia dar origen á la hidropesía era la *disminucion de la albúmina del suero*. Esto es lo que principalmente se observa en la *enfermedad de Bright*, en la que son tan frecuentes y tan abundantes los derrames serosos.

Las ascitis en que esta opinion no ha sido sancionada por la experiencia, son aquellas que sobrevienen en las *fiebres intermitentes*, en la *escarlatina*, en las *debilidades* producidas por una alimentacion escasa é insalubre, por habitar en un paraje mal sano, etc. Con todo eso, segun Abeille (5), la albuminuria, y por consiguiente la disminucion de albúmina de la sangre, se encontrará frecuentemente en las afecciones de esta naturaleza.

Entre las ascitis que sobrevienen á consecuencia de ciertas enfermedades, sin que haya desórden orgánico de la circulacion, es necesario citar las siguientes: en los sugetos atacados de enteritis tuberculosa ó de disenteria, sobre todo en un periodo avanzado, en el estado crónico, no es raro hallar una ascitis. ¿Es necesario admitir allí una iritacion por vecindad de dentro ó fuera del intestino y una

(1) Bouillaud, *De l'oblitération des veines et de son influence sur la formation des hydropisies partielles, considérations sur les hydropisies passives en général* (*Archives générales de médecine*, 1<sup>er</sup> série, 1823, t. II, p. 188, et t. V, p. 94; *Traité de nosographie médicale*. Paris, 1846, t. IV, p. 140.

(2) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, 2<sup>e</sup> édit., 1866, p. 714.

(3) Andral et Gavarret, véase *Recherches sur les modifications de proportions de quelques principes du sang*. Paris, 1840.—Andral, *Essai d'hématologie*. Paris, 1843, in-8.

(4) Becquerel et Rodier, *Chimie pathologique*. Paris, 1854, p. 175.

(5) Abeille. *Traité des maladies à urines albumineuses et sucrées*. Paris, 1863.

especie de peritonitis sub-aguda, ó bien no es esto mas que una alteracion de la sangre? Una y otra opinion pueden sostenerse con mas ó menos ventaja, segun los casos. Hay un órden de enfermedades en que el estado caquético de una naturaleza especial obra sobre la constitucion de la sangre, cuyos elementos sólidos son modificados en su proporcion y en sus relaciones: estas enfermedades son las fiebres intermitentes con tumefaccion del bazo. Es necesario añadir la leucocitemia esplénica, caquexia que se acompaña frecuentemente de ascitis. (Véase tomo I, art. *Leucocitemia*, y tomo IV, art. *Infarto crónico del bazo*.)

### § III.—Síntomas.

*Invasion.*—La invasion de la ascitis varía segun sus diferentes especies. En ciertas hidropesías del peritoneo, designadas con el nombre de *esténicas* ó *por iritacion*, se observan en los primeros tiempos de la enfermedad dolores que á veces son bastante vivos, y en casos de esta especie es en los que se ha admitido que la ascitis es consecutiva á los síntomas de peritonitis. En cualesquiera otras circunstancias la acumulacion de serosidad en la cavidad abdominal se efectúa sin dolor apreciable, y esto es tan cierto, que la mayor parte de los enfermos no notan el aumento del volúmen del vientre hasta una época bastante avanzada de la enfermedad y cuando los vestidos les vienen demasiado apretados, de lo que apenas hay un médico que no haya visto algun ejemplo de este género en su práctica. Otra circunstancia que no se debe dejar de notar, es que unas veces se verifica la aparicion de la ascitis sin que haya ningun signo de hidropesía en las demás partes del cuerpo, y otras veces los miembros inferiores, y mas rara vez los superiores y la cara, presentan un edema bastante marcado antes que el líquido se acumule en la cavidad peritoneal. En fin, es preciso tener en cuenta los síntomas debidos á las diversas enfermedades que han precedido á la ascitis, porque por ellos es como ordinariamente se llega á determinar á qué afeccion es debida esta hidropesía.

*Síntomas.*—Hay *dolor* en ciertos casos, que no son los mas frecuentes. Este dolor, que no tiene sitio fijo en el abdómen, sino que anda vagando en los diversos puntos de su extension, no es por lo comun intenso; sin embargo, los enfermos que le padecen soportan con dificultad la *presion* en ciertos parajes, y sus movimientos son penosos.

El *aumento del volúmen del vientre* es mas ó menos rápido, segun los casos. Cuando la hidropesía es esténica ó activa, el volúmen del abdómen puede aumentarse considerablemente en pocos dias; pero en circunstancias opuestas este desarrollo se verifica lentamente. El líquido se acumula en las partes declives, llena primero la pequeña pelvis y los vacíos, y despues, rechazando los intestinos hácia el om-



bligo, ocupa una parte considerable en la cavidad peritoneal, y entonces se manifiestan los síntomas que voy á indicar.

El *vientre* está ensanchado en la region de los vacíos, y su parte anterior deprimida, lo que le da la apariencia del vientre de los batracianos. Si á pesar de esto se acumula con mucha rapidez el líquido, no habiendo sido lentamente distendida la pared abdominal y rehaciéndose contra el esfuerzo del líquido, toma prominencia la parte mas débil del vientre, es decir, la media y anterior, el abdómen parece mas bien globuloso. La *forma aplanada* del vientre se nota muy principalmente cuando sus paredes abdominales han sido previamente distendidas, como en los casos en que se reproduce despues de la operacion de la paracentesis. Entonces los vacíos sobresalen por ambos lados y la línea blanca está muy deprimida, hasta que la abundancia del derrame la eleva mucho. Por último, hasta las mismas costillas falsas y los cartílagos de las últimas costillas verdaderas se hallan empujadas hácia afuera por la acumulacion del líquido, cuando se halla en cantidad considerable. Entonces está muy ensanchada la base del pecho, y parece forma parte de la tumefaccion abdominal. Por lo demás, es fácil comprender que esta alteracion de la figura del vientre puede ser diferente cuando algunos tumores muy voluminosos ocupan un punto de esta cavidad.

Durante la estacion vertical, el vientre, haciendo salida hácia el hipogástrio, representa una *odre* incompletamente llena.

La *tension del abdómen* está en relacion con la rapidez del derrame y con su abundancia. En las ascitis que se han producido rápidamente el vientre está *renitente* y se deja deprimir con dificultad; al paso que en las que se han producido lentamente no se hace notable la renitencia sino cuando el líquido es muy abundante, y aun en este caso no llega por lo general al mismo grado que en el caso precedente.

En las ascitis de curso agudo la *piel del abdómen* no presenta una alteracion muy marcada. Por el contrario, en las ascitis de curso crónico se adelgaza, se pone blanca, reluciente, y presenta en parte el estado que toma en los edemas de larga duracion, y aun con bastante frecuencia sucede que este estado de la piel tiene por causa, además de las distensiones que sufre, una infiltracion del tejido celular subcutáneo, cuya existencia se reconoce comprimiendo con el dedo. Cuando por una causa cualquiera llega á disminuir ó á desaparecer el líquido de la cavidad abdominal, la pared anterior queda flácida si ha estado antes largo tiempo distendida, y la piel presenta grietas semejantes á las que quedan en el vientre de las mujeres que han parido muchas veces.

Alguna vez se manifiesta al nivel del *ombigo* un pequeño *tumor cónico*, semitransparente, producido por la serosidad que ha franqueado el anillo y distendido la cicatriz umbilical.

La *fluctuacion* solo es evidente cuando el líquido está acumulado

en cantidad bastante considerable. *Para percibir la fluctuacion* se debe colocar la palma de la mano sobre uno de los vacíos del enfermo, y despues con la extremidad de los dedos de la otra se golpea ligera y rápidamente sobre el vacío opuesto, y entonces se percibe bajo la mano que queda fija la sensacion de una oleada debida á la agitacion del líquido, que es lo que se llama *fluctuacion*.

Cuando la cantidad de líquido no es bastante considerable para que la fluctuacion se perciba de este modo, se debe recurrir al *procedimiento propuesto por Tarral* (1), que describe Dalmas de la manera siguiente (2): «Para percibir entonces la fluctuacion no se ha de procurar producirla de un lado al otro, sino en el pequeño espacio en donde se supone reunido el líquido, para lo cual se percutirá con el dedo índice de una mano, á dos ó tres pulgadas de la que se tiene aplicada. Tambien puede hacerse con una sola mano, percutiendo ligeramente con el índice en el punto de la pared abdominal comprendido entre el dedo medio y el pulgar.» Por este procedimiento y con un poco de hábito en valerse de él, se llega á descubrir la fluctuacion, aun cuando el líquido esté acumulado en las partes mas declives.

Miguel Levy, en el caso de derrame poco considerable, indica como signo útil buscar el *círculo ondulatorio* que recorre instantáneamente la pared abdominal, cuando es percutida bruscamente por el dedo, círculo semejante al que produce una piedra arrojada en el agua.

*Percusion*.—En algunos casos no se puede demostrar bien la existencia del derrame sino por medio de la *percusion*. Si esta se hace del modo conveniente, se llega á descubrir la presencia del líquido, notándose el sonido á macizo en el paraje que aquel ocupa en la postura habitual del enfermo, y reconociendo su variacion de lugar en los diversos cambios de posicion. En efecto, si como ha indicado Piorry (3), se empieza á percutir en una parte inmediata al ombigo, se obtiene un sonido claro, debido á la presencia de los gases en los intestinos, que son como hemos dicho anteriormente, repelidos hácia esta region y el epigástrico; despues, bajando hácia los vacíos, se llega á una línea en la que el sonido, sin ser completamente á macizo, es oscuro, que es la línea del nivel del líquido; y en fin, á medida que se descende, el sonido á macizo se hace mas completo.

Si en seguida se hace echar al enfermo de lado y se percute en el lado opuesto, se ve que el sonido á macizo se halla allí reemplazado por una sonoridad notable, porque obedeciendo el líquido á la gravedad, baja al vacío que está mas en declive, y levantando la

(1) Tarral, *Recherches propres à éclairer le diagnostic de diverses maladies* (Journal hebdomadaire de médecine, Paris 1830, t. VII, p. 97).

(2) Dalmas *loc. cit.* p. 204.

(3) *De la percuss. médiante*, Paris, 1828.—*Traité de diagnostic. et semeiologie*; Paris, 1837, 3 vol. en 8.º



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 abdomen.

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 manifes-

(1) Reynaud, *Des obstacles à la circulation du sang dans le tronc de la veine porte, et de leurs effets anatomiques et pathologiques* (Journal hebdomadaire de médecine, 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'Académie de médecine, 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. También 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 hidrópicos 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*, *síncope*, *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 abdomen 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 álgido 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 hidropesía. 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 caractéres 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 ascítica durante quince años, curó despues de haber sufrido 886 punciones (1).

La ascitis, por una especie de metastásis puede dar lugar á otra hidropesía, por ejemplo, á la hidrocefalia, ó aun á una irritacion flegmática 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 flegmasía 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.<sup>a</sup> 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 varía 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'hydrosisine, nouvelle matière albuminoide confondue avec l'albumine* (Mem. de la Soc. de biologie, 1857, p. 199).