

guir ascendiendo, y el líquido ascítico se para entre la pared abdominal y el intestino, haciéndose general la macidez; sin embargo, queda siempre mas marcada al nivel del intestino.

La percusion, como se ve, suministra preciosos datos para el diagnóstico

Añadamos que, si se practica una puncion, sea para evacuar el líquido, sea como medio de exploracion, la salida del líquido establece definitivamente el diagnóstico. El líquido de la ascitis es generalmente seroso, amarillo, verdoso, transparente, flúido, ligeramente filamentoso y coagulable por el calor; rara vez está teñido de rojo, contiene algunas veces cristales de colessterina que tienen la apariencia micácea.

Recordarémos que la ascitis complicada de edema de la pared abdominal es muy oscura por lo general.

En casos de este género hemos encontrado ventajas en colocar al enfermo apoyado sobre las rodillas y los codos, á *cuatro piés*, como vulgarmente se dice. En esta posicion, las menores cantidades de líquido se reúnen al nivel del ombligo y acusan sensible macidez.

Diagnóstico diferencial.—La ascitis puede confundirse con el *edema de la pared abdominal*, los *quistes del ovario*, los *quistes de la pared abdominal*, los de las *diversas vísceras*, la *hidrometría*, la *retencion de orina en la vejiga*, etc.

El *edema de la pared abdominal* no da nunca lugar á una superficie globulosa; la pared del abdómen conserva su salida y figuras normales, quedando el ombligo deprimido; se forman en los vacíos protuberancias, especialmente en el lado del cual se acuesta el enfermo habitualmente. El espesor de la pared abdominal es bastante considerable para que exista macidez general. No hay fluctuacion, á no ser que existan colecciones parciales; es necesario no dejarse impresionar por un temblor parecido al de la gelatina, que se transmite algunas veces, por la percusion, á una distancia considerable. Si el edema es mediano, conserva la impresion del dedo, pero en los considerables falta este síntoma.

Este edema está rara vez aislado, yendo por lo comun acompañado del de las piernas, la vulva y el escroto.

Cuando hay edema en la pared abdominal, es muy difícil de diagnosticar la ascitis que algunas veces le acompaña.

Los *quistes ováricos* se encuentran con frecuencia en mujeres que no han tenido hijos; forman al principio un tumor que se eleva de la pélvis á uno ú otro lado de la linea media; cuando son voluminosos, dan al abdómen una elevacion que nunca es regular ni simétrica, lo que es debido á la desigualdad de su superficie, y sobre

todo á su inclinacion á un lado. Están siempre limitados por arriba por una superficie curva, resistente, mas ó menos marcada, siendo á veces movable la totalidad del tumor. Cuando su volúmen es extremo, se dirigen hácia delante mas que la ascitis, haciendo puntiagudo el vientre, y no dilatando sino muy incompletamente la base del torax. Estos quistes son mas tensos y menos fluctuantes que la ascitis. Dan sonido macizo en toda su extension; no hay nunca linea de nivel; los intestinos se encuentran rechazados superiormente y á los vacíos, dando sonoridad en puntos inferiores á los que se encuentra la macidez; es cierto que algunas veces el intestino puede colocarse entre la pared abdominal y el tumor, y entonces la sonoridad es superficial, queda inamovible esta relacion, cualquiera que sea la posicion, y no existe marcada linea de nivel (!).

El tacto vaginal permite con frecuencia demostrar en el fondo de la vagina un tumor saliente, elástico, fluctuante, y las dislocaciones que el tumor imprime al útero.

Los quistes son uniloculares ó multiloculares. En el primer caso la fluctuacion es generalmente clara. En el segundo puede faltar ó ser muy oscura. Se la percibe en unos puntos y falta en otros.

La ascitis va acompañada con mas frecuencia que los quistes de edema de los miembros inferiores.

En fin, la ascitis es debida generalmente á causas que ejercen una accion profundamente deletérea sobre la economía, es poco conciliable con su estado general de salud, como la que suele observarse en los casos de quistes.

La puncion da un líquido espeso, viscoso, amarillo ó verdoso, turbio, generalmente filamentoso, como la albúmina, y que sale con dificultad. Una puncion no vacía casi nunca el tumor, porque estos quistes son por lo comun multiloculares. Si se hacen muchas punciones sucesivas, pueden extraerse muchas especies de líquidos, unos transparentes, otros rojos, morenos, negruzcos, de color de chocolate, porque las diversas celdas contienen con frecuencia diferentes productos.

Nos parecen necesarios algunos detalles sobre los *quistes de la pared abdominal*, antes de establecer una comparacion entre esta afeccion y la ascitis.

Bajo esta denominacion y la de *hidropesia enquistada de las paredes del abdómen*, *hidropesia enquistada del peritoneo*, *hidropesia del peritoneo* (Morgagni), se describe una afeccion cuya existencia no

(¹) L. Bauchet. *Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire. Mém. de l'Académie de Médecine.* Paris, 1859, t. XXIII, pág. 19 y siguientes.

nos parece aun bien demostrada, al menos como enfermedad independiente de toda otra afeccion.

Esta enfermedad habia sido indicada de un modo vago y confuso antes de Morgagni; pero este anatómico fué el primero en describirla con cuidado (Carta XXXVIII). Sin embargo, se ve que, á pesar de sus observaciones, no recoge sino con reserva los casos reunidos antes de él y que separa un gran número, pareciendo, por último, que no reconoce esta afeccion como enfermedad aislada, sin embargo de no poderle acusar de negar la posibilidad de semejante hecho patológico.

Esta reserva no ha sido imitada, y hay pocos libros en que no se hagan falsas descripciones y el diagnóstico de esta enfermedad, como una cosa real.

En estos últimos tiempos, Dance ha reproducido de nuevo las dudas sobre esta cuestion, y creemos que con razon. En efecto, cuanto mas se avanza en la observacion, mas dispuesto se está á creer que las diversas acumulaciones de líquidos no se forman sino en cavidades preexistentes, como las de las serosas; y como la pared abdominal no presenta ninguna, hay razon para dudar de la formacion de los quistes en cuestion. Además, es cierto que los prácticos de nuestros días, ejercitados en las investigaciones anatómico-patológicas, no han visto nada que se parezca á semejantes quistes. Por último, si se examinan las observaciones recogidas por Morgagni, se reconocerá fácilmente, conforme á sus propias investigaciones, y sobre todo con las de Dance, que se han tomado casi siempre por quistes de la pared abdominal, tanto los del ovario adheridos á la pared del vientre, y á los que se llegaba sin pasar por la cavidad peritoneal (Morgagni comete ciertamente este error en sus últimas observaciones), como las ascitis con formacion de tabiques que aislan la mayor parte de las vísceras de la hoja serosa; si bien es verdad que en estos casos se encuentra en el tumor el intestino sano, sin ningun vestigio de hígado, bazo, riñones, etc. ¿Cómo se querrá que una cavidad en la que se encuentran estas vísceras no sea el peritoneo? Hemos visto un caso de division de la cavidad peritoneal en la que el intestino ocupaba la division inferior, y el hígado, el bazo y el estómago la superior. Por último, se ha tratado tambien de un caso en que la tumefaccion era « producida por la orina que la vejiga habia dejado salir por ulceraciones, extendiéndose por la cavidad del vientre » (Morgagni). Como se ve, nada es mas vago que el nombre de quiste de las paredes abdominales, porque se describen con este nombre una porcion de afecciones ya conocidas con otras denominaciones, y ni una sola afeccion nueva.

No hay, en el libro de Morgagni, mas que una observacion que parezca ser un quiste verdadero independiente del peritoneo: estaba situado por debajo de los músculos transversos; pero habia al mismo tiempo una ascitis, y la cavidad del quiste comunicaba con la del peritoneo por una abertura situada enfrente del estómago; el líquido contenido en el peritoneo y en el quiste era el mismo. Morgagni cree que el quiste se abrió hacia poco en el peritoneo; pero ¿no será mas verosímil la suposicion contraria? Creemos que existiria una ascitis cuyo líquido se escapase al través de una grieta del peritoneo, y encerrándose en el espesor de las paredes abdominales formase un quiste, ó, por mejor decir, una seccion lateral, que tiene alguna analogía con las de los aneurismas difusos; no comprendemos que un quiste, aunque seroso, pueda abrirse en el peritoneo, sin determinar una peritonitis agudísima; nada de esto se presentó en el enfermo citado por Morgagni.

Si es cierto que existen quistes en las paredes abdominales, es necesario creer que su verdadera naturaleza es la que acabamos de indicar.

M. Cruveilhier no dice sino algunas palabras de estos quistes que parece no ha observado; pero hace notar que se confunden casi siempre con la hidropesia enquistada del ovario (1).

Se ha dicho que la *hidrometría* ó *hidropesia del útero* podria confundirse con la ascitis.

Se puede decir de esta afeccion lo que hemos consignado al ocuparnos de la timpanitis uterina. Es una enfermedad que no existe fuera del embarazo. Está producida por la descomposicion del feto muerto y destruido por disolucion ó absorcion. Lo que ha hecho equivocarse á muchos médicos es la ausencia de detritus del feto y la de membranas, placenta, etc.; la ausencia de restos fetales es cierta, pero no lo es la de las demás partes sólidas: lo que sucede es que rara vez se presentan al médico ó no le llaman la atencion cuando ve salir gran cantidad de líquido, pero nada del feto.

Los periódicos publican con frecuencia nuevas observaciones en las que se esfuerzan por demostrar la independencia de la hidrometría y del embarazo; pero ninguna va acompañada de suficientes y precisos datos para establecer incontestablemente el hecho.

Esta afeccion se caracteriza por la formacion de un tumor bien circunscrito y redondeado superiormente, que camina de abajo arriba hasta el ombligo, y es mas blando y fluctuante que el útero cuan-

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1836. T. III.

do contiene el feto. Hay suspension de las reglas; no hay ruidos fetales, pero puede oirse el soplo uterino.

Por último, es una afeccion que se confunde frecuentemente con el embarazo y con la ascitis.

Los *quistes serosos ó hidatídicos del hígado, del bazo, etc.*, no se confunden fácilmente con la ascitis.

No mencionariamos la *retencion de orina en la vejiga*, si esta afeccion no hubiese dado lugar á un error de diagnóstico. Muchos médicos habian reconocido una ascitis en un enfermo: el profesor Boyer, que no habia visto al paciente, debia asistir á la puncion; antes del exámen, fué de opinion de que se practicara primero el cateterismo; salió una cantidad enorme de orina, y el abdómen se deprimió por completo; no habia existido ascitis nunca.

Hemos presentado los caractéres diferenciales de la ascitis y de las colecciones líquidas del abdómen que pueden simularla; quedanos, sin embargo, otra série de cuestiones que recorrer.

Cuando se ha reconocido la existencia de una ascitis, se ha resuelto la mitad del problema; para completarlo, es necesario hacer el diagnóstico de las afecciones con las que se liga.

La ascitis se encuentra en las enfermedades del peritoneo, en las del hígado, del corazon, en la enfermedad de Bright y en diversas afecciones generales. Por último, como es á la vez un síntoma y una enfermedad, puede presentarse aisladamente, constituyendo la hidropesia esencial del peritoneo, ascitis idiopática. Estudiaremos estos diversos casos.

Enfermedades en que se encuentra la ascitis.—Valor diagnóstico.

Este síntoma se encuentra en diversas especies de peritonitis y en los casos de tumores coloídeos, cancerosos ó de otra clase del peritoneo.

La ascitis es rara en la **peritonitis simple**, y sobre todo en la forma aguda. Cuando la marcha es menos rápida, se ve desarrollarse á veces este sin oma, siendo fácil reconocer que la ascitis depende de una inflamacion del peritoneo: sobreviene, en efecto, algun tiempo despues del principio de la enfermedad; ha sido acompañada de dolores vivos que se aumentan á la menor presion; los enfermos no pueden soportar el peso de las ropas de la cama, tienen vómitos poco abundantes, pero frecuentes é incoercibles, estreñimiento, fiebre, pulso pequeño, filiforme, cara profundamente alterada. Por último, esta ascitis sobreviene sin haber sido precedida de lesion visceral.

La **peritonitis crónica** da mas comunmente lugar á la ascitis. La que reconoce una causa tuberculosa tiene una marcha lenta é insidiosa; el abdómen se tumefacta insensiblemente, no llamando la atencion de los enfermos hasta que es considerable. Hay diarrea, adelgazamiento, y fiebre por la tarde; la forma del abdómen es bastante regular, pero se siente pastosidad ó tumores anchos, blandos, planos, debidos á las asas intestinales aglutinadas ó al epiploon cargado de tubérculos: estos pelotones son mas manifiestos alrededor del ombligo; el abdómen no se pronuncia hácia delante. El sonido es oscuro y varía con dificultad; el líquido no obedece á la accion de la gravedad en los cambios de posicion del cuerpo; la enfermedad es lenta en su marcha, crónica durante mucho tiempo, terminando por síntomas agudos, fiebre, vómitos que se hacen muy útiles para el diagnóstico: algunas veces hay síntomas de tuberculizacion en otros órganos, pero á menudo faltan estas manifestaciones secundarias. En esta última circunstancia es mayor la dificultad, si se trata de una mujer. En 1852, entró en la clinica del profesor Bouillaud una jóven, fresca, de buen aspecto, teniendo el abdómen muy voluminoso y con vómitos desde hacia algunos dias, habiéndose presentado fiebre además. Ella aseguraba estar embarazada de cinco meses. Todo el abdomen estaba pastoso y resistente; un tumor macizo que, partiendo de la pélvis, subia hasta el ombligo, asemejaba perfectamente al útero. Por el tacto se reconocia que el cuello estaba elevado, pequeño y con el orificio circular; que el útero parecia poco voluminoso, pero fijado muy sólidamente; ningun ruido de circulacion fetal ni uterino. Separada la idea de embarazo, ¿cuál era la naturaleza del tumor? Al cabo de algunos dias se manifestó ascitis y diarrea, y se diagnosticó una peritonitis tuberculosa. La existencia de esta afeccion fué poco despues confirmada anatómicamente: el tumor estaba formado por el epiploon muy cargado de tubérculos y por los intestinos aglutinados.

En la **peritonitis á consecuencia de caidas ó traumática** no tenemos noticia de que se haya producido la ascitis.

En los **cánceres del peritoneo** es comun y difícil de diagnosticar: hemos visto ligarse la ascitis á la presencia de numerosos tumores coloídeos del epiploon, á la existencia de masas encefaloídeas y melánicas; el diagnóstico es casi imposible cuando no se ha podido circunscribir por la palpacion uno ó muchos tumores. La concomitancia de otros cánceres ilumina mucho al práctico. Hemos observado, en el hospital de Beaujon y en nuestra clinica, un hombre afectado de ascitis, que tenia numerosos tumores en el abdómen; hacia algunos años que se le habia extirpado el ojo izquierdo afec-

tado de cáncer: este dato nos pareció suficiente para reconocer como cancerosos los tumores del abdómen, y referir á esta causa la ascitis.

La ascitis se presenta tambien como sintoma en diversas *enfermedades del hígado*.

La cirrosis, la hipertrofia, la congestion sanguínea consecutiva á las enfermedades del corazon, son las principales enfermedades del hígado que pueden producir la ascitis. Obran dificultando ó retardando la circulacion del hígado, é impidiendo la vuelta de la sangre á la vena cava inferior; en cuyos casos se encuentran en el órgano hepático las ramificaciones venosas estrechadas y las raicillas completamente obstruidas.

La cirrosis es rara en la mujer, y oscuras sus manifestaciones; no determina dolor; el volúmen del abdómen aumenta insensiblemente, no apercibiéndose de ello los enfermos sino cuando notan que les están estrechos los vestidos; no hay ninguna alteracion en el tubo digestivo; pero hay adelgazamiento cuando la ascitis está muy desarrollada. Llama entonces la atencion el contraste que existe entre el volúmen del abdómen y el enflaquecimiento de las demás partes del cuerpo. No hay edema de las piernas, y si existe, es consecutivamente, y se concibe la razon. Al principio no hay ninguna dificultad á la circulacion de la vena cava inferior, y, por lo tanto, no hay motivo para una infiltracion serosa en el tejido celular de los miembros inferiores, donde se ramifican estas venas. La hidropesía se desarrolla por completo en el abdómen, porque en él se encuentran solamente obstruidas las venas; pero cuando la ascitis llega á un alto grado, el líquido comprime la vena cava inferior, y el edema se produce en las piernas; luego este edema es consecutivo á la ascitis.

La dificultad de la circulacion intra-abdominal se traduce por la aparicion de redes venosas desarrolladas en la pared del vientre. Estas redes han sido comparadas á la cabeza de Medusa.

Segun un trabajo de M. Sappey (1), estas vascularizaciones están formadas por las venas comprimidas en el ligamento suspensorio del hígado, y que muy dilatadas, hacen comunicar la vena porta con la crural por el intermedio de las venas tegumentarias abdominales, y con la vena cava superior por intermedio de la mamaria interna. A veces se oye ruido de soplo continuo al nivel de las venas dilatadas (Sappey, Potain).

El hígado está reducido de volúmen y no desciende mas que hasta el borde inferior de las costillas falsas. No hay ningun síntoma que

(1) Sappey, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1859, t. XXIII.

pueda hacer creer en una peritonitis, ó en una enfermedad del corazon, del bazo, etc. En fin, las afecciones de esta especie nacen casi siempre en los bebedores de aguardiente; el abuso de este género de bebida no será quizá la causa inmediata de la cirrosis, pero es á lo menos una circunstancia que al parecer contribuye á su desarrollo. Sin embargo, hemos visto cirrosis en mujeres, algunas jóvenes, que no habian hecho uso habitual de esta bebida.

El infarto sanguíneo del hígado consecutivo á las enfermedades del corazon, y particularmente á la estrechez de los orificios, da lugar á una ascitis mas ó menos pronunciada por el mismo mecanismo que la cirrosis, esto es, por la disminucion del calibre de las ramificaciones de la vena porta.

Esta ascitis no es demasiado considerable: se forma lentamente, y sin saberlo el enfermo, por falta de dolor; va acompañada con frecuencia de edema de la pared abdominal y del pulmon; el hígado está voluminoso y desciende tres, cuatro ó seis traveses de dedo por debajo de las costillas; le hemos visto descender hasta la espina iliaca; su borde agudo está grueso, redondeado; algunas veces pasa el líquido entre el hígado y la pared abdominal, y no se siente el órgano por el tacto, siendo entonces necesario apretar con un poco de fuerza para hacer penetrar los dedos profundamente; en ese caso se encuentra una superficie lisa, plana y no dolorosa que es el hígado; por el mismo procedimiento se encontrará el borde del órgano. Tambien se extiende el hígado hácia el epigastrio, y por el peso del órgano prefieren los enfermos acostarse del lado derecho, ó en decúbito supino. Hay fenómenos cardíacos. El buen aspecto exterior persiste. Esta ascitis disminuye con la quietud, pero no desaparece por completo. Va precedida con frecuencia por el edema de los piés.

La hipertrofia del hígado produce los mismos accidentes, así como el cáncer del órgano, y algunas veces los tumores hidatídicos; ejerciendo tambien su accion sobre la circulacion de la vena porta.

No hemos visto nunca la ascitis producida por la degeneracion grasienta del hígado.

Los infartos del bazo obran, como los del hígado, comprimiendo la vena porta.

Algunas veces las enfermedades del corazon dan lugar á la ascitis sin producir infarto del hígado. Entonces es la hidropesía el resultado de la dificultad en la circulacion de la vena cava, y comenzando por los miembros inferiores, no sobreviene el derrame del peritoneo hasta tanto que ha invadido la mitad inferior del tronco.

Esta forma de ascitis, nacida bajo la influencia directa é inmediata del corazón, va siempre precedida de edema de los miembros inferiores, lo que la distingue de la producida por compresion de la vena porta.

La enfermedad de Bright, nefritis albuminosa, no da lugar á la ascitis sino cuando adquiere un grado avanzado. La hidropesía abdominal no es nunca su primera manifestacion: va precedida de edemas pasajeros y de diferente sitio, siendo la cara la que primitivamente ocupa. Esta ascitis nunca es considerable. Orina albuminosa, marcha lenta. Es por lo general uno de los últimos síntomas, y, con la diarrea y los vómitos, indica la caquexia avanzada. Sin embargo, en un jóven que hemos observado, presentó cierta agudeza; todas las serosas habian producido derrames, los que se curaron en pocas semanas. La albuminuria persistió sin embargo.

Los tumores de naturaleza diversa que comprimen la vena porta, las obliteraciones espontáneas por coágulos ú otras lesiones de esta vena, dan lugar á una ascitis muy parecida á la producida por la cirrosis. El diagnóstico es fácil consiguiendo reconocer el tumor, muy difícil de lo contrario. Sin embargo, podrá aproximarse mas ó menos á la verdad analizando todas las circunstancias y afirmándose en que no hay ninguna enfermedad del hígado, del corazón ni de los riñones, etc.

No nos ocuparemos aquí de las pretendidas ascitis idiopáticas agudas ó crónicas⁽¹⁾. Sabido es que estos derrames son casi siempre secundarios. Las alteraciones de los riñones juegan en este caso un papel importante. En otros casos se encuentran ligadas á las alteraciones en la composicion de la sangre. Sin embargo, existen en la ciencia algunos casos bien observados de ascitis primitivas, desarrolladas súbitamente á consecuencia del frío ó del uso de bebidas heladas, sin albuminuria concomitante, y debidas probablemente á una hiperemia refleja de los vasos subperitoneales.

IX.—DE LA DISMINUCION DEL VOLÚMEN DEL ABDÓMEN.

Este fenómeno tiene mucha menos importancia que el precedente, pero debe tenerse en cuenta como un signo accesorio de algun valor en los casos siguientes:

Esta disminucion de volúmen es producida por la contraccion de

(1) Véase H. Gioutrac, *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Ascitis*.

los músculos de la pared abdominal ó por la dislocacion de las vísceras, ó, en fin, por la disminucion de su volúmen.

En las meningitis de los niños, el vientre está excavado, y este carácter sirve algunas veces para diferenciar esta enfermedad de la fiebre tifoidea. Este fenómeno reconoce por causa la contraccion de los músculos abdominales: en efecto, se perciben retraidos y resistentes hasta el punto de impedir la exploracion de las partes profundas.

En los cólicos de plomo y los nefríticos y hepáticos, se verifica, en los accesos de dolor, una retraccion espasmódica de la misma naturaleza.

El abdómen se aplasta por la dislocacion de las vísceras en las hernias escrotales muy voluminosas, en las diafragmáticas, etc.

Por último, disminuye el volúmen en el cáncer del píloro, en la estrangulacion interna por invaginacion y en el adelgazamiento general del cuerpo.

En el cáncer del píloro, cuando está muy estrechado el orificio pilórico, los alimentos son en gran parte arrojados por el vómito, y cesando de funcionar el intestino, se estrecha progresivamente. El abdómen no es entonces plano, sino excavado profundamente; se aplica la pared anterior á la columna vertebral, la cual se percibe muy distintamente por la palpacion; se siente latir la aorta bajo los dedos, y el intestino se divide en dos paquetes á los lados de la columna vertebral. En la parte superior se nota una tension mas ó menos considerable, formada por el estómago dilatado, percibiéndose á veces tambien el tumor formado por el cáncer pilórico.

El marasmo produce efectos análogos, pero sin el tumor formado por el estómago. Es necesario no dejarse impresionar por algunas porciones salientes del hígado, que pueden simular algunas veces el tumor de que hablamos.

En la estrangulacion interna por invaginacion, se siente y se ve, en un punto del abdómen, un tumor formado por el intestino, en el cual se ha verificado la intususcepcion, y en el lado opuesto una depression por la ausencia de la porcion intestinal invaginada.

Por último, todos los tocólogos han señalado la disminucion del abdómen en el tercer mes del embarazo, lo que puede constituir un signo de algun valor en los casos dudosos.

§ II.—Signos deducidos de la mensuracion.

La mensuracion no es útil sino para hacer apreciar las modificaciones de volúmen experimentadas por el abdómen en el curso de