

---

---

## La solaritis en las ptosis y en las apendicitis

Por el Dr. PABLO JACQUET, Médico de los Hospitales de París

---

---

### *Continúa*

tos algo fuertes, con lo que el enfermo va cayendo en un estado de anorexia más o menos completo que aumenta el enflaquecimiento. Cuanto más enflaquece el enfermo, tanto más sufre. Y cuanto más sufre, más limita su alimentación, encerrándose así en un círculo vicioso. De aquí la conveniencia de devolver la confianza al enfermo, casi siempre descorazonado por los múltiples fracasos experimentados, practicar en él una verdadera reeducación física y alimenticia. Repetidas veces hemos podido comprobar que algunos alimentos que se salen de lo ordinario, de aspecto grosero a veces y que no figuran en las mesas de régimen, aun cuando siendo muy digestivos para un estómago sin lesiones, pero tan sólo frágil, son a veces muy útiles para restablecer esta confianza. Tales son, por ejemplo, las sopas de pan y de legumbres espesas, las ostras, las lentejas, la *choucroute*. Finalmente, e 1 queso fermentado, si el enfermo lo acepta con placer, desempeña muchas veces el oficio de un verdadero remedio; excita el apetito por su sabor fuerte y es heupéptico por sus fermentos proteínicos. En cuanto a la *insulina*, es de todo punto recomendable en los

individuos asténicos, muy enflaquecidos y que necesitan de un «empujón», valga la palabra. A la dosis de 20 unidades clínicas inyectadas cada día inmediatamente antes de una de las comidas, la insulina es completamente inofensiva en los individuos no diabéticos, por cuanto, ¡hecho curioso!, casi nunca produce accidentes manifiestos de hipoglucemia, como no sea en los diabéticos.

Por lo demás, la insulina es compleja. En muchos enfermos obra como un verdadero tónico y da un latigazo al estado general. Por otra parte, hidrata a los enfermos y les hace inmediatamente aumentar algunos kilos de peso. Aun cuando esta acción sea algo ficticia y desaparezca al cesar las inyecciones, sirve de sebo muy útil para empezar el período de engordamiento y dar confianza al enfermo. Estimula también de un modo notable el apetito, y nos ha parecido a veces obrar hasta cierto punto sobre los propios síntomas solares.

De todas maneras, vigilaremos al enfermo y le indicaremos la posibilidad y hasta la probabilidad de presentarse en él nuevos accidentes solares. Ello va seguido casi siempre de una nueva disminución de la gordura y relajación del cinturón ortopédico.

Pero estando prevenido el enfermo, ya no le vendrá de nuevo lo que vaya ocurriendo y tratará por sí mismo desde el comienzo la solaritia incipiente,

Quedan por describir, los casos demasiado frecuentes, en que la solaritis es irreductible y no cede con la permanencia en cama, manifestación casi segura de la existencia de una lesión orgánica. En realidad, trátase casi siempre de colitis dolorosas, tenaces, localizadas en el lado derecho, acompañadas o no de perivisceritis y debidas casi siempre a una reacción inflamatoria crónica inicial de la apendicitis, de los órganos de la pequeña pelvis o de la vesícula biliar.

En estos enfermos deberemos practicar un examen radiológico muy atento, siguiendo los principios que hemos establecido junto

con Gally (1) *para precisar el grado de invasión de la encrucijada inferior*. Prestaremos atención especial a la investigación de la estasis baritada en el íleo después de transcurrido el plazo de seis horas de la ingestión de la comida baritada, del estado espasmódico del colon ascendente sólo, de los espasmos intermitentes y localizados del íleo, de las incisuras en el borde externo del ciego, cuyo borde interno se mantiene rectilíneo, de la retracción espasmódica del propio ciego y,

(1) P. **Jacquet y L. Gally**, La encrucijada inferior en la apendicitis y el diagnóstico radiológico indirecto de la apendicitis crónica (*París Medical*, 5 abril 1930).

Pablo Jacquet, Gally y J. Poreaux, El retardo del tránsito ileocecal y la hipertonia segmentaria del ciego ascendente en sus relaciones con la apendicitis (*Preve Medical?*, 15 de febrero de 1930).

sobre todo, del punto doloroso localizado en el borde interno del ciego y siguiendo exactamente la imagen cecal en todos sus desplazamientos con la coexistencia de una incisura profunda en el borde externo del ciego, frente por frente del punto doloroso.

El conjunto de estos signos permite afirmar el diagnóstico de apendicitis crónica.

Pero aun entonces sólo con gran prudencia deberemos establecer la oportunidad de una intervención en estos enfermos.

En realidad, excepto en caso de indicación urgente, la existencia de la solaritis contraindica momentáneamente en estos enfermos el acto operatorio.

Es, en efecto, en estos enfermos portadores de una colitis crónica dolorosa debida a la apendicitis, y sobre todo de solaritis, que una intervención practicada en estas condiciones tienen menos probabilidades de dar buenos resultados.

Es más, con gran frecuencia, el acto operatorio da a estos individuos un latigazo a las lesiones preexistentes. Los enfermos continúan sufriendo después como antes, y a veces aun más. De esta manera quedan constituidas las secuelas dolorosas, crónicas de la apendicectomía, constituidas por una mezcla de colitis dolorosa y de solaritis, ambas entonces casi incurables.

La importancia de los cuidados preoperatorios es aquí de primer orden. Conviene ante todo no llevar al cirujano sino un vientre completamente curado, indolente en toda su extensión, salvo el punto apendicular y no presentando vestigio alguno de latidos en el epigastrio. Solamente entonces la intervención será practicada en excelentes condiciones y devolverá la salud.

Es en realidad una tarea muy ardua la de poner nuevamente

estos vientres en estado satisfactorio, reclamando por parte del médico tanta paciencia como parte del propio enfermo. Semanas y aun meses serán necesarios para conseguir el objeto deseado, y aun así no siempre conseguiremos nuestro propósito. Para ello prescribiremos curas repetidas de reposo en cama, calor al nivel del abdomen. El enfermo será tratado durante mucho tiempo como un colítico: régimen apropiado, vacunas y fermentos lácticos. Apelaremos de un modo especial a los agentes físicos bajo las numerosas formas que nos proporciona la técnica moderna: diatermia, rayos infrarrojos, baños medici-

nales, tratamientos hidrominerales.

Procediendo de este modo tendremos la satisfacción en muchos enfermos de preparar ventajosamente la intervención liberadora. El desconocimiento de estas reglas o la iniciativa inoportuna del enfermo es lo que muchas veces fuerza la mano para una intervención prematura que, para los que conocen a fondo la apendicitis crónica, es la causa más frecuente de los fracasos postoperatorios, bien conocidos y por desgracia sobrado frecuentes, en el tratamiento de esta afección.

PABLO JACQUET.