

---

---

## La solaritis en las ptosis y en las apendicitis

Par el Dr. PABLO JACQUET, Medico de los Hospitales de País

---

---

Entre todos los síntomas dolorosos o simplemente molestos que acompañan a las dispepsias, la solaritis es, sin duda alguna, el más frecuente. Se la observa en más de la tercera parte de los enfermos que asisten a los dispensarios de gastroenterología, y es la que con mayor frecuencia induce a los enfermos a consultarnos.

La solaritis no es por sí misma una enfermedad, es tan sólo un síntoma. Es la manifestación del estado de sufrimiento de los plexos abdominales dependientes, a su vez, de trastornos funcionales u orgánicos que conviene precisar. No obstante, tal cual es, va acompañada de un cortejo de síntomas difusos, molestos, deprimentes, dolorosos a veces, que conviene conocer y que reclaman un tratamiento adecuado. En efecto, la solaritis no tratada persiste. Muy a menudo pone en jaque el tratamiento de la afección causal, y es la causa de la mayor parte de fracasos que observamos en el tratamiento de las dispepsias. *Precisa ante todo cu-*

*rar la solaritis y después diagnosticar es tratar la musera que la ha producido.*

Sumamente frecuente, la solaritis se observa a cada instante al estudiar las dispepsias. La enfermedad que la acompaña y que cubre con su manto, reviste una semiología difusa, imprecisa, que hace sumamente difícil de catalogarla. El dispéptico solar se nos presenta con todos los caracteres de un dispéptico típico.

El síntoma revelador de la solaritis es la existencia de *latidos epigástricos*. Una vez discretos, perceptibles con la palpación profunda en pleno epigastrio en forma de una pulsación ligera, constituye, aun bajo esta forma, un síntoma netamente patológico. Otras veces acentuados los latidos levantan varios milímetros los dedos que palpan, se corren hacia el ombligo y los rebordes costales, siendo a veces tanta la amplitud y difusión de esta zona pulsátil, que inmediatamente viene a nuestra mente la idea de una ectasia. Además, el epigastrio es siempre sensible, y el dolor provocado por

la presión en esta zona es el corolario obligada de los latidos que en ella existen.

Las sensaciones experimentadas por el enfermo se reducen a un «dolor de estómago», por cierto bastante vago y casi siempre tolerable, acompañado de un estado nauseoso vago también, pero muy desagradable. A todas horas, el enfermo experimenta esta sensación molesta, incómoda más que verdaderamente dolorosa. Diurna y nocturna, continua, sin relación directa con las comidas, esta molestia epigástrica sólo calma con el reposo en posición horizontal, a condición, no obstante, que sea suficientemente prolongado. La aplicación de calor en el hueco epigástrico alivia algo, y los enfermos son los primeros en manifestárnoslo.

Regurgitaciones pituitosas, salivación casi siempre aumentada y a veces molesta, algunos Eructos aerofágicos forman parte del síndrome.

El enfermo pierde el apetito y come cada vez menos. Duerme mal, con un sueño agitado. Enflaquece rápidamente.

A veces, estas molestias van acompañadas de una cierta congestión respiratoria, de una sensación vaga de sofocación. Otras, el dolor epigástrico repercute en la espalda y predomina en los lomos, produciendo una sensación de contricción en la base del tórax.

Asociados a estas molestias, algunos síntomas a distancia halar-

man a veces a los enfermos. Son, por ejemplo, vértigos ligeros (1), pasajeros, en posición vertical sobre todo y que cesan durante el decúbito. Los enfermos tienen un estado nauseoso permanente que en ocasiones llega a producirles vómitos. Algunos aquejan trastornos visuales: tienen la impresión de ver los objetos turbios de un modo pasajero, sin que sea posible precisar exactamente la causa. Los -estados jaquecosos son frecuentes. El enfermo tiene un estreñimiento espasmódico que cede casi siempre con la belladona, o bien una diarrea serosa en forma de deposiciones frecuentes.

Estas molestias múltiples repercuten sobre el estado psíquico, y es por eso que algunos de estos enfermos son considerados como gastrópatas. Están deprimidos, inquietos, persigúeles idea de su mal, pudiendo llegar hasta constituir en ellos una verdadera obsesión. Rendidos y descorazonados, muchos se abandonan a su suerte.

En los casos inveterados con intensa hiperestesia solar y latidos muy acentuados, los enfermos, constantemente ansiosos, ñacos, con la mirada brillante, con insomnio pertinaz, tienen un cierto parecido con el síndrome de Basedow. Los vómitos no son

(1) Pablo Jacquet, Los vértigos en clínica- Ptosis, vértigos y aerofagia (*Journal MSdwal Franrak*, noviembre de 1929). El vértigo de los ptósicos (*Liège Medical*, 30 de junio de 1929).

aros en estas formas graves. La molestia epigástrica se convierte en un verdadero sufrimiento, y algunos paroxismos tienen *un* cierto parecido con una crisis gástrica

La evolución de la solaritis es variable. Unas veces efímera, cesa espontáneamente con la causa, pasajera también, que la ha originada. Otras, en cambio, es tenaz, persiste durante meses, hasta el día en que el enfermo, vencido, se entrega al reposo prolongado, que es lo que le aliviará. Otras veces, finalmente, intenso e irreductible, persiste durante años, y convierte a estos pacientes en unos verdaderos achacosos.

La solaritis se observa en las más diversas afecciones, digestivas u otras, susceptibles de producir una perturbación cualquiera en la inervación del abdomen. Es el corolario obligado de las afecciones agudas y dolorosas del abdomen con **carácter** de crisis: crisis enteralgia, cólico hepático, úlcera dolorosa gastroduodenal. Una sencilla gastroenteritis estival puede ir acompañada de este síntoma, que produce entonces timpanismo molesto, dolorimiento difuso del epigastrio y de todo el abdomen, pudiendo persistir aún después de curada aquélla.

La solaritis ha sido estudiada en el curso de la aortitis abdominal (Loeper). Se observa a menudo en la enfermedad de **Bassédow**, es la que regula en gran parte los trastornos digestivos y las crisis abdominales que se ob-

servan a veces,

Pero en la inmensa mayoría de casos, la solaritis se presenta como un *síntoma solitario*, cuyas causas deben ser minuciosamente buscadas. A veces se trata de resecciones inflamatorias lentas, crónicas, migratorias (1), con o sin perivisceritis de la mitad derecha del abdomen y que forman parte del cuadro de la apendicitis crónica, manifestación entonces casi siempre de una forma que, si por desgracia es operada, irá acompañada de consecuencias desgraciadas en forma de secuelas dolorosas y muy rebeldes.

En la mayor parte de casos, por el contrario, la solaritis se presenta como manifestación de una ptosis visceral, constitucional o adquirida. En efecto, la defectuosa estática abdominal es la responsable casi siempre de la solaritis. Forma parte integrante de aquellos estados complejos designados con el nombre de *desequilibrio abdominal*, baya o no ptosis (2).

*Todo dispéptico que presenta el signo de los latidos epigástricos debe ser tratado obligatoriamente con la permanencia en cama o por lo menos con el reposo de posición horizontal.* Este es el principio fundamental del tratamiento de la solaritis, cuya inobservancia es

(1) Pablo Jacquet, Epíploitis y perivisceritis. Las infecciones migratorias crónicas del abdomen (*La Medicine*, julio de 1926).

(2) Pablo Jacquet. Los desequilibrios del vientre en clínica diaria (*Journal Medical Français*, noviembre de 1929).

responsable de la mayor parte de fracasos observados en el tratamiento de las dispepsias. No solamente la permanencia en cama es indispensable para curar la solaritis, sino que los buenos resultados que da son la mejor prueba del diagnóstico causal.

En efecto, en la solaritis de orden funcional debida casi siempre al desequilibrio abdominal o a la ptosis confirmada, la solaritis cede en pocos días con la permanencia en cama. Los latidos calman y desaparecen, el enfermo recupera su bienestar. La permanencia en cama debe ser continuada hasta la desaparición completa de los latidos epigástricos, asociada al porte casi permanente de un foco de calor en el hueco epigástrico, no siendo preciso que el enfermo se someta a un régimen especial.

Si, por el contrario, después de unos ocho días, la solaritis persiste y resiste a la permanencia en cama, podemos afirmar, casi con seguridad, que existe una espina orgánica que conviene precisar.

Una vez curada la solaritis, procuraremos evitar su recidiva.

En los *ptósicos por eventración*, o por lo menos en aquellos cuyo vientre es prominente, el porte habitual de un cinturón bastará casi siempre. El cinturón más sencillo es el mejor. Puede consistir en una venda de franela o de tejido elástico que sujete el abdomen por debajo del ombligo, venda que se aplicará estando el enfermo acostado y apoyado so-

bre los talones para hacer refluir la masa abdominal hacia la base del tórax.

El cinturón ortopédico deberá parecerse todo lo posible al cinturón de los gimnastas. Con las hebillas detrás, estará formado por una simple venda de tejido elástico y ejercerá una *tracción ascendente* sobre el bajo vientre, tomando punto de apoyo en la región lumbar. Desprovisto de toda clase de accesorios, el cinturón debe ser bajo y no ejercer presión por encima del ombligo.

Muchas veces, en cambio, el desequilibrio abdominal causante de la solaritis es debido al *evjlaquecimiento* (1) constitucional o adquirido y a la defectuosa contención visceral consecutiva a la desaparición de la almohadilla adiposa del abdomen necesaria para el sostenimiento de los órganos. Lo que debemos proponernos es hacer engordar al enfermo para que llegue a alcanzar el peso normal con el que se encuentra bien después de bien sostenidos los órganos abdominales. Por regla general, el enfermo sabe perfectamente cuál es este peso ideal que él califica de peso de buena salud.

El régimen ideal para encordar es el lácteo, administrado a grandes dosis, combinado con la permanencia en cama, que se hace entonces doblemente indispen-

(1) Pablo Jacquet, Las ptosis y el síndrome de contención defectuosa de los órganos del abdomen (*Joarnal Medical Fmncats*, noviembre de 1929).