IRRIGACIÓN TRANS-DUODENAL

Por el Dr. M. E. JUTTE

Los gastro-enterólogos siempre están perplejos ante un problema enfadoso: la **manera de vaciar** los intestinos rápida y efectivamente y sin causar dolor y daño. Este es un problema particularmente **urgente en** los países **Sud Americanos**, donde son prevalentes las enfermedades **intestinales, especialmente** di? origen parasitario.

El autor ideó y publicó en **1911** un método que produce una catarisis drástica sin **administrar** catárticos, llenando los requisitos arriba mencionados. Desde entonces ha sido empleado con éxito notable en **los** Estados Unidos, y en algunos países europeos, pero **es, según** el conocimiento del autor, todavía desconocido en **Sur** América.

Cuando este método sea adoptado allí, producirá un **mejoramiento** de la salud pública, por la **razón** de que no solamente es útil en toda clase de desórdenes intestinales, sino que también es beneficioso para la economía del cuerpo, que tanto depende del funcionamiento propio del tractus **gastrointestinal**, especialmente sobre la función de prevenir la absorción dentro de la circulación de **todas** clases de **sustancias** tóxicas.

El objeto del tratamiento es lavar el intestino desde el **piloro** hasta el ano, del mismo modo que se lavan las calles de nuestras ciudades. Para conseguir ésto tenemos que llenar por lo menos dos requisitos: primero, la acción con trola dora, de piloro deberá **ser** temporalmente suspendida con objeto de permitir la entrada de golpe en el intestino del volumen necesario de líquido: segundo, prevenir la absorción de este fluido en el intestino delgado. El primer objetivo se consigue usando el tubo duodenal del autor, el cual, pasando por el estómago, viene á descansar en la primera porción del duodeno, permitiendo así la entrada del líquido sin interrupción. El segundo requisito se consigue usando una solución hipertónica cuyo contenido de cloruro de sodio sea mayor que el de la sangre, y por • impidiendo la osmosis.

El autor ha llamado este método "Lavado ó Irrigación Trans-Duodenal", pero otros que usan sus propios ó parecidos tubos, hablan algunas veces del método simplemente como una "Inyección de una solución Hipertónica".

De lo que hemos expuesto es

evidente que **el líquido empleado** no cae en el estómago; ni **tampoco**, usando la técnica adecuada-refluye en el estómago, sino que es empujado haría detente y **siendo** no absorbible, debe correr **hacia** abajo. La perístasis y la antiperístasis, agita la **solución** hacia delante y hacia atrás, de modo que, según va descendiendo limpia y anega cada pulsaria del duodeno, yeyuno, **ileum**, colon ascendente, transverso, **descendente**, asa sigmoidea y el recto. En una hora es expulsado llevando consigo todo lo que el intestino contenía: residuo de alimentos, bilis, bacteria. mucus, pus, y parásitos. Este lavado interior se verifica sin el mas ligero dolor, cólico ó molestia.

El lavado Tians-Duodenal, es uno de los métodos de tratamiento mas generalmente útiles a la disposición del médico entendido, Con alguna práctica, no **es difícil** de administrar, el paciente por lo general lo acepta y es aplicable a un extenso numero de desórdenes constituciones e intestinales, desde drenaje de la vesícula biliar y envenenamiento por ptomaínas hasta el reumatismo y anemia perniciosa.

La **parafernalia** necesaria es la siguiente:

- a) Un tubo duodenal de Jutte* Consiste en un delgado tubo de goma flexible, fon agujeros de drenaje y provisto en el final de un peso de oro plateado. Un estilete metalico semi-rígido nos

permite pasar el tubo dentro del estómago sin peligro de torcerse ó enredarse.

- b) Una **botella de succión con tapa de goma de dos orificios**, con conneciones de cristal y goma.

- c) Un irrigador de cristal de un litro de **capacidad-**

- d) Una jeringa grande para succión, usado para **cercio rarnos** de la **posición** del tubo.

- e) Bicarbonato de soda, cloruro de sodio, sulfato de podio seco, y glicerina.

La polución usada se prepara disolviendo 9 gramos de cloruro de sodio y sulfato de sodio **seco** (i) gramos, de cada uno) en **1.000 cc de** agua tibia. MI sulfato de sodio no es **absolutamente** esencial, pero se añade con miras á una expulsión expedita.

Como el tubo duodenal **debe** llegar dentro del duodeno debemos cerciorarnos de su **posición** antes de comenzar el tratamiento. Con este objeto el autor ha **ideado** la siguiente, simple, y segura prueba: Después de sacar el estilete y con el paciente acostado sobre el lado derecho--como se explicará mas adelante--se conecta el tubo duodenal y la jeringa con la **botella** de succión **y** esto se hace y mantiene dando **vuelta** a la llavecilla cerca de la botella. El punto es vigilar la consistencia del fluido aspirado según va **bajando** á la botella: Comprímase con los dedos el extremo del **tubo** duodenal y si el Huido aspirado

fluye como un hilo, ó como jara-be, estaremos seguros que esta, es **la secreción** mucosa del duodeno y que el tubo está "in situ". Si por el contrario el líquido deja de fluir abruptamente o solamente unas cuantas gotas caen en **la botella**, es señal de que el tubo **está** todavía en el estómago. En este caso deberá el paciente tomar un poco más de **solución** de bicarbonato de sosa, que **rápidamente obligará** al piloro á **relajarse** y permitirle libre entrada del tubo. Si **hacemos** suficientemente fuerte la **solución del** bicarbonato de sosa, **por** regla **general**, relajará un espasmo pilórico.

Con **estas consideraciones** en la mente, **proseguiremos** del modo siguiente: El paciente vendrá á la consulta con el **estomago** vacío, **preferiblemente** antes del desayuno ó después de 5 á 6 horas del último alimento. Lo sentamos en una silla, ligeramente inclinado **hacia delante**, protegiendo las **ropas con un delantal**. La solución se preparará, ó bien individualmente, ó, en una **oficina** de mucho trabajo, se liará una solu-

ción madre. Se echará en el irrigador el cual es suspendido de **tres** ó cinco pies del sofá ú n de operaciones. Se le dará al paciente un poco de solución de bicarbonato para relajar el piloro. Tomaremos el tubo duodenal y lo lubricaremos en su parte más larga con glicerina. y colocan el estilete de manera que dentro del cuerpo hueco del peso, El operador tendrá cuidado que el estilete no se salga y proyecte por uno de los agujeros del tubo cercanos al peso.

Tomando el tubo duodenal cerca de cinco pulgadas de su extremidad, colocaremos el peso en base de la lengua del paciente, que se le ordena hacer un movimiento de deglución. Si se abre la garganta se obligará al tubo resbalar sobre la porción posterior de la lengua, de una manera rápida pero con delicadeza: y se ordena al enfermo resistir fuerte y fácilmente. Mientras la garganta se mantiene así se puede empujar el tubo hacia abajo, paso á paso, sin molestar apreciablemente al paciente

Cuando haya descendido unas 12 pulgadas el operador toma el estilete con su mano derecha para prevenir el que continúe descendiendo y entonces, con su mano izquierda deslizará el resto del tubo á lo largo del estilete, hasta que el tubo proyecte solamente seis pulgadas de la boca del paciente, en cuyo tiempo se retirará completamente el estilete. La porción superior del tubo previamente retirada, se añadirá á la parte insertada, y el enfermo se acostará sobre la mesa o el sofá descansando sobre su lado derecho. En esta posición la gravedad y la peristalsis deberán hacer pasar el tubo á través del píloro y en la posición propia en menos de un minuto. Se hará ahora la succión y se comprobará la posición del tubo como hemos explicado ya más arriba. Una vez "in situ" se conectará el tubo con el irrigador (vaciando el líquido que haya en el tubo del irrigador, ya frío) y se permitirá el paso de 750 cc á 1.000 de la solución á través del tubo, seguido por un poco de agua para evitar que el

paciente sienta el gusto de la desagradable solución. Retiraremos el tubo suavemente, e instruiremos al paciente de permanecer acostado sobre su lado derecho durante un minuto o dos.

El enfermo puede ya irse á su casa á sus habituales ocupaciones, y por regla general puede tomar su desayuno antes de mover el intestino. Pueden haber tres, cuatro ó cinco operaciones. La primera operación llevará mucha materia sólida; las que siguen son muy líquidas y la última parecida á agua sucia.

El tratamiento deja al enfermo completamente limpio dejando una sensación de limpieza, frescura y alegría. Muy rara vez se siente una momentánea sensación desagradable.

El tratamiento es inofensivo, no se ejerce ninguna fuerza y el líquido pasa fácilmente. Por esta razón deberá darse el lavado trans-duodenal tan a menudo como parezca indicado, aún diariamente. Por regla general deberá darse cada segundo día y más tarde dos ó una vez á la semana o cada segunda semana.

En ciertas condiciones la solución ser medicada, por ejemplo, con antihelmínticos contra parásitos o con emetina contra disentería amébrica.

Las enfermedades del tractus intestinal se benefician más pronta y directamente que cualquier otra remota condición.

El envenenamiento por ptomaínas nunca requiere más de un tratamiento, tanto más cuanto que el factor intoxicante, alimento venenoso, es rápidamente eliminado. La vesícula biliar es drenada fácil y prontamente. Diarrea¹, contipación², fermentaciones³, putrefacciones^a, se alivian prontamente. Ulceras, ecstasis¹, colitis, enfermedades del hígado y vesícula biliar, y toxemia intestinal, también dan evidencia de pronto mejoramiento especialmente con tratamiento simultáneo de cualquier desorden gástrico. En las anemias primarias¹, y secundarias, reumatismo, gota, bronquitis crónica, asma, cefalalgias de origen intestinal⁷, ciertas enfermedades de la piel, (como psoriasis y urticaria) el lavado trans-duodenal ha dado maravillosos resultados. En cirugía también ha tenido brillantes éxitos

como en el Íleo post-operatorio⁸, toxemias del embarazo⁹, eclampsia post partum y en el hipo rebelde.

BIBLIOGRAFÍA

- 1—Jutte, M. E. "Lavado Trans-Duodenal" Nuevo método en el tratamiento de estados crónicos, con resultados en el asma y anemia perniciososa. N. Y. Med). Journal, March 16, 1912.
- 2—Levinson. Bernard. "Tratamiento de la constipación crónica y sus séuelas el lavado trans-duodenal. Med. Council. Julio 1919.
- 3—Jutte, M. E. "Autointoxicación y su tratamiento por el lavado Trans-Duodenal". Amer. Jour. Med. Sciences. Mayo 1917.
- 4—Aaron, Charles D. "Tratamiento del éxtasis intestinal por el lavado duodenal", Med. Reo. Aug. 17, 1918.
- 5—Bassler, Anthony, "El uso del tubo duodenal en casos extremos de colitis ulcerativa, algunas formas de infecciones parasitarias del colon é íleo post-operatorio".