

## Un centenar de Mikulicz

Conozco desde mis lejanos tiempos de estudiante el principio y la técnica del drenaje de Mickulicz que Jayle atribuye a Dupuytren, pero efectivamente lo vi usar tan poco y de una manera tan tímida, que no logró enclavarse en mi espíritu con caracteres de un método quirúrgico eficaz.

Durante varios años estuve perdiendo un buen porcentaje de operados, sobre todo histerectomizadas, a pesar de emplear una técnica correcta. No fue sino hasta el año de 1927 en que visitando por ocho meses consecutivos el Servicio de Ginecología del Profesor Faure en el Hospital Broca de París adquirí la absoluta convicción de que el drenaje de Mikulicz es excelente y salva la vida de infinidad de individuos que sin él hubieran muerto.

Desde agosto de 1928 lo empleo en mi práctica con un resultado tan satisfactorio que no resisto el deseo de hacerlo saber a los cirujanos de mi país que por uno u otro motivo no tengan ninguna experiencia en él.

En 118 enfermos he usado el drenaje de Mikulicz, bien como el Profesor lo indica en su técnica o con variantes impuestas por las circunstancias de intervención, motivos que lo justifican y sobre todo por falta de material apropiado.

Los resultados han sido magníficos. A excepción de CINCO que murieron, todos curaron en un tiempo de 20 a 30 días; pero en honor del Mikulicz debo ha-

cer constar las causas de muerte: el primer caso, una prostituta entra al Hospital una noche con síntomas peritoneales, joven de 18 años bien constituida y con francos antecedentes anémicos, si cirujano de guardia piensa en un síndrome apendicular y le hace una laparotomía lateral; encuentra un fuerte exudado turbio, no halla el apéndice y se conforma con poner un tubo de drenaje en el Douglas. Diez horas después veo la enferma en lamentable estado y decido hacer nueva laparotomía tanto para explorar los anexos como para colocar un Mikulicz. En plena peritonitis supurada extirpo ambas trompas por manar de ellas pus y el apéndice que no mostraba lesiones de un proceso agudo. A las treinta horas la enferma moría.

El segundo caso se refiere a una herida del hígado por arma de fuego con estallido y gran hemorragia; murió el paciente a las 20 horas.

El tercero una herida penetrante del abdomen por arma de fuego y siete perforaciones intestinales y tres del mesenterio operado doce horas después del accidente; muerto 28 horas después de la operación.

El cuarto se refiere a un individuo joven herido por arma de fuego dos horas antes: ruptura del riñón y del vaso, esplenectomía y Mikulicz; muere quince horas después de la operación.

En el quinto caso solamente yo creo que fracasó el Mikulicz; se trata de una señora de 65 años operada por cáncer que empezaba del cuello uterino en muy buenas condiciones. Sobrevino una peritonitis a las 48 horas que acabó con la enferma a las 96.

Acostumbro quitar el taponamiento, a las 48 horas la mitad y a las 72 el resto, solo en caso de abundante supuración lo dejo uno o dos días más.

Cuando no tengo el material apropiado para poner un Mikulicz tal como lo aconseja el Profesor Faure lo hago de esta manera: tomo uno de los campos operatorios de tela fina, lo doblo en cuatro, paso un hilo de seda gruesa por el vértice y con un clamp lo introduzco en el fondo de la cavidad que deseo drenar; luego meto un número de gasas, variable según la dimensión el espacio a taponar y el tamaño de las gasas; todas quedan completamente dentro de la cavidad. Por término medio coloco de 10 a 15 rara vez más.

La salida de líquidos se hace maravillosamente; en ciertas ocasiones he observado las gasas tan blancas como se pusieron, al extraerlas.

El drenaje se hace tan bien como en el procedimiento clásico. Le encuentro como única desventaja la de ser un poco más difícil para el cirujano la extracción y para el enfermo un poco más doloroso. En cambio tiene la ventaja de que estando todas las gasas adentro sólo queda por fuera la última introducida y por consiguiente la herida de la pared abdominal se

puede cerrar en dos tercios más sin dañar el drenaje y exponiendo menos el riesgo de la eventración.

Uso el Mikulicz en la Histerectomía abdominal total por cáncer avanzado y muy infectado.

En las histerectomías por salpingitis crónicas supuradas cuando en el curso de la operación se rompió una bolsa de pus o la hemostasis y la peritonización fueron imposibles una u otra.

En las apendicitis supuradas y en las de forma peritoneal aguda con exudado turbio o purulento.

En las colecistectomías por colelitiasis supurada antigua con adherencias o cuando la hemostasis es difícil o imposible.

En las rupturas del hígado.

Últimamente lo usé en tres heridos del intestino con varias perforaciones; uno se salvó a pesar de haber sido operado 24 horas después del accidente y en malas condiciones.

En las salpingectomías por ruptura tubárica cuando hay muchas adherencias y destrucción del peritoneo.

113 casos vivieron gracias al Mikulicz; tengo la absoluta seguridad que una mínima parte de éstos se hubiera salvado o tal vez ninguna sin el precioso recurso del Mikulicz.

Las objeciones hechas a este método de drenaje son de un carácter tan vanal que el Profesor Faure ha podido decir valientemente que prefiere salvar la vida a diez mujeres con eventración que perder una en diez sin eventración.

Y es ese precisamente el mayor reproche. Yo *he* tenido apenas 17 eventraciones en 118 casos de aplicación. De las 17 se operaron 14 y de esas en una se reprodujo tres veces debido a una bronquitis crónica antigua cuya causa siempre se nos escapó a pesar de repetidos exámenes clínicos, de laboratorio y radiológicos. Las otras curaron perfectamente por primera intención.

Las adherencias han causado molestias que requirieron intervención en dos casos que curaron.

Nunca he tenido hemorragia seria después de extraer la bolsa del Mikulicz.

Nunca una perforación intestinal.

Una vez una perforación de

la vejiga que aun no sé si fue producida por el drenaje o por algún pinchazo en el curso de la operación (Histerectomía laboriosa por fibroma del ligamento ancho con gran hemorragia); curó con solo dejar en la vejiga una sonda en permanencia durante seis días.

Como conclusión, yo aconsejo fervorosamente, dados los expandidos resultados de mi práctica, usar el drenaje de Mikulicz en la forma clásica o como lo indico en los casos de no tener el material adecuado; en las operaciones abdominales en que hay supuración, reciente o antigua, hemostasis imposible y destrucción de peritoneo que impida hacer la peritonización.

*S. Paredes P.*

Tegucigalpa, julio 1 de 1934.