

Emergencias en Ginecología

- 1) Dr. ADAN HERMOSO C.
- 2) Dr. FERNANDO RODRIGUEZ M.
- 3) Dr. MANUEL PENSO T.

RELACIONES ENTRE LA GINECOLOGIA, OBSTETRICIA Y CIRUGIA ABDOMINAL

Cualquier cirujano ginecólogo que efectúe una laparatomía, debe estar capacitado suficientemente para poder resolver los problemas que se le presenten de cirugía abdominal urgente. Es por eso que hay que insistir en que el ginecólogo debe ser un especialista solo cuando hubiese completado su entrenamiento en cirugía abdominal. La mayor parte de las operaciones ginecológicas están en estrecha relación con las operaciones del abdomen inferior y en muchas ocasiones hay casos en los cuales es necesario operar por vía vaginal y abdominal. Existen trastornos digestivos íntimamente relacionados con una lesión pélvica y que deben ser investigados en el momento de la operación.

El ginecólogo competente, debe explorar la cavidad abdominal; pues de lo contrario tiene el riesgo de que su paciente continúe acusando molestias, tales como las producidas por litiasis vesicular, etc. Y todo debido a que han pasado desapercibidas durante el acto operatorio, lo cual duplica la permanencia en el hospital, aumenta los riesgos que implican otra operación y en los momentos actuales, épocas de economía, ocasiona doble gasto y aumento de las prestaciones sociales con las pérdidas de horas de trabajo, etc.

En resumen el ginecólogo debe tener:

- 1.—Un buen conocimiento de anatomía patológica y de patología ginecológica.
- 2.—Conocedor de lesiones ginecológicas y abdominales.
- 3.—Competente en cirugía ginecológica y abdominal.
- 4.—Capaz de resolver y tener hábito de considerar sus casos de una manera integral.

De esa manera se forma un ginecólogo capaz de hacerle justicia a sus pacientes y de efectuar labores docentes y de investigación de gran utilidad.

-
- 1) Jefe del Servicio de Cirugía No. 2 del Hospital General del I.V.S.S.
 - 2) Residente del Instituto Oncológico Luis Razetti.
 - 3) Interno del Servicio No. 2 del Hospital General del I.V.S.S.

CLASIFICACION DE LAS URGENCIAS GINECOLOGICAS

Comenzaremos por las urgencias ginecológicas partiendo de la vulva y vagina hacia el tracto ginecológico superior.

A. Traumatismos vulvo-vaginales:

1. Desgarros del himen { accidental
violación
coito

2. Desgarros vulvo-vaginales { traumatismos
coitos
heridas por empalamiento

Vagina - Quiste vaginal - Complicaciones { Infección
Ruptura
Degeneración maligna
Picolpos

Hemangiomas

Várices

Hemangiomas cavernosos

Aneurismas de la arteria vaginal

B. Abscesos vulvo-vaginales { Bartolinitis
Flegmones
Abscesos sub-uretrales

C. Hematocolpos { Atresia de himen
Himen imperforado
Estenosis del cervix

Hematometrio — causas adquiridas como sucede con las estenosis cervicales consecutivas a electroconificaciones del cervix o implantaciones de radium.

A. Laceraciones o desgarros del cérvix (administración prematura de pituitrina en los casos obstétricos), dilatación instrumental, rigidez del cervix, abortos provocados.

Casi siempre los desgarros son unilaterales pero pueden ser bilaterales.

Sintomatología: Hemorragia y luego leucorrea.

B. Laceraciones Perineales y Rectales.

Perineoplastia (urgente)

M i s c e l á n e o s

Inversiones uterinas.— Es una condición poco frecuente. El fundus pasa por el cervix. Puede ser a. completa o incompleta

b. aguda o crónica

La más frecuente es la inversión completa; toda inversión de menos de un mes es aguda.

Puede ocurrir como una complicación del trabajo ocasionalmente asociada o coexistiendo con tumores uterinos. Es más frecuente en primíparas.

El retinaculum se relaja y existe un área localizada de relajación especialmente el fondo o el sitio donde se inserta la placenta. El útero se contrae como para expulsar un cuerpo extraño.

Los síntomas principales son shock y hemorragia. Estrangulación del fondo invertido. El shock es intenso si se compara con la cantidad de sangre. La mortalidad es 15 por ciento.

Fístulas a. Urogenitales

{	1. vésico-vaginales
	2. vésico cervico vaginales
	3. vésico uterina
	4. vésico uretro vaginal
	5. uretero vaginal
	6. uretro vaginal

b. Recto-genitales.

Hemorragias uterinas.—Estas constituyen quizás el síntoma más frecuente y alarmante, así como la “señal de peligro” que debe tenerse siempre presente en toda afección ginecológica. Es urgente su tratamiento, así como también su diagnóstico etiológico. Sin embargo, debido a que las mujeres presentan en ocasiones reglas irregulares, en muchos casos las pérdidas sanguíneas vaginales son relegadas a un segundo plano y no se les da la importancia que se merecen; lo cual retarda el diagnóstico precoz y agrava el pronóstico.

Etiología: 1. Causas dependientes del embarazo

2. Causas independientes del embarazo o embarazo reciente.

- Hemorragias dependientes de embarazo reciente
- 1. Separación prematura de la placenta, aborto.
 - 2. Retención de membrana
 - 3. Mola hidatiforme
 - 4. Corio epitelioma
 - 5. Embarazo ectópico
 - 6. Embarazo en cuerno

Hemorragias uterinas.—Independientes o consecutivas a un embarazo de comienzo:

- 1. Hemorragia debida a factores constitucionales.
- 2. Hemorragia debida a cambio de la mucosa del cervix y cuerpo del útero - Polipo cervical.
- 3. Hemorragia debida a cambios malignos en la mucosa del cervix y cuerpo del útero.
- 4. Debida a tumores uterinos.
- 5. Debida a condiciones mórbidas en los anexos.

- Hemorragias debidas a cambios malignos ..
- 1. Carcinoma de células escamosas.
 - 2. Adenocarcinomas del cervix.
 - 3. Adenocarcinoma del cuerpo.
 - 4. Sarcoma del endometrio.

Heridas de la Vulva y la Vagina

- Herida de la vulga y vagina
- a) caída a horcajadas o empalamiento
 - b) durante el coito

a) 1. **Caídas a horcajadas:** Son más que todo heridas vulvares. Su localización es la cara interna de los pequeños y grandes labios. Sangran mucho y la hemorragia se explica por la ruptura del bulbo vaginal sobre la rama isquiopúbica.

2. **Empalamiento Vaginales:**
- Ruptura del fondo saco posterior
 - Ruptura de la vagina.
 - Perforación vesical.
 - Perforación rectal.
 - Perforación peritoneal.
 - Hernia traumática de la vagina.

b) **Durante el Coito.**

- Sus localizaciones son:
- 1. La región vulvo perineal.
 - 2. Las paredes de la vagina.
 - 3. El recto, el cual puede perforarse.

- a) 1. **Caídas a horcajadas** — Tratamiento mantenido por un ventadaje en T y acercamiento de los muslos.
2. **Empalamiento** — La conducta será el cierre de las heridas de las paredes vaginales y las reparaciones de las lesiones viscerales.
- b) **Durante el coito** — Sutura de las heridas cogiendo bastante tejido para hacer una buena hemostasia; en caso de fisuras sangrantes de la vulva y la vagina. En las heridas profundas de la vagina, se hará una buena exploración para determinar la profundidad de la lesión. Se hará la hemostasia y se procederá al cierre metódico de la pared.

ABSCESOS VULVO VAGINALES

Abscesos Vulvo Vaginales { a) Barthdinitis aguda supurada
 b) Flegmón del labio mayor
 c) Absceso sub-uretral

Conducta a seguir: Drenaje

Hematocolpos y Hematometras

Causas: Hematocolpo { Himen imperforado

Hematometra { Congénita — atresia del cuello.
 Adquirida — 1. Aplicación de radio.
 2. Tratamiento prolongado por electrocoagulación o agente caústico de una metritis crónica.
 3. Esclerosis del cuello.

Mecanismo:

La colección de sangre en la vagina, trae una distensión de ésta. Detrás del hematocolpo, el cuello uterino se dilata más o menos, quedando el útero indemne. En los hematometras la cavidad del útero se distiende. La retención menstrual puede ocupar las trompas dando lugar al hematosalpinx.

Clínica:

Dolores abdominales tipo cólico mensuales.

Dolor de aparición brusca, de mucha intensidad en hipogastrio y fosas iliacas.

Náuseas.

Al examen abdominal:

Se aprecia y se palpa en hipogastrio una tumoración redondeada, dura, tensa. fluctuante con movilización lateral.

Al examen ginecológico:

Grandes labios entreabiertos. No hay orificio vulvar.

Se aprecia un abombamiento negruzco, distendido, de continuidad con la tumoración abdominal y limitado por una membrana que cierra completamente

la vagina que se encuentra en la zona himeneal. En los hematometras adquiridos, el tacto vaginal con la palpación abdominal descubrirán un útero grueso, aumentado de volumen y doloroso. El especulum nos enseña un cuello sin orificio.

Complicaciones:

1. Una de las principales complicaciones es la ruptura intra peritoneal de cualquier segmento del canal genital dilatado. Generalmente son los hematosalpinx los que se rompen antes o después de la intervención.

2. La infección puede complicar un hematocolpo o hematometra debido a una fisura en la membrana limitante.

Conducta a seguir:

1. Asepsia rigurosa, no usar trocar y bisturí.

Hematocolpos:

2. Incisión pequeña de 1 cm. de la membrana himeneal.

3. Hay que vaciar la bolsa sanguínea lentamente y progresivamente ya que pueden romperse los hematosalpinx coexistentes; trayendo como consecuencia una hemorragia intensa la cual debe tratarse con una laparotomía ginecológica de inmediato.

4. Agrandar la incisión después de vaciar los $\frac{2}{3}$ del hematocolpo .

5. Se coloca un pequeño dren.

Hematometras:

Usar el histerómetro y practicar una dilatación de cuello después del drenaje de la cavidad uterina.

VAGINA

Tratamiento de los Quistes Vaginales. Los quistes vaginales se pueden clasificar en: quistes de la glándula de Bartholino y abscesos o quistes de las glándulas de Skeene los cuales son mucho más raros. El tratamiento de los quistes vaginales infectados de la glándula de Bartholino es abertura y drenaje, pues en estos casos es bastante difícil poder extirpar completamente la glándula. Como sabemos estos quistes se reproducen con frecuencia y hay que aprovechar el momento en el cual no están infectados para entonces practicar la extirpación completa de la glándula de Bartholino. Respecto a las Bartolinitis agudas como ya hemos dicho su tratamiento es incisión y drenaje. El mismo tratamiento se aplica a las Skenitis agudas. La degeneración maligna de los quistes vaginales es rara. Los piocolpos requieren drenajes por colpotomía. Respecto a los hemangiomas cavernosos o aneurismas de la arteria vaginal son igualmente afecciones sumamente raras y prácticamente su frecuencia es mínima.

Entre las afecciones de los anexos encontramos:

- A. Hemorragias.
- B. Torsiones
- C. Pelvi-peritonitis.

Entre las hemorragias encontramos. Hemorragias del tipo gravídico como son: los embarazos ectópicos rotos y no rotos. Hemorragias no gravídicas; de origen ovárico y de origen tubárico, de origen peritoneal y de origen uterino.

El embarazo ectópico roto y no roto será objeto de otro artículo debido a lo extenso del mismo y a su importancia.

1. Hemorragias no gravídicas de origen uterino:

- a) Reflujo útero-tubo peritoneal con o sin hematometra.
- b) Fibroma con vena gruesa sub-serosa rota.
- c) Nódulo fibromatoso, torcido, desprendido.
- d) Fibroma traumatizado.
- e) Corioepitelioma perforante.

2. Hemorragias no gravídicas de origen tubárico:

- a) Complicación de una torsión de la trompa.
- b) Salpingitis hemorrágica.
- e) Tumor maligno de la trompa.
- f) Várices tubaricas.

3. Hemorragias no gravídicas de origen peritoneal:

- a) Paqui Peritonitis Pelvica.
- b) Angiomatosis Peritoneal.
- c) Metástasis Maligna del Douglas.

4. Hemorragias no gravídicas de origen ovárico:

- a) Hemorragia del estroma ovárico (apoplexia ovárica).
- b) Hemorragias foliculares.
- c) Hemorragias del cuerpo amarillo.
- d) Quistes torcidos, rotos.
- e) Quistes endometriales (quiste perforante de Sampson).
- f) Fibromas y tumores malignos del ovario.

Clínica:

Estas hemorragias pelvi-peritoneales son de una sintomatología atenuada, las cuales se pueden confundir con una apendicitis aguda. Pueden también tener una sintomatología dramática parecida al embarazo ectópico roto.

No hay que olvidarse que en los hemoperitoneos, así sean abundantes, hay ausencia de contractura parietal. La paciente puede presentar:

1. Tendencia sincopal.
2. Palidez.
3. Dolor escapular o clavicular.
4. Pulso débil.
5. Percusión dolorosa en hipogastrio.
6. Matidez suprapúbica o en ambas fosas iliacas.
7. Douglas doloroso.
8. Cifras bajas de glóbulos rojos.

TORSIONES

A. Torsión de un quiste de ovario.

- Clínica:
1. Dolor de aparición brusca en hipogastrio.
 2. Vómitos alimenticios o biliosos.
 3. Temperatura aumentada y taquicardia.

Al examen se aprecia la tumoración que puede ser de aumento progresivo de tamaño. Es un tumor fácilmente desplazable, muy doloroso, menos móvil, aunque algunos conservan su movilidad, se encuentra matidez a la percusión de forma cóncava hacia abajo. Hay que hacer el diagnóstico diferencial si no se tiene el conocimiento de la existencia de un quiste de ovario con la estrangulación interna, con la perforación de un úlcus, con una apendicitis perforada, o con un infarto intestinal. El diagnóstico se simplifica en caso de conocer anteriormente la existencia de un quiste de ovario.

Complicaciones:

1. Formas hemorrágicas — por estallido de venas distendidas o por estancamiento de sangre.
2. Formas Oclusivas

{	paralítica o espasmódica
	mecánica por compresión o acodadura adherente.
3. Formas peritoníticas — por ruptura.

Torsión de Fibromas Uterinos:

Clínica: Hay un dolor abdominal violento acompañado de vómitos, distensión abdominal, taquicardia, aumento de la temperatura, cambio en la situación del tumor debido a que éste es fácilmente desplazable. Entre las formas clínicas tenemos las pseudooclusivas y las formas pseudohemorrágicas.

Torsión anexial (trompa)

Puede ocurrir en cualquier edad, especialmente en la edad de actividad genital.

En las adultas aparecen durante la menstruación. Se han observado casos después de traumatismos.

Clínica: Es un dolor de comienzo brutal, violento, sincopal, situado primero en una de las fosas iliacas, irradiándose a regiones lumbares, vesical, vulvar, rectal crural, etc. Hay agitación, vómitos, retención de orina; polaquiuria, hemorragias rojas u oscuras. El período de acalmia es relativo. El dolor persiste pero se agrava con los paroxismos.

Examen: Un abdomen distendido, meteorizado. Hay hiperestesia cutánea y discreta defensa. El examen ginecológico revela la presencia de una masa latero uterina en el Douglas o bipolar, o sea en el Douglas e ilio-pelvica. Hay latero-posición uterina del lado de la torsión.

- Formas clínicas:
1. Forma febril.
 2. Forma con meteorismo.
 3. Forma con metrorragias.
 4. Forma con hemoperitoneo abundante.

Torsión de Anexos Sanos:

Ocurre en pacientes jóvenes. Los órganos pueden ser trompa o trompa y ovario.

Forman una masa voluminosa que se encuentra caída en el Douglas. La evolución comienza generalmente por un infarto proseguida de isquemia para finalmente terminar en gangrena.

La clínica es similar a la descrita en las torsiones de trompa.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con una apendicitis aguda.

Torsión de Anexos enfermos:

Se han visto torsiones de hematosalpinx, piosalpinx, hidrosalpinx, abscesos tubáricos, salpingitis hipertróficas. La clínica es parecida a toda torsión de pedículo. Los contornos de la tumefacción son importantes; si es perfectamente redondo, esférico, muy voluminoso, casi siempre mediano es un quiste. Si es ovoide, de aspecto bilobulado, latero o retrouterino es una trompa torcida.

Conducta a seguir:

1. Cuando se trata de los anexos, es importante saber el sitio de la torsión; algunas torsiones de la trompa pueden permitir la conservación del ovario.

La mayoría de las veces los anexos enfermos deben ser extirpados.

2. La torsión del fibroma pediculado:

a) Si hay gestación hay indicación absoluta de dejar el útero.

b) Si no hay gestación se practica una Histerectomía.

3. No manipular el pedículo torcido, después de la detorsión, ya que productos sépticos o coágulos pueden pasar dentro de los pedículos útero ovariarios y de ahí a la circulación general, produciendo flebitis, infarto pulmonar o embolia mortal.

Peritonitis de Origen Ginecológico.

Clasificación general:

a) Peritonitis sin perforación.

b) Peritonitis con perforación.

A. Peritonitis sin perforación:

En ésta clase de peritonitis encontramos la peritonitis gonococcica observada en niñas o mujeres adultas. Generalmente aparece después de inoculación accidental o del coito infectante.

Clínica: Casi siempre el comienzo es brusco, con síntomas abdominales agudos. A los tres días se observa una súbita regresión espontánea de las manifestaciones. Puede aparecer fase cianótica con labios azulados. El dolor es-

pontáneo puede ser difuso, localizándose generalmente en el bajo vientre. Aparecen vómitos los cuales son poco abundantes, diarrea frecuente, tenesmo vesical y rectal, temperatura elevada y ligera defensa sub-umbilical.

- Examen ginecológico:
1. Vulva roja, drenando pus verdoso.
 2. Vagina caliente.
 3. Fondos de sacos dolorosos y empastados.
 4. No se palpa masas parauterinas.
 5. Movilización del útero dolorosa.

Examen de laboratorio: Leucocitosis e hiperleucocitosis.
Velocidad de sedimentación elevada.

Examen bacteriológico del pus genital se debe hacer de rutina buscando el gonococo.

Diagnóstico diferencial:

El cuadro que se asemeja con la salpingitis es la apendicitis aguda. El diagnóstico diferencial se hará tomando los siguientes datos:

a) Historia. En la apendicitis aguda aparecen crisis de apendicitis anterior generalmente. En la salpingitis hay antecedentes de infecciones genitales.

b) Comienzo. El comienzo es más brusco en la apendicitis que en la salpingitis.

c) Temperatura. Este síntoma no nos ayuda ya que ambos cuadros presentan la temperatura elevada.

Examen físico: Dolor máximo en fosa ilíaca derecha acompañándose de defensa de la apendicitis. Tacto vaginal muy doloroso, fondo de saco derecho ingurgitado, útero más o menos fijo doloroso a la movilización con frecuencia en la salpingitis izquierda. Pero estos signos existen también en las apendicitis pélvicas y faltan en las salpingitis altas que hayan contraído adherencias y se hayan fijado al estrecho superior.

B. Peritonitis por perforación.

a) Ruptura de un quiste no infectado. Esta ruptura se explicaría por una hemorragia intraquistica que hubiera aumentado el contenido del quiste, el cual se hubiera roto en una zona frágil debido a la falta de elasticidad de la pared, producida por adherencias o por la inflamación periquística.

La sintomatología es la que recuerda toda perforación o sea de aparición brusca seguida de reacción peritoneal; otras veces es una sintomatología de mediana intensidad. Las rupturas más graves son aquellas en que preceden prodromos de varios días de evolución (torsión, distensión hemorrágica e infección).

Perforación o Ruptura de un Piosalpinx.

El piosalpinx puede romperse por:

- a) traumatismos (curetaje, parto, maniobras abortivas, etc.).
- b) Tacto brusco.
- c) Esfuerzo al levantar pesos.
- d) Lavados ginecológicos, etc.

El gonococo, estreptococo son en general los responsables de la infección.

Aunque también se encuentran colibacilos, bacilos de Eberth, etc. Lo importante a recordar es que la ruptura de un piosalpinx siempre es una peritonitis muy grave y de una evolución muy rápida.

Clínica:

1. Dolor de aparición brusca en hipogastrio. Intenso, continuo, con agudizaciones atroces. Excepcionalmente dolor alto, sub-umbilical, torácico o clavicular.

2. Fascie peritoneal.

3. Cuadro de colapso.

4. A la palpación, dolor muy intenso en hipogastrio; contractura generalizada.

5. Examen ginecológico sumamente doloroso.

Vagina caliente.

Utero inmóvil.

Fondos de saco empastados

Douglas muy doloroso.

Douay positivo

Tumefacciones del Douglas permite en ciertos casos verificar la inundación purulenta y rechazar la hipótesis de embarazo ectópico roto.

6. Laboratorio: se encuentra una leucocitosis.

Diagnóstico Diferencial.

Apendicitis aguda.

Pelvi-Peritonitis.

Embarazo ectópico.

Ruptura o perforación de los abscesos pélvicos.

Las rupturas de hematoceles infectados, abscesos del Douglas, mal drenados o no drenados, o desconocidos, de bolsas pélvicas, pelvi-peritoníticas altas; suprauterinas supra anexiales, interrumpen el tratamiento médico conservador de éstas modalidades clínicas de la infección ginecológica trayendo como consecuencia una peritonitis grave.

Abscesos del Douglas y flegmones del ligamento ancho.

Clínica: La sintomatología es parecida a los cuadros clínicos anteriores. El examen del abdomen da dolor y defensa en hipogastrio. En el examen ginecológico encontraremos una masa gruesa que abomba en la vagina, algo fluctuante, muy dolorosa. El tacto rectal percibe muy fácilmente esta masa situada en la cara anterior del recto, siendo este rechazado en la concavidad sacra.

Etiología:

La infección de las trompas es la más frecuente. El absceso se desarrolla en el curso de la evolución de un piosalpinx, de un absceso del ovario o de una pelvi-peritonitis. Hay que tomar en cuenta los hematoceles supurados. Las perisigmoïditis y los abscesos apendiculares pueden dar abscesos pélvicos.

La punción del Douglas nos podrá ayudar a reconocer la naturaleza del pus y a orientar el diagnóstico. El pus cremoso, verdoso es de la salpingitis; la mezcla de pus y sangre es de un hematocele supurado, el pus de olor colibacilar orientaría el diagnóstico de una apendicitis.

Flegmones del ligamento ancho.

Sus caracteres clínicos y las causas son parecidas al absceso del Douglas. En la forma típica la supuración se localiza en la base del ligamento ancho.

El tacto vaginal muestra un útero rechazado del lado contrario al flegmón, cuya movilización es dificultosa, sobre el flanco de la vagina se palpa una tumefacción sumamente dolorosa que al principio será solamente un empastamiento. También encontramos inflamación del parametrio. Los antibióticos y las vacunas pueden desaparecer progresivamente la tumefacción, dejando una zona endurecida más o menos adherida a la pared vaginal. Al contrario, si la temperatura se hace oscilante y la supuración se precisa, la tumefacción puede hacerse remitente y fistularse. Cuando la localización del flegmón está en la parte alta del ligamento ancho, entonces se transforma en un adenoflegmón ilíaco externo. La tumefacción también podría aparecer en la región retrocruval en su parte interna, palpándose entonces una masa dura más o menos dolorosa, en tanto que el tacto vaginal tocaría el polo inferior de la tumefacción.

Absceso Tubo-Ovárico.

Esta afección se encuentra en mujeres de 16 a 46 años, ocasionando una tumoración dolorosa en la pelvis junto a hiperpirexia. El 50% de los casos es bilateral.

La ruptura es una complicación que hay que tomar en cuenta. Esta ruptura ocurre con más frecuencia en el lado izquierdo que en el derecho, probablemente porque el absceso se rompe como consecuencia de la ingestión de un purgante o administración de un enema.

Clínica: Dolor muy intenso en abdomen inferior seguido de escalofríos. Vómitos poco frecuentes además de la sintomatología que ocurren en todos los casos de peritonitis de origen ginecológico, que hemos ya descrito en los cuadros anteriores.

Conducta a seguir en las peritonitis de origen ginecológico.

A. En la Salpingitis o Pelvi-peritonitis tratamiento médico.

1. Reposo en cama.
2. Hielo en hipogastrio.
3. Vacunas y antibióticos.

B. Ruptura de piosalpinx.

En las mujeres jóvenes
Salpingectomía y drenaje.

En las mujeres menopáusicas:

- a) Con buen estado general Histerectomía y drenaje a la Mickuliez.
 - b) En malas condiciones, salpingectomía o simple drenaje a la Mickuliez.
- C. Abscesos del Douglas.
Colpotomía posterior.
- D. Flegmón del ligamento ancho.
- a) Si está situado en la base, colpotomía posterior.
 - b) Si está situado en la parte alta, incisión supra-crural extra peritoneal.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—BROQ, P.—Traite des Urgences en Chirurgie. Toray Mason S. A. Vol. 2. 1956.
- 2.—CLAVEL, CH.—Strategie et tactique en chirurgie abdominale. D'Urgence Toray Ma-son S. A. 1955.
- 3.—DOMENECH, A.—Diagnóstico y terapéutica quirúrgica de urgencia. 2º E. Salvat 1951.
- 4.—MONDOR, H.—Diagnostic urgent Toray Mason 8º E. 1960.
- 5.—SPIVACK, J. L.—Cirugía de urgencia. Editorial Hispanoamericana. Vol. 1. 1948.

