

466

ΕΚ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΤΟΥ BEDFORD GENERAL HOSPITAL ΤΟΥ BEDFORD ΤΗΣ ΑΓΓΛΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΚ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΤΟΥ Α. ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΕΝ ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΑΙ J. HASSARD MD.F.R.C.O.G.
R. SAUNDRES MD.F.R.C.O.G.

Η ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ
ΟΤΑΝ ΕΧΗ ΠΡΟΗΓΗΘΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ
ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΕΚΤΟΜΙΑ
ΚΑΙ
ΔΙΑΤΡΗΣΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑΝ ΑΠΟΞΕΣΕΩΣ

ΥΠΟ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΥ
ΕΙΔΙΚΟΥ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΥ
ΜΑΙΕΥΤΗΡΟΣ

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΑ

ΚΥΠΡΟΣ 1983

Αρ. Εισαγωγής: 87/330

ΕΚ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΤΟΥ BEDFORD GENERAL HOSPITAL ΤΟΥ BEDFORD ΤΗΣ ΑΓΓΛΙΑΣ
ΚΑΙ ΕΚ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΤΟΥ Α. ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΕΝ ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΑΙ J. HASSARD MD.F.R.C.O.G.
R. SAUNDRES MD.F.R.C.O.G.



Η ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ
ΟΤΑΝ ΕΧΗ ΠΡΟΗΓΗΘΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ
ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΕΚΤΟΜΙΑ
ΚΑΙ
ΔΙΑΤΡΗΣΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑΝ ΑΠΟΞΕΣΕΩΣ

ΥΠΟ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΥ
ΕΙΔΙΚΟΥ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΥ
ΜΑΙΕΥΤΗΡΟΣ

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΑ

ΚΥΠΡΟΣ 1983

Ἡ ἔγκριστις διδακτορικῆς διατριβῆς ὑπὸ τῆς Ἱατρικῆς Σχολῆς Πανεπιστημίου
Ἀθηνῶν δέν ὑποδηλοῖ ἀποδοχὴν τῶν γνώμων τοῦ συγγραφέως.
(Ὁργανισμός Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν, ἄρθρο 202 § 2, τοῦ Νόμου 5343)

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟΝ ΣΗΜΕΙΩΜΑ 12

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Έτος γεννήσεως: 1932
2. Τόπος γεννήσεως: Δοδόμα Ταγκανίκας 'Αφρικής
3. Γονείς: Έλληνες Κύπριοι
4. Οικογένεια: Έγγαμος, πατήρ δύο τέκνων

B. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΕΙΡΑ

1. Πτυχίον 'Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου 'Αθηνών, 'Απρίλιος 1964, 'Αριθμός Πτυχίου 1710.
2. 'Υπηρεσία εις τό Μαιευτικόν καί Γυναικολογικόν Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας Κύπρου, 1964 - 1967.
3. Μετεκπαίδευσις εις τήν Μαιευτικήν καί Γυναικολογίαν εις τήν 'Αγγλίαν 1967 - 1969.
4. Είδικότης εις τήν Μαιευτικήν καί Γυναικολογίαν υπό του 'Υπουργείου Κοινωνικών 'Υπηρεσιών 'Ελλάδος, 'Αριθμός Γ7/5906/21/8/70.
5. 'Από του 1970 ίδρυσε καί διατηρεῖ ιδιωτικήν Μαιευτικήν καί Γυναικολογικήν κλινικήν εις Λευκωσίαν Κύπρου.

Γ. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΙΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑ, ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

Εις τό Β' Πανελλήνιον συνέδριον τῆς Μαιευτικῆς Γυναικολογίας.

- α) 'Αντιμυκητόγραμμα γιά τόν καθορισμό τῶν καταλλήλων φαρμάκων γιά τήν θεραπεία τῆς κολπικῆς μυκητιάσεως.
- β) 'Η πείρα μας στή θεραπεία τῆς γυναικείας στειρότητας λόγω ὑπερπρολακτιναιμίας.
- γ) Δημογραφικές ἐπιπτώσεις ὅσον ἀφορᾷ τίς γεννήσεις καί τόν πληθυσμό μετά τήν Τουρκική ἐισβολή στήν Κύπρο.
- δ) Χορήγηση μεγάλων δόσεων ὠκυτοκίνης γιά τήν πρόκληση τεχνητῶν ὠδίνων.

Λευκωσία 3/3/1979.

Δημήτριος Γεωργίου

Αφιερώνω τούτη τη διατριβή σ' εκείνους
που έδωσαν τη ζωή τους για τη λευτεριά,
την εθνική ανεξαρτησία, τη δημοκρατία
και την κοινωνική δικαιοσύνη.

Σ' εκείνους που αγωνίζονται
για την εθνική επιβίωση
του Κυπριακού Ελληνισμού.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	7
ΓΕΝΙΚΟΝ ΜΕΡΟΣ	8
Έποώλωσης τοῦ τραύματος τῆς μήτρας	12
Οὐλαί τῆς μήτρας	15
Οὐλαί ἐκ διατρήσεως τῆς μήτρας	15
Οὐλαί ἐκ συντηρητικῆς ἰνομυωματοεκτομίας	15
Μικρά καισαρική τομή	16
Κλασσική καισαρική τομή	17
Χαμηλή κάθετη καισαρική τομή	18
Χαμηλή ἐγκάρσια καισαρική τομή	19
Παρακολούθησις τῆς ἐγκύου καί ἐκτίμησις τῆς ἀνθεκτικότητος τῆς οὐλῆς	22
Τεχνητή πρόκλησις τοκετοῦ	31
Έπιπλοκαί ἐκ τῆς ἐγκυμοσύνης καί τοῦ τοκετοῦ τῶν περιπτώσεων μέ οὐλήν ἐπί τῆς μήτρας	38
Διάγνωσις ρήξεως οὐλῆς	40
Θεραπεία ραγίσματος οὐλῆς	41
ΕΙΔΙΚΟΝ ΜΕΡΟΣ	43
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΙΣ	60
ΠΕΡΙΛΗΨΙΣ	65
SUMMARY	66
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	67

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κατά τὰ τελευταῖα ἔτη ηὐξημένος παρουσιάζεται ὁ ἀριθμός γυναικῶν, αἱ ὁποῖαι φέρουν οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας προελθοῦσαν εἴτε ἀπὸ καισαρικήν τομήν, εἴτε ἀπὸ ὑστεροτομήν, εἴτε λόγῳ διατρήσεως κατὰ τὴν διάρκειαν ἀποξέσεως, εἴτε ἐκ συντηρητικῆς ἰνομυωματεκτομίας.

Ἡ ὑπαρξὶς τῆς οὐλῆς προβληματίζει συχνά τὸν μαιευτῆρα ὡς πρὸς τὸν τρόπον χειρισμοῦ τῆς ἐγκυμοσύνης καὶ τοῦ τοκετοῦ.

Εἰς τὴν παροῦσαν μελέτην ἐξετάζεται ὁ τρόπος χειρισμοῦ τῆς ἐγκυμοσύνης καὶ τοῦ τοκετοῦ, αἱ πιθαναὶ ἐπιπτώσεις καὶ ἐπιπλοκαὶ λόγῳ ὑπάρξεως μιᾶς ἢ περισσοτέρων οὐλῶν ἐπὶ τῆς μήτρας, ὡς καὶ οἱ τρόποι ἀντιμετωπίσεώς τους.

ΓΕΝΙΚΟΝ ΜΕΡΟΣ

Ἀρκούντως μέγαλον εἶναι σήμερον τό ποσοστόν τῶν γυναικῶν εἰς τήν ἀναπαραγωγικήν ἡλικίαν, αἱ ὁποῖαι ἔχουν οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας προελθοῦσαν εἴτε ἐκ προηγουμένης καισαρικής τομῆς εἴτε ἄλλως πως. Κατά τό 1958 εἰς τάς ὑπὸ τήν διεύθυνσιν τοῦ καθηγητοῦ Νικολάου Λούρου κλινικάς τό ποσοστόν τοῦτο προσήγγιζε τό 1% (44) ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν τοκετῶν, ἐνῶ εἰς τά πρό τοῦ 1958 ἔτη ἦτο 0,5% (Λοῦρος - Γάβαρης - Μπάρος) (45) - (46).

Ἡ παρατηρουμένη αὐξησης εἶναι ἀκόμη μεγαλυτέρα εἰς ξένας στατιστικάς. Ἀπό ἔρευναν διεξαχθεῖσαν εἰς 19 Πανεπιστημιακά κέντρα τῆς Ἀγγλίας διά τήν περίοδον 1949 -1964 εὐρέθη ὅτι ἐπὶ συνόλου 118.910 τοκετῶν εἶχον οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας 3.429 ἢ ποσοστόν 2.9%. Τά ἀποτελέσματα τῆς ἐρέυνης ταύτης παραθέτει ὁ Sir John Peel (63) ἀπό τήν ἐργασίαν τοῦ ὁποῖου προέρχεται ὁ κατωτέρω πίναξ:

Πίναξ 1: Τοκετοί μετά ἀπό προηγούμενην καισαρικήν τομήν

ΕΤΟΣ	1949	1954	1959	1964
Σύνολον τοκετῶν	19.134	28.814	31.132	40.225
Τοκετοί μετά ἀπό καισαρικήν τομήν	470	681	638	1.440
Ποσοστόν %	2.46%	2.36%	2.69%	3.58%

Ἐκ τοῦ πίνακος τούτου φαίνεται ἡ τάσις πρὸς συνεχῇ αὐξησην τοῦ ποσοστοῦ τῶν ἐπιτόκων μέ οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας. Ἡ τάσις αὕτη διαπιστοῦται καί ὑπό τοῦ James A. McGarry (47), ἡ ἔρευνα τοῦ ὁποῖου εἰς 10.000 τοκετούς ἀπό τοῦ 1964 μέχρι τοῦ 1968 ἐπαρουσίασε 415 ἐπιτόκους μέ οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας, ἥτοι ποσοστόν 4.15%.

Πρό τοῦ πρώτου Παγκοσμίου πολέμου ἡ καισαρική τομή ἐπεχειρεῖτο μόνον εἰς εἰδικάς περιπτώσεις ἀπολύτου δυσαναλογίας, καί αὐτό προτοῦ ἀρχίσῃ ὁ τοκετός ἢ τό πολὺ εἰς τά ἀρχικά στάδια τοῦ τοκετοῦ καί προτοῦ λάβῃ χώραν ἡ ρῆξις τοῦ θυλακίου. Σήμερον εἶναι σχετικῶς μεγάλη ἡ εὐκολία μέ τήν ὁποίαν οἱ μαιευτῆρες ἀναλαμβάνουν μίαν καισαρικήν τομήν μέ ἐνδείξεις πολὺ πλεον ἐλαστικός ἢ ὥς εἰς τό παρελθόν. Τοιαῦται ἐνδείξεις εἶναι, ἐπὶ παραδείγματι, ἡ ἀνωμαλία τῶν καρδιακῶν παλμῶν τοῦ ἐμβρύου, παρατεινόμενος τοκετός κ.λ.π.

Ἡ προθυμία ὀφείλεται εἰς τό γεγονός ὅτι ἡ ἀσφάλεια τήν ὁποίαν παρέχει ἡ καισαρική τομή σήμερον εἶναι ὑψηλή μέ ἐλάχιστον ποσοστόν μητρικῆς καί περιγεννητικῆς θνησιμότητος. Ἀντιθέτως κατά τά πρῶτα ἔτη τοῦ αἰῶνος μας, ἡ μητρική θνησιμότης μετά ἀπό καισαρικήν τομήν ἀνῆρχετο εἰς 25% ἢ καί ὑψηλότερον, ἐάν εἶχε προηγηθῇ ρῆξις τοῦ θυλακίου, κολπικαί ἐξετάσεις καί μακρός τοκετός (6). Μετά τό 1909 ἡ θνησιμότης κατῆλθεν εἰς τό 4% (4). Ἐτι περαιτέρω κατῆλθεν εἰς τήν περίοδον μεταξύ τῶν δύο Παγκοσμίων πολέμων. Τώρα ἡ καισαρική τομή, εἶναι μία ἀσφαλὴς ἐγχείρησις μέ ἐλάχιστον ποσοστόν θνησιμότητος, περίξ τοῦ 0.5% (63). (Πίναξ 2).

Πίναξ 2: Μητρική θνησιμότητα κατά τά έτη 1949 - 1964 εις 19 Πανεπιστημιακά κέντρα της Άγγλίας

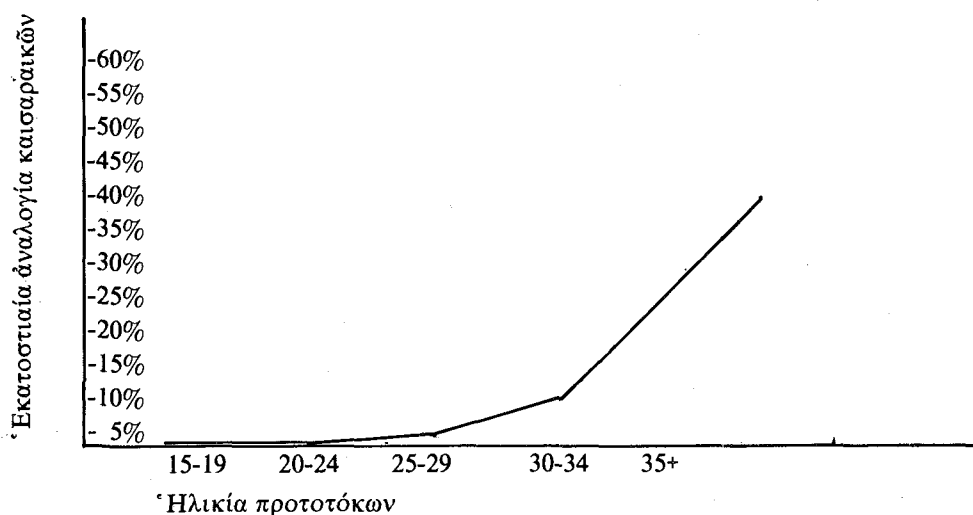
Μητρική θνησιμότητα μετά από όλους τούς τοκετούς (63)			
1949	1954	1959	1964
1.7%ο	1.1%ο	0.64%ο	0.54%ο
Μητρική θνησιμότητα μετά από καισαρικήν τομήν			
1949	1954	1959	1964
5.7%ο	3.9%ο	1.4%ο	1.7%ο
Μητρική θνησιμότητα όπου ή καισαρική τομή ήτο ο κυρίως υπεύθυνος παράγων.			
1949	1954	1959	1964
3.2%ο	2.3%ο	0.68%ο	0.58%ο

Οί λόγοι της ύψηλης ασφαλείας της καισαρικής σήμερον είναι ή ανακάλυψις των αντιβιοτικών, ή βελτιωμένη καί ασφαλής αναισθησιολογία, ή εύχερης εξασφάλισις αίματος έκ των τραπεζών αίματος, ή διάδοσις της τεχνικής της διαπεριτοναϊκής έγκαρσίας τραχηλικής καισαρικής τομής, ή καλύτερα εφαρμογή της άσηψίας καί άντισηψίας.

Άλλος παράγων, ό όποιος παίζει ρόλον εις την αύξησιν του ποσοστου των καισαρικών τομών καί κατ' άκολουθίαν καί εις την αύξησιν του άριθμου των έγκύων μέ ούλήν επί της μήτρας, είναι ή παρατηρουμένη σήμερον τάσις των γυναικών νά υπανδρεύονται εις σχετικώς μεγάλην ήλικίαν. Εις τόν κατωτέρω πίνακα (48) έμφαίνεται ή σχέσις της ήλικίας της πρωτοτόκου γυναικός προς τό ποσοστόν των καισαρικών τομών.

Πίναξ 3:

**Σχέσις ήλικίας πρωτοτόκου
προς την έκατοστιαίαν άναλογίαν καισαρικών τομών (48)**



Ἐξ ἄλλου ἡ δυνατότης ἡ ὁποία ὑπάρχει σήμερον διὰ καλυτέραν παρακολούθησιν τῆς καταστάσεως τοῦ ἐμβρύου κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ τείνει νά μειώσῃ τὸν ἀριθμὸν τῶν καισαρικῶν· οὕτω ἡ ἐμφάνισις ἀνωμαλίας τῶν καρδιακῶν παλμῶν τοῦ ἐμβρύου ἢ ἐμφάνισις ἀνωμαλίας μηχανίου δέν ὁδηγεῖ σήμερον κατ' ἀνάγκην εἰς καισαρικήν τομήν, ἀφοῦ διὰ τῆς ἀναλύσεως τοῦ Ph καὶ τοῦ PCO₂ τοῦ αἵματος, τὸ ὁποῖον λαμβάνεται ἐκ τοῦ δέρματος τῆς κεφαλῆς τοῦ ἐμβρύου (foetal scalp blood analysis), ἡμπορεῖ νά διαπιστωθῇ κατὰ πόσον αἱ ὡς ἄνω ἀνωμαλίας θέτουν πράγματι εἰς κίνδυνον τὴν ζωὴν τοῦ ἐμβρύου ἢ δύναται νά ἐπιτραπῇ ἡ συνέχισις τοῦ τοκετοῦ, ἐάν αἱ ἐνδείξεις τοῦ Ph καὶ τοῦ PCO₂ εἶναι φυσιολογικαί. (66) (75)

Συχνὰ ἡ παρουσία περιπτώσεων γυναικῶν μέ οὐλὴν ἐπὶ τῆς μήτρας προβληματίζει τὸν μαιευτῆρα καὶ συχνὰ εἶναι ἄρκετὰ δύσκολος ἡ ἀπόφασις διὰ τὴν τακτικήν, ἡ ὁποία θά πρέπει νά ἀκολουθηθῇ ἐν σχέσει πρὸς τὸν τρόπον ἀντιμετωπίσεως τῆς ἐγκυμοσύνης καὶ τοῦ τοκετοῦ.

Κατωτέρω θά προσπαθήσωμεν νά παρουσιάσωμεν τὰς ἐπικρατούσας τάσεις ὡς πρὸς τὴν ἀντιμετώπισιν τῶν περιπτώσεων μέ οὐλὴν τῆς μήτρας, εἰς τὰ διάφορα κέντρα τοῦ ἐξωτερικοῦ, ἰδίως εἰς τὴν Ἀγγλίαν, ὡς καὶ εἰς τὴν Ἑλλάδα καὶ τὴν Κύπρον, μέ μίαν προσπάθειαν ἀξιολογήσεως τῶν τάσεων τούτων καὶ ἐντοπισμοῦ τῶν καταλληλοτέρων τρόπων ἀγωγῆς τῶν ἐν λόγῳ περιπτώσεων.

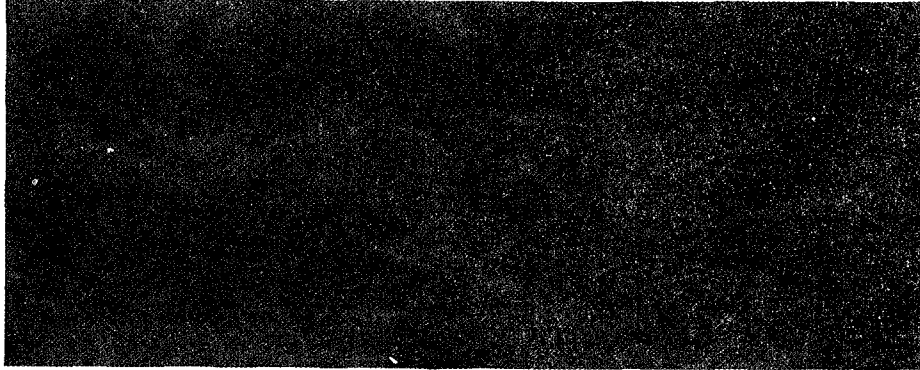
Εἰς τὴν παροῦσαν ἐργασίαν ἐξετάζονται περιπτώσεις ἀφορῶσαι εἰς:

- α. Οὐλὰς ἐκ διατρήσεως ἢ τραυματισμοῦ τῆς μήτρας κατὰ τὴν διάρκειαν ἀποξέσεως,
- β. Οὐλὰς ἐκ συντηρητικῆς ἰνομυωματεκτομίας,
- γ. Οὐλὰς ἐκ κλασσικῆς τομῆς,
- δ. Οὐλὰς ἐκ κοιλιακῆς διαπεριτοναϊκῆς καθέτου χαμηλῆς καισαρικῆς τομῆς,
- ε. Οὐλὰς ἐκ μικρᾶς καισαρικῆς τομῆς,
- στ. Οὐλὰς ἐκ χαμηλῆς ἐγκάρσιας καισαρικῆς τομῆς.

Προτοῦ, ἐν τούτοις, προχωρήσωμεν εἰς τὴν παρουσίαν καὶ ἀξιολόγησιν τῶν τάσεων ὡς πρὸς τὴν ἀγωγὴν τῶν περιπτώσεων τούτων, σκόπιμον θεωροῦμεν γενικὴν ἀναφοράν εἰς τὸν τρόπον ἐπουλώσεως τοῦ τραύματος τῆς μήτρας.

ΕΠΟΥΛΩΣΙΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ἡ ἐπούλωσις τοῦ τραύματος τῆς μήτρας γίνεται κατὰ διάφορον τρόπον ἀπὸ τὴν ἐπούλωσιν τραύματος τοῦ δέρματος. Εἰς τὸ δέρμα ἡ ἐπούλωσις γίνεται διὰ τοῦ σχηματισμοῦ οὐλῆς ἐκ συνδετικοῦ ἱστοῦ, ὁ ὁποῖος ἐνώνει τοὺς κρημνοὺς τοῦ τραύματος. Εἰς τὴν περίπτωσιν τῆς μήτρας ὑπὸ καλᾶς συνθήκας ἐπουλώσεως, λαμβάνει χώραν ἀναγέννησις τῶν μυϊκῶν ἰνῶν. Ἡ ἀναγέννησις αὕτη τοῦ μυομητρίου γίνεται ἄνευ τοῦ σχηματισμοῦ ἐμφανοῦς οὐλῆς ἐκ συνδετικοῦ ἱστοῦ (12). Εἰκὼν 1.



Εἰκὼν 1.

**Ἀναγέννησις τοῦ μυομητρίου ἄνευ σχηματισμοῦ ἐμφανοῦς οὐλῆς.
(Ἡμέτερον παρασκεύασμα).**

Εὐνοϊκαὶ συνθῆκαι διὰ τὴν ἐπούλωσιν τοῦ τραύματος τῆς μήτρας εἶναι ἡ καλὴ ἐπαφὴ τῶν κρημνῶν τοῦ τραύματος, ἡ κατὰ στοιβάδας ραφὴ τοῦ τραύματος, ἡ καλὴ αἰμόστασις, ἡ ἀποφυγὴ τῆς ἐφαρμογῆς πολὺ σφικτῶν καὶ κοντινῶν ραμμάτων, ἡ ἐξασφάλισις συνθηκῶν ἀσηψίας, καὶ ἰδιαιτέρως ἡ ἀκίνησις τοῦ τραύματος, ὅπως συμβαίνει εἰς τὴν διαπεριτοναϊκὴν ἐγκαρσίαν τραχηλικὴν καίσαρικήν τομήν, ὅπου τὸ κατώτερον τμήμα τῆς μήτρας εὐρίσκεται εἰς σχετικὴν ἀκίνησιν κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς λοχείας (20) - (12).

Εἶναι γνωστὸν ὅτι ἡ ἔλλειψις ἀκινήσεως τῶν ὑπὸ ἐπούλωσιν ἱστῶν εἶναι δυσμενὴς παράγων διὰ τὴν ἐπούλωσιν τῶν τραυμάτων (20) (Donald, σελ. 782). Εἰς τὴν μήτραν λαμβάνουν χώραν κανονικαὶ συστολαὶ καθὼς καὶ παλινδρόμησις κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς λοχείας (N. Λοῦρος, (44) σελ. 639). Κατὰ τὸν Donald (20) (σελ. 782) αἱ κινήσεις αὐταὶ τὰς ὁποίας ἡ λεχὼ αἰσθάνεται ὡς «ὕστερόπονους» (after pains) κατὰ τὰς πρώτας ἡμέρας μετὰ τὸν τοκετὸν ἐντοπίζονται εἰς τὸ ἀνώτερον τμήμα τῆς μήτρας, ἐνῶ τὸ κατώτερον τμήμα παραμένει ἀκίνητον. Ἡ κινητοποίησις ἔχει ὡς ἀποτέλεσμα τὴν δημιουργίαν μιᾶς ἀσθενοῦς οὐλῆς εἰς τὰς περιπτώσεις τῆς κλασσικῆς καὶ τῆς χαμηλῆς καθέτου τομῆς. Εἰκὼν 2.

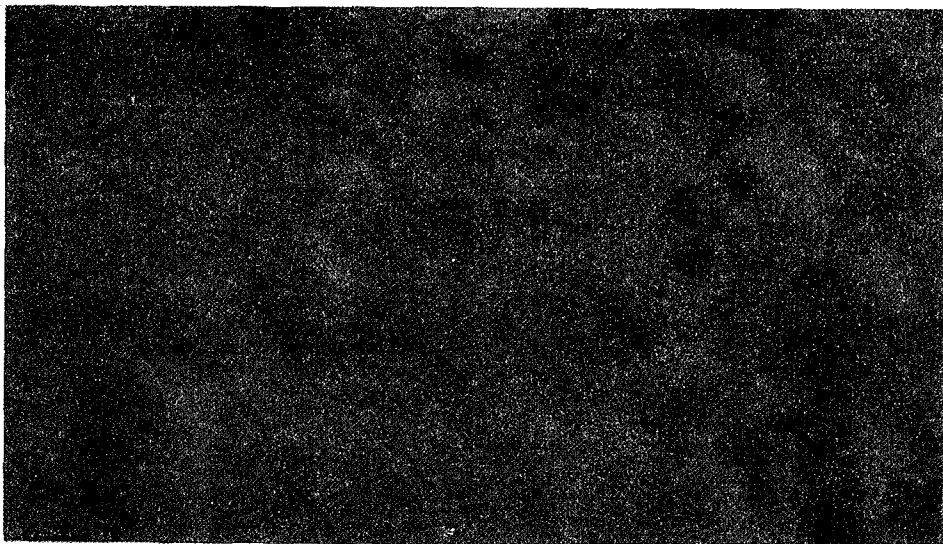
Ὑπὸ δυσμενεῖς ἀντιθέτως συνθήκας, ἡ ἐπούλωσις λαμβάνει χώραν διὰ συνενώσεως τῶν κρημνῶν τοῦ τραύματος μέ συνδετικόν ἱστὸν, μέ ἀποτέλεσμα τὴν δημιουργίαν μιᾶς ἀσθενοῦς καὶ εὐενδότου περιοχῆς ἐπὶ τῆς μήτρας, μέ πιθανότητα ρήξεως εἰς ἐπομένην ἐγκυμοσύνην ἢ κατὰ τὸν τοκετὸν. Ὑπὸ τοιαύτας συνθήκας, ἡ συνένωσις τῶν κρημνῶν τοῦ τραύματος ἢ μπορεῖ νὰ γίνῃ εἴτε διὰ μιᾶς πλατείας στοιβάδος ἐκ συνδετικοῦ ἱστοῦ

μόνον είτε, εκ συνδετικού ιστού με κατά τόπους αναγεννησθείσας μυϊκές ίνες. 'Ενίοτε ή επούλωσις είναι δυνατόν νά γίνη τόσον πλημμελώς, ώστε ή ούλή νά αποτελείται από μίαν λεπτήν στοιβάδα συνδετικού ιστού, ή όποία νά καλύπτεται μόνον από τόν περιτόναιον, μέ δλέθρια άσφαλώς άποτελέσματα εις τήν επομένην έγκυμοσύνην.

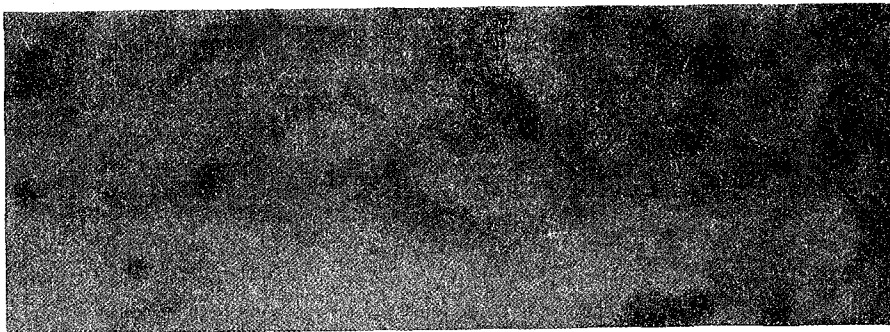
Αί δυσμενείς συνθήκαι διά τήν επούλωσιν του τραύματος είναι τοπικάί και γενικάί. (30) (71).

Τοπικάί είναι: λοίμωξις του τραύματος, άτελής αίμόστασις (71) όπου ο σχηματισμός θρόμβων άπομακρύνει τούς δύο κρημνούς του τραύματος, ισχαιμία είτε εκ τής άπολυνώσεως μεγάλων άγγείων τής περιοχής είτε εκ τής έφαρμογής σφικτών και κοντινών ραφών (71).

Γενικοί παράγοντες διά τόν σχηματισμόν μιās άσθενούς ούλης είναι ή υποπρωτεϊναιμία (10) και τό τοπικόν οίδημα. (30) — (71). 'Η υποπρωτεϊναιμία ή όποία δυνατόν νά παρατηρηθῇ εις χρονίως Υοσητηζόμενα άτομα, δρᾷ δυσμενῶς εις τήν επούλωσιν του τραύματος, λόγω του τοπικού οιδήματος. Τό ύψηλόν ποσοστόν ρήξεως τής μήτρας, τό όπιον παρατηρεῖται εις ύποαναπτύκτους χώρας, είναι πιθανόν νά σχετίζεται μέ την υποπρωτεϊναιμίαν, ή όποία ένδημει εις τās χώρας αὐτάς. Οίδημα παρατηρεῖται επίσης και εις τās περιπτώσεις τής προεκλαμψίας και εξ αίτίας τούτου είναι πιθανόν νά σχηματίζεται μία άσθενής και ευένδοτος ούλή. Εικών 3.

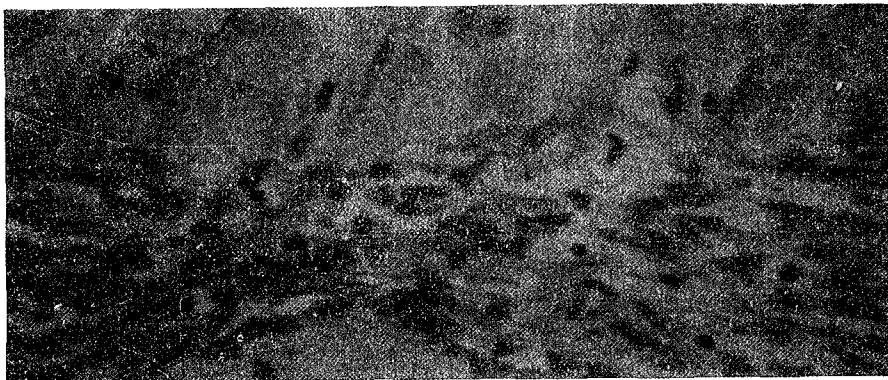


Εικών 2: 'Η συνένωσις του τραύματος κλασσικῆς τομῆς διά του σχηματισμοῦ πλατείας στιβάδος συνδετικού ιστού. (περίπτωσης αρ. 5 σελ. 61). 'Ημέτερον παρασκεύασμα.



Εικών 3:

Εἰς τήν εἰκόνα αὐτήν εἶναι ἐμφανές τό οἶδημα ἐπί τοῦ μυομητρίου λόγῳ προεκλαμψίας.
Ἡμέτερον παρασκεύασμα.



Εικών 4:

Προκεχωρημένη φάσις ἐπούλωσης.



Εικών 5:

Τμήμα οὐλῆς ἐκ προηγουμένης καισαρικής τομῆς ὅπου ἡ παρουσία ἀφθόνου συνδετικοῦ
ἵστοῦ μαρτυρεῖ τήν μειονεκτικήν ἐπούλωσιν.
(ἡμέτερον παρασκεύασμα)

ΟΥΛΑΙ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ουλαί εκ διατήρησης ή τραυματισμού της μήτρας κατά την διάρκεια αποξέσεως

‘Η διαστολή και απόξεις είναι από τās πλέον συχνάς επεμβάσεις της γυναικολογίας.

Είς αρκετάς χώρας ή διακοπή της έγκυμοσύνης έχει νομιμοποιηθή, ως π.χ. εις ‘Αγγλίαν, Τσεχοσλοβακίαν και έσχατως εις Κύπρον, ενώ εις άλλας, ως τήν ‘Ελλάδα, δέν επιτρέπεται υπό του νόμου διακοπή της έγκυμοσύνης άνευ ισχυράς ιατρικής ένδειξεως. Είναι γνωστόν, έν τούτοις, ότι εις άμφοτέρας τās περιπτώσεις διακοπαί της έγκυμοσύνης διενεργούνται εις εύρειαν κλίμακα τόσον υπό ειδικευμένων γυναικολόγων όσον και από μή ειδικευμένα άτομα. ‘Ο αριθμός τών διακοπών της έγκυμοσύνης δέν είναι δυνατόν να καθορισθή. Είς αρκετάς, έν τούτοις, χώρας είναι άσφαλώς μεγαλύτερος του άριθμού τών τοκετών.

Μία τών επιπλοκών της αποξέσεως διά διακοπήν της έγκυμοσύνης είναι ή διάτρησις της μήτρας πού δέν είναι σπάνιον συμβάν (Παναγιώτου σελ. 296 (61)).

‘Η διάτρησις συμβαίνει συνήθως εις τόν θόλον. ‘Ο Aquaro (1) αναφέρει ότι από 53 διατρήσεις τās όποιās έμελέτησε, αί 43 ήσαν εις τόν θόλον και 10 εις τό κατώτερον τμήμα της μήτρας. ‘Η ούλή ή όποία σχηματίζεται μετά από τήν διάτρησιν είναι πολύ άνθεκτική, ‘Ο Aquaro (1) από τά άνωτέρω περιστατικά παρηκολούθησε 64 έπομένας έγκυμοσύνας, αί όποιαι ούδεμίαν επιπλοκήν ένεφάνισαν λόγω της ούλης, εκτός ενός σχετικώς ύψηλου ποσοστού αποβολών (25 από τās 64 έγκυμοσύνας) (1).

‘Η άκολουθητέα άγωγή είναι ή ίδια μέ τήν άκολουθουμένην εις τήν χαμηλήν έγκαρσίαν καισαρικήν τομήν, μέ λήψιν επιπροσθέτων μέτρων κατά τούς πρώτους μήνας της έγκυμοσύνης, ως ή άποφυγή κοπιαστικής έργασίας, άνάπαυσις και λήψις φαρμάκων διά τήν άποφυγήν της άποβολής.

Ουλαί εκ της συντηρητικής ίνωμωματαεκτομίας

Αί ουλαί αί σχηματιζόμεναι επί της μήτρας λόγω συντηρητικής ίνωμωματαεκτομίας χαρακτηρίζονται από τήν στερεότητα και από τό γεγονός ότι σπανιώτατα ρήγνυνται. Συγγραφείς ως ό Donald (20) ύποστηρίζουν ότι δέν συνήντησαν ρήξιν ούλης προελθούσης από ίνωμωματαεκτομίαν. Μέχρι του 1966 εις τήν διεθνή βιβλιογραφίαν είχαν περιγραφή 47 μόνον περιστατικά ρήξεως ούλης έξ ίνωμωματαεκτομίας (62).

‘Η έπούλωσις του τραύματος εκ συντηρητικής ίνωμωματαεκτομίας γίνεται υπό πολύ καλυτέρας συνθήκας παρά εις τήν καισαρικήν τομήν. ‘Η διαφορά έδω είναι ότι δέν γίνονται ρυθμικαί συστολαί της μήτρας, αί όποιαι συμβαίνουν εις τήν λοχείαν, τό τραύμα εύρίσκεται επί άδρανους πεδίου και ή έπούλωσις γίνεται πολύ καλύτερα (Donald) (20). ‘Εξ άλλου εις τήν ίνωμωματαεκτομήν δέν γίνεται συνήθως διάνοιξις της ένδομητρικής κοιλότητας και ως εκ τούτου ή ούλή είναι στερεά (Donald) (20). ‘Η τελευταία αύτη αίτιολογία της στερεότητος ήμφισβητήθη υπό άλλων (Allan B Weigold) (87), οί όποιοι παρουσίασαν δύο περιπτώσεις ρήξεως ούλης προελθούσης από έγχείρησιν άνευ διανοίξεως του ένδομητρίου, και οί όποιοι ύποστηρίζουν ότι οί παράγοντες έχοντες σχέσιν μέ τό μυομήτριον καθορίζουν τήν άνθεκτικότητα της ούλης και όχι ή λεπτή στοιβάς του ένδομητρίου, τό όποιον παραμένει άνέπαφον. Πιθανόν ό σχηματισμός θρόμβων μεταξύ τών στοιβάδων του τραύματος νά άδυνατίζη τήν ούλήν.

Ἡ στερεότης καὶ ἀνθεκτικότης τῆς ἐν λόγῳ οὐλῆς ἐπιτρέπει νὰ προγραμματίσωμεν τοκετόν διὰ τῆς κοιλικῆς ὁδοῦ, εἰς τὴν περίπτωσιν κατὰ τὴν ὁποίαν προηγήθη συντηρητική ἰνομυωματοεκτομία. Βεβαίως θὰ πρέπη ὁ τοκετός νὰ λαμβάνη χώραν εἰς ὁργανωμένον κέντρο, ὅπου νὰ εἶναι δυνατόν νὰ ἀναληφθῇ πάραυτα λαπαροτομία καὶ καισαρική τομή, ἐάν ὑπάρξῃ παρατεταμένος τοκετός ἢ ἐάν ἐμφανισθοῦν συμπτώματα ρήξεως τῆς μήτρας. Ἐνδείκνυται νὰ ὑπάρχῃ διαθέσιμον αἷμα διὰ μετάγγισιν εἰς περίπτωσιν ρήξεως.

Μετά τὸν τοκετόν ἐπιβάλλεται νὰ γίνῃ ἐπισκόπησις τῆς ἀκεραιότητος τῆς μήτρας διὰ τῆς εἰσαγωγῆς τῆς χειρός ὑπὸ συνθήκας ἀσφαλοῦς ἀσηψίας καὶ ἀντισηψίας, εἰς τὴν ἐνδομητρικὴν κοιλότητα.

Ἐάν χρειασθῇ νὰ γίνῃ πρόκλησις τεχνητῶν ὠδίνων ἢ τακτική θὰ εἶναι ὅπως εἰς τὴν χαμηλὴν ἐγκαρσίαν καισαρικήν τομήν.

Μικρά Καισαρική Τομή

Οὐλαὶ προερχόμεναι ἀπὸ μικράν καισαρικήν τομήν διακρίνονται εἰς:

- α) μέσας καθέτους ἐπὶ τοῦ σώματος τῆς μήτρας,
- β) χαμηλὰς καθέτους, καὶ
- γ) χαμηλὰς ἐγκαρσίας.

Ἡ ἀσφάλεια τῆς οὐλῆς ἐκ μικρᾶς καισαρικῆς εἶναι θέμα ἀμφισβητήσεως.

Οὕτω ὁ B. S. Nottage (59) ὁ ὁποῖος ἐμελέτησε 30 τοκετούς μέ οὐλὴν ἐκ μικρᾶς καισαρικῆς, δέν εὔρε ἐνδείξιν ἀδυναμίας τῶν οὐλῶν τούτων. Ὅμως ὁ Nottage δέν φαίνεται νὰ στηρίξῃ τὴν γνώμην του εἰς τὴν μελέτην ὑστερογραφιῶν ἀλλὰ εἰς τὸ γεγονός ὅτι δέν συνέβησαν ρήξεις.

Ἀντιθέτως ὁ A. J. Russel (70) ἔχει διαφορετικὴν γνώμην, τὴν ὁποίαν στηρίζει εἰς τὴν μελέτην τῶν οὐλῶν δι' ὑστερογραφιῶν. Οὕτω ποσοστόν 20% ἐφάνη ἐκ τῶν ὑστερογραφιῶν νὰ ἔχουν εἰς τὸ σημεῖον τῆς οὐλῆς κοιλότητα βάθους ἄνω τῶν 4 χιλιοστῶν.

Ὅλαι αἱ τελευταῖαι αὐταὶ περιπτώσεις εἶχον οὐλὴν προερχομένην ἀπὸ τομήν μέσῃν κάθετον ἐπὶ τοῦ σώματος τῆς μήτρας.

Οὕτω ἡ χαμηλὴ ἐγκάρσια τομή εἰς τὴν μικράν καισαρικήν ἔχει ὅλα τα πλεονεκτήματα, τὰ ὁποῖα ἔχει ἡ ἰδίᾳ τομή εἰς τὴν καισαρικήν (70).

Κατὰ ταῦτα, ὁ χειρισμός τοῦ τοκετοῦ θὰ ἐξαρτηθῇ ἀπὸ τὴν μορφή τῆς μικρᾶς καισαρικῆς, τὴν μετεγχειριστικὴν πορείαν καὶ τὰ ἀποτελέσματα τῶν τυχῶν ὑπαρχουσῶν ὑστερογραφιῶν.

Μεγαλυτέρα ἐμπιστοσύνη δύναται νὰ δίδεται εἰς τὴν στερεότητα τῆς οὐλῆς ἐκ χαμηλῆς ἐγκαρσίας τομῆς καὶ ὀλιγωτέραν εἰς τὴν ἐκ καθέτου τομῆς ἐπὶ τοῦ σώματος τῆς μήτρας.

Μετά τὸ τέλος τοῦ τοκετοῦ, ἐνδείκνυται ὅπωςδὴποτὲ ἡ δακτυλικὴ ἐπισκόπησις διὰ τὴν διαπίστωσιν τῆς καταστάσεως τῆς οὐλῆς.

Κλασσική καισαρική τομή

Ἡ τομή αὐτή εἶναι ἡ πρώτη ἐφαρμοσθεῖσα. Διενεργεῖται καθέτως ἐπὶ τοῦ θόλου καὶ τοῦ προσθίου ἀνωτέρου τμήματος τῆς μήτρας. Παρουσιάζει τὸ πλεονέκτημα ὅτι εἶναι ἀπλουστερά καὶ τελειώνει ταχύτερον τῆς χαμηλῆς ἐγκαρσίας. Ὁ κίνδυνος ὅμως τῆς μολύνσεως καὶ τῆς περιτονίτιδος εἶναι μεγαλύτερος (B. Κουτήφαρης σελ. 370) (40α), λόγω τῆς παροχευέσεως φλεγμονωδῶν ὑγρῶν ἐκ τῆς τομῆς ἐξ αἰτίας τῆς χαλαρώσεως τῶν ραμάτων ἐκ τῶν ρυθμικῶν συστολῶν τῆς μήτρας.

Ἡ τομή αὐτή ἔχει ἐγκαταλειφθῆ σήμερον. Πολύ σπανίως διενεργεῖται ὑπὸ περιστασιακῶν μαιευτῶν.

Ἡ οὐλή, ἡ ὁποία σχηματίζεται ἀπὸ τὴν κλασσικὴν καισαρικὴν τομήν, εἶναι ἀσθενῆς καὶ εὐένδοτος, λόγω τοῦ ὅτι ἡ θέσις τῆς εὐρίσκεται εἰς κινητικότητα κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς λοχοῖας (12) (20).

Ἐτερον μειονέκτημα τῆς κλασσικῆς τομῆς εἶναι ὅτι ὑπάρχουν ἀρκεταὶ πιθανότητες νὰ ἀναπτυχθῇ ὁ πλακοῦς εἰς τὴν ἐπομένην ἐγκυμοσύνην ἐπὶ τῆς οὐλῆς. Γενικῶς δύναται νὰ λεχθῇ ὅτι αἱ πιθανότητες ἀναπτύξεως πλακοῦντος ἐπὶ τῆς οὐλῆς κλασσικῆς τομῆς εἶναι μέχρι 30% (6). Αἱ πιθανότητες αὐταὶ εἶναι μεγαλύτεραι εἰς τὴν κλασσικὴν τομήν παρὰ τὴν χαμηλὴν ἐγκαρσίαν (18) (20) (12). Εἰς τὴν περίπτωσιν ρήξεως πού ὁ πλακοῦς ἐπικάθεται ἐπὶ τῆς οὐλῆς τὰ ἀποτελέσματα εἶναι ὀλέθρια λόγω τῆς μεγάλης ἐσωτερικῆς αἱμορραγίας ἐκ τῆς ἀποκολλήσεως τοῦ πλακοῦντος (12).

Ὡς ἐκ τοῦ ὑψηλοῦ ποσοστοῦ ρήξεως εἰς περιπτώσεις ὑπάρξεως οὐλῆς ἐκ προηγουμένης κλασσικῆς καισαρικῆς τομῆς, ἡ ἀσφαλεστέρα ἀγωγή κατὰ τὴν ἐπομένην ἐγκυμοσύνην εἶναι ὁ προγραμματισμὸς καισαρικῆς τομῆς 15 ἡμέρας πρό τῆς ὑπολογιζομένης ἡμέρας τοῦ τοκετοῦ (63).

Ἐπειδὴ ἀρκεταὶ ρήξεις τῆς οὐλῆς ἐπισυμβαίνουν πρό τῆς 37ης ἐβδομάδος, ἀρκετοὶ συγγραφεῖς εἰσηγοῦνται τὴν εἰσαγωγήν τῆς ἐγκύου εἰς τὴν κλινικὴν τουλάχιστον τὴν 34ην ἐβδομάδα τῆς ἐγκυμοσύνης (43).

Εἰς περίπτωσιν ὅπου δι' οἰονδήποτε λόγον γυναῖκα μέ οὐλήν ἐκ προηγουμένης κλασσικῆς καισαρικῆς τομῆς ἐγέννησε διὰ τῆς κολπικῆς ὁδοῦ, ἐπιβάλλεται δακτυλικὴ ἐπισκόπησις τῆς ἀκεραιότητος τῆς μήτρας μετὰ τὸ πέρας τοῦ τοκετοῦ.

Ἐνας ἢ περισσότεροι τοκετοὶ διὰ τῆς κολπικῆς ὁδοῦ, παρὰ τὴν ὑπαρξιν οὐλῆς, δέν εἶναι ἐνδειξίς ἀσφαλείας. Ἀντιθέτως ὁ κίνδυνος νὰ ὑποχωρήσῃ ἡ οὐλή αὐξάνεται εἰς ἐκάστην ἐπομένην ἐγκυμοσύνην (43) (25).

Λόγω τοῦ ὑψηλοῦ ποσοστοῦ ρήξεως καὶ τῆς ὑψηλῆς θνησιμότητος ἐξ αὐτῆς, ἡ καλυτέρα ἀγωγή εἰς τὰς περιπτώσεις ἐγκύων μέ κλασσικὴν οὐλήν, εἶναι νὰ προγραμματισθῇ νέα τομή 15 ἡμέρας πρό τῆς καθορισθείσης ἡμέρας τοκετοῦ (43). Εἰς περίπτωσιν πού θὰ ὑπάρχῃ ἀμφιβολία διὰ τὴν ἀκρίβειαν τῆς ἀναμενομένης ἡμερομηνίας τοκετοῦ ἢ τὸ ἔμβρυον ἐμφανίζεται μικρόν, δυνάμεθα νὰ ἀναμένωμεν περισσότερον, ὑπὸ τὴν προϋπόθεσιν ὅτι ἡ ἐγκυὸς θὰ εὐρίσκεται εἰς τὸ Νοσοκομεῖον.

Ἐκ τῶν 25 ρήξεων τῆς μήτρας, τῶν ἀναφερομένων εἰς τὴν ἐργασίαν τῶν Λούρου, Γάβαρη, Μπάρου, ἡ ὀλικὴ μητρικὴ θνησιμότης ἀνέρχεται εἰς 8% καὶ ἡ ὀλικὴ ἐμβρυϊκὴ ἀπώλεια εἰς 56% (45) (46).

Κοιλιακή διαπεριτοναϊκή χαμηλή καισαρική τομή ή χαμηλή κάθετη τομή

Ἡ κοιλιακή διαπεριτοναϊκή χαμηλή καισαρική τομή ἔχει σήμερον σχεδόν πλήρως ἐκτοπίσει τὴν κλασσικὴν καισαρικὴν τομήν καθότι ἀποφεύγεται ἡ μεγάλη διάνοιξις τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος, ὅπως γίνεται εἰς τὴν κλασσικὴν καισαρικὴν τομήν, διὰ τὴν διάνοιγιν ὁ θόλος καὶ τὸ ἀνώτερον τμήμα τῆς προσθίας ἐπιφανείας τῆς μήτρας.

Ἡ τομή ἐξετελεῖτο ἀπὸ ἀρκετοῦς μαιευτῆρας εἰς τὴν Εὐρώπην καὶ τὴν Ἀμερικὴν κατὰ τὰς πρώτας δεκαετίας τοῦ παρόντος αἰῶνος (6). Εἰς τὴν Ἑλλάδα φαίνεται ὅτι εἶχε καθιερωθῇ ὡς τομή ἐκλογῆς μέχρι καὶ τοῦ 1963 (Λοῦρος) (44).

Ἡ τομή αὐτὴ (τεχνικὴ Ν. Λοῦρου) ἀρχίζει ἀπὸ τὴν κυστεομητρικὴν πτυχὴν καὶ ἐπεκτείνεται καθέτως πρὸς τὰ ἄνω εἰς μῆκος 12 — 14 ἑκατοστομέτρων, εἰς τὸ μέσον τῆς προσθίας ἐπιφανείας τῆς μήτρας. Κάθετος τομή δύναται νὰ γίνῃ εἰς τὸ κατώτερον τμήμα τῆς μήτρας, ἀφοῦ διανοίγῃ τὸ περιτόναιον κατὰ μῆκος τῆς κυστεομητρικῆς πτυχῆς. Ἐν συνεχείᾳ ἡ κυστεομητρικὴ πτυχὴ τοῦ περιτοναίου ἀποκολλᾶται πρὸς τὰ κάτω καὶ πρὸς τὰ ἄνω μέ τὸ δάκτυλον. Οὕτω ἀποκαλύπτεται τὸ κατώτερον τμήμα τῆς μήτρας καὶ μέρος τῆς ἐπιφανείας τοῦ τραχήλου τῆς μήτρας καὶ ἡ τομή διενεργεῖται καθέτως. (B. Κουτήφαρης σελ. 384) (40α).

Ἡ τομή αὐτὴ ἐφαρμόζεται μόνον εἰς ἀσήπτους περιπτώσεις καὶ ὅταν ὑπάρχῃ ἔνδειξις προδρομικοῦ πλακοῦντος, καθότι παρέχεται ἡ εὐκολία νὰ ἐπεκταθῇ ἡ τομή, πρᾶγμα ποῦ ἐνίστε εἶναι ἀναγκαῖον. (B. Κουτήφαρης σελ. 384) (40α).

Ἡ ὑπερκάλυψις τῆς τομῆς μετὰ τὴν κυστεομητρικὴν πτυχὴν ἐμποδίζει τὴν πιθανὴν διαφυγὴν λοχοίων καὶ τὸν κίνδυνον συμφύσεων τῆς τραυματικῆς ἐπιφανείας τῆς μήτρας μετὰ ἐντερικὰς ἑλικας καὶ τὴν δημιουργίαν μηχανικοῦ εἰλεοῦ.

Παρόλον ὅτι ἡ τομή αὐτὴ πλεονεκτεῖ ἔναντι τῆς κλασσικῆς καισαρικῆς τομῆς, ἐν τούτοις δὲν μπορεῖ νὰ συγκριθῇ μετὰ τὴν χαμηλὴν ἐγκαρσίαν τομήν, ὥς πρὸς τὴν ἀσφάλειαν, τὸσον κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς λοχείας ὅσον καὶ ἀργότερον (6).

Μειονέκτημα τῆς τομῆς ταύτης εἶναι ἡ σχετικῶς ἀνασφαλὴς οὐλὴ, ἡ ὁποία παρουσιάζει ὑψηλὸν ποσοστὸν ρήξεως εἰς ἐπομένην ἐγκυμοσύνην. Τὸ ποσοστὸν τοῦτο φθάνει τὸ 6%. (Λοῦρος (44) σελ. 878).

Ἡ μετεγχειρητικὴ νοσηρότης καὶ θνησιμότης εἶναι πολὺ ὀλιγωτέρα εἰς τὴν χαμηλὴν ἐγκαρσίαν καισαρικὴν ἐν συγκρίσει πρὸς τὴν χαμηλὴν κάθετον, καθότι ὁλόκληρος ἡ τομή εἰς τὴν χαμηλὴν ἐγκαρσίαν εὐρίσκεται εἰς ἀδρανὲς σημεῖον αἰ ραφαὶ χαλαρώνουν ὀλιγώτερον καὶ ἡ τομή ἐπικαλύπτεται ἀπὸ τὴν κυστεομητρικὴν πτυχὴν. Οὕτω παρεμποδίζεται ἡ παροχέτευσις τῶν τυχόν φλεγμονωδῶν ὑγρῶν τῆς μητρικῆς κοιλότητος πρὸς τὸν κοιλιακὸν χῶρον καὶ παρεμποδίζεται οὕτω ἡ ἀνάπτυξις περιτονίτιδος.

Ὁ σχηματισμὸς ἀσθενοῦς οὐλῆς ὀφείλεται καὶ ἐδῶ, ὥς καὶ εἰς τὴν κλασσικὴν τομήν, εἰς τὴν κινητικότητα τοῦ τραύματος κατὰ τὴν λοχείαν λόγῳ τῶν συστολῶν καὶ διαστολῶν καὶ τῆς παλινδρομήσεως τῆς μήτρας.

Πλεονέκτημα τῆς χαμηλῆς καθέτου τομῆς ἔναντι τῆς χαμηλῆς ἐγκαρσίας εἶναι ἡ σχετικὴ εὐκολία μετὰ τὴν ὁποίαν διενεργεῖται καὶ δὲν ἀπαιτεῖται μεγάλη πείρα ἐκ μέρους τοῦ χειρουργοῦ. Ἀποφεύγονται ἐπίσης μεγάλαι αἱμορραγίαι ἐξ ἐπεκτάσεως τῆς τομῆς εἰς τὰ πλάγια ὅπως συμβαίνει εἰς τὴν χαμηλὴν ἐγκαρσίαν.

Είς ύψηλόν ποσοστόν 30%, (6) παρουσιάζεται ή ανάπτυξις του πλακοῦντος επί τῆς οὐλῆς. Εἰς περίπτωσιν ρήξεως, εἶναι ἄθροα ή ἐνδοπεριτοναϊκή αἱμορραγία λόγω ἀποκολλήσεως τοῦ πλακοῦντος, μέ τραγικά καί ἐδῶ ἀποτελέσματα διά τήν ἐπίτοκον, ἐάν δέν ληφθοῦν δραστικά μέτρα. Ἐνας ή περισσότεροι τοκετοί διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ, παρά τήν ὑπαρξιν οὐλῆς, δέν εἶναι ἐνδειξις ἀσφαλείας. Ἀντιθέτως ὁ κίνδυνος νά ὑποχωρήσῃ ή οὐλή αὐξάνεται εἰς ἐκάστην ἐπομένην ἐγκυμοσύνην (43) (25).

Διά τούς ὡς ἄνω λόγους καί ή τομή αὐτή ἔχει κατά τό πλεῖστον ἐγκαταλειφθῇ καί ἐπιχειρεῖται μόνον ἀπό τούς περιστατικούς μαιευτήρας, ή μαιευτήρας πού ἐσυνήθισαν εἰς τήν τομήν αὐτήν ή εἰς μικρά κέντρα, ὅπου ή διάθεσις αἵματος εἶναι προβληματική.

Λόγω τοῦ ὑψηλοῦ ποσοστοῦ ρήξεως καί τῆς ὑψηλῆς θνησιμότητος ἐξ αὐτῆς, ή καλυτέρα ἀγωγή εἰς τὰς περιπτώσεις ἐγκύων μέ χαμηλήν κάθετον οὐλήν, εἶναι νά προγραμματισθῇ νέα τομή 15 ἡμέρας πρό τῆς καθορισθείσης ἡμέρας τοκετοῦ (43).

Ἀρκετοί ἄγγλοι ἐρευνηταί εἰσηγοῦνται τήν εἰσαγωγήν τῆς ἐπιτόκου εἰς τήν κλινικήν κατά τήν 34ην ἐβδομάδα καθότι ἐν ποσοστόν ρήξεως συμβαίνει πρό τῆς 37ης ἐβδομάδος, (13).

Ἄλλοι ἐρευνηταί, ὅπως οἱ Donald (20) κ.λ.π., δέν εἰσηγοῦνται προγραμματισμένην καισαρικήν τομήν εἰς τήν κατηγορίαν τῶν γυναικῶν μέ κάθετον τομήν ἀλλά τουναντίον θέλουν νά δοκιμάσουν νά τὰς γεννήσουν διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ.

Εἰς περίπτωσιν κατά τήν ὁποίαν ἐγένετο τοκετός διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ, ἐπιβάλλεται νά γίνῃ ἐπισκόπησις τῆς ἀκεραιότητος τῆς μήτρας, διά τῆς εἰσαγωγῆς τῆς χειρός εἰς τήν μητρικήν κοιλότητα.

Διαπεριτοναϊκή τραχηλική καισαρική τομή ή Χαμηλή ἐγκαρσία καισαρική τομή

Πρῶτος ἐφαρμόσας τήν τομήν αὐτήν φαίνεται ὅτι εἶναι ὁ Kehner τό 1882. Σποραδικαί ἐγχειρήσεις τοῦ τύπου αὐτοῦ ἐγίνοντο εἰς τήν Εὐρώπην καί Ἀμερικήν, ἤρχισεν ὅμως οὗτος νά καθιεροῦται μετά τό 1931, κατόπιν τῆς δημοσιεύσεως τοῦ Wilson T (88).

Ἀφοῦ διανοιγῇ τό κοιλιακόν τοίχωμα, ή τομή διεξάγεται εἰς τό κατώτερον σημεῖον τῆς προσθίας ἐπιφανείας τῆς μήτρας.

Ὁ ἐντοπισμός τοῦ κατωτέρου τμήματος τῆς μήτρας καθορίζεται ὑπό τοῦ Donald (20) (σελ. 765) ὡς ἐξῆς:

«Τό ἐπίπεδον εἰς τό ὅποιον ὁ ὀρογόνος τοῦ προσθίου τοιχώματος τῆς μήτρας παύει νά εἶναι προσκεκολλημένος εἰς τό μητρικόν τοίχωμα καί δύναται νά ὑπεγερθῇ ἀπό τόν ὑποκείμενον μυϊκόν ἰστόν (λόγω τῆς πολὺ χαλαρᾶς συνδέσεως του μέ αὐτόν) καθορίζει τό ἄνω περιθώριον τοῦ κατωτέρου τμήματος τῆς μήτρας. Κατά τήν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ τό ὄριον τοῦτο ὑψοῦται σημαντικῶς καί συχνά μία ἐλαφρά πτυχή καθορίζει τά σύνορα μέ τό ἄνωτερον τμήμα. Πρό τῆς ἐνάρξεως τῶν ὠδινῶν, ή εἰς περιπτώσεις προώρου τοκετοῦ, ή εἰς περιπτώσεις ἐγκαρσίου σχήματος τοῦ ἐμβρύου, ή εἰς περιπτώσεις προδρομικοῦ πλακοῦντος, τό μήκος τοῦ κατωτέρου τμήματος τῆς μήτρας εἶναι σημαντικῶς μειωμένον.» (Donald) (20).

Ἀφοῦ ἀνοιγῇ ἐγκαρσίως ή κυστεομητρική πτυχή καί ἀφοῦ ἀποκολληθῇ ή οὐροδόχος κύστις ἀπό τήν προσθίαν ἐπιφάνειαν τῆς μήτρας, τομή μήκους ἐνός ἐκατοστοῦ περίπου διενεργεῖται ἐγκαρσίως εἰς τό κατώτερον δυνατόν σημεῖον. Ἀκολούθως εἰσά-

γονται οί δείκται τῶν χειρῶν, οί ὅποιοι φερόμενοι κατ' ἀντίθετον φοράν διανοίγουν τό μυομήτριον (Κασκαρέλης, (39) σελ. 749) (B. Κουτηφάρης σελ. 388). (40α).

Ἡ διά τῶν δακτύλων διάνοιξις τοῦ μυομητρίου ἐκτός τοῦ ὅτι εἶναι ὀλιγώτερον αἱμορραγική διαφυλάττει τήν λειτουργικότητα τῆς περιοχῆς, καθότι δέν ἀποκόπτονται αἱ ἐγκάρσιαι μυϊκαί ἵναι ἀλλά διά τῶν δακτύλων διαχωρίζονται. Εἰς τὰς γωνίας τῆς τομῆς παρατηρεῖται συχνά αἱμορραγία, ὡς ἀναφέρει καί ὁ Λοῦρος (44) (1971, σελ. 871), ἀλλά ταχεῖα αἰμόστασις ἐπιτυγχάνεται διά τοποθετήσεως τῶν εἰδικῶν αἰμοστατικῶν λαβίδων Green Armytage καί συρραφῆς τῶν γωνιῶν τοῦ τραύματος τῆς μήτρας, διά μονῶν ραφῶν.

Ἡ ἐπέκτασις τῆς τομῆς εἰς τὰ πλάγια σπανίως συμβαίνει, ὅταν ὁ διενεργῶν τήν τομήν ἔχει σχετικήν πείραν. Ἀπό προσωπικήν πείραν δυνάμεθα νά εἰπώμεν ὅτι ἐνῶ εἰς τὰ πρῶτα βήματα μας εἰς τήν διενέργειαν τῆς χαμηλῆς ἐγκαρσίας τομῆς ἡ ἐπέκτασις αὐτῆς εἰς τὰ πλάγια συνέβαινε συχνά, μέ τήν πάροδον τοῦ χρόνου καί τήν αὐξανομένην πείραν μας ποτέ ἡ σπανιώτατα δύναται νά συμβῇ τοιοῦτον τι.

Μετά τόν τοκετόν τοῦ ἐμβρύου καί τοῦ πλακούντος διαμέσου τοῦ ἀνοίγματος ποῦ ἔγινε εἰς τό κατώτερον τμήμα τῆς μήτρας γίνεται ἡ συρραφή τοῦ τραύματος εἰς τρεῖς στιβάδας. Αἱ μέν δύο πρῶται στιβάδες συρράπτονται μέ συνεχεῖς ραφάς μέ No 2 cat-gut. Ἡ τρίτη ραφή μέ διακεκομένα ράμματα εἰς σχῆμα διπλοῦ W (B. Κουτηφάρης σελ. 388). (40α). Ἡ ραφή τῆς κυστεομητρικῆς πτυχῆς γίνεται μέ cut gut No0.

Εἰς τό Mill Road Maternity Hospital ὅπου κατά τήν περίοδον 1951 — 1967 ἔγιναν 1513 τοκετοί μέ οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας ἀπό χαμηλήν ἐγκαρσίαν τομήν, τό ποσοστόν ρήξεως ἦτο 2% δι' ὅλας τὰς περιπτώσεις. Σημαντικόν εἶναι ὅτι εἰς τὰς περιπτώσεις ὅπου ὁ τοκετός ἐγένετο διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ (943 περιπτώσεις ἐκ τῶν 1513) τό ποσοστόν ρήξεως ἦτο 1.1% ἐνῶ εἰς τὰς περιπτώσεις ὅπου ὁ τοκετός ἐγένετο μέ προγραμματισμένην καισαρικήν τομήν (570 ἐκ τῶν 1513) ἡ διάγνωσις τῆς ρήξεως ἦτο 8%. Εἶναι ἀξιοσημείωτον ὅτι μέγαλον ποσοστόν ἀσυμπτωματικῶν ρήξεων ἀνακαλύπτονται κατά τήν διάρκειαν προγραμματισμένων καισαρικῶν τομῶν, αἱ ὅποιαι πιθανόν νά διέφυγον κατά τήν διάρκειαν κολπικοῦ τοκετοῦ. (6).

Ἄλλη ἔρευνα, ἡ ὁποία ἀφορᾷ 774 τοκετούς διά τό 1964 μετά ἀπό προηγουμένην χαμηλήν ἐγκαρσίαν καισαρικήν τομήν εἰς 9 Πανεπιστημιακά Νοσοκομεῖα εἰς Βρετανίαν, ἔδειξε συνολικῶς ποσοστόν ρήξεως 1,03%. Ἀναλυτικώτερον εἰς 696 τοκετούς (ἐκ τῶν 774) διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ συνέβησαν 5 ρήξεις ἤτοι ποσοστόν 0,73%, ἐνῶ εἰς 78 τοκετούς μέ ἐκλεκτικήν καισαρικήν τομήν διεπιστώθησαν 3 ρήξεις ἤτοι ποσοστόν 3,8%. (63).

Τό γεγονός ὅτι εἰς τὰς ἐκλεκτικὰς καισαρικάς τομάς παρουσιάζονται περισσότεραι ρήξεις φαίνεται ὅτι ὀφείλεται εἰς τούς ἐξῆς παράγοντας:

Δι' ἐκλεκτικήν καισαρικήν τομήν ἐπιλέγονται ἐκεῖναι αἱ περιπτώσεις διά τὰς ὁποίας ὑπάρχει ὑπόνοια ἐκ τοῦ ἱστορικοῦ τῆς προηγουμένης καισαρικῆς τομῆς καί ἐξ ἄλλων λόγων ὅτι ἡ οὐλή των δέν εἶναι ἀσφαλής.

Εἶναι πιθανόν ἀριθμός ἀσυμπτωματικῶν ρήξεων νά περνᾷ ἀπαρατήρητος εἰς τόν κολπικόν τοκετόν, λόγω μὴ ἐμφανίσεως συμπτωμάτων καί ἐπιπλοκῶν. Δύναται, ἐν τούτοις, νά λεχθῇ ὅτι αἱ πιθανότητες αὐταί εἶναι μικραί, λόγω τοῦ ὅτι εἰς τὰς ὡς ἄνω περιπτώσεις ἡκολούθησε τόν τοκετόν διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ δακτυλική ἐπισκόπησις τῆς οὐλῆς, ἡ ὁποία κατά πᾶσαν πιθανότητα θά ἀνεκάλυπτε τυχούσαν ρήξιν.

Τό ποσοστόν τῆς μητρικῆς θνησιμότητος εἰς περίπτωσιν ρήξεως τῆς οὐλῆς αὐτῆς εἶναι πολύ χαμηλόν καί τοῦτο ὀφείλεται καί εἰς τό γεγονός ὅτι ἡ αἰμορραγία εἰς περίπτωσιν ρήξεως εἶναι σχετικῶς μικρά, διότι εἰς τό κατώτερον τμήμα τῆς μήτρας δέν σχηματίζεται συνήθως πλακοῦς, (ὁ ὁποῖος ἀποκολλώμενος προκαλεῖ μεγάλην αἰμορραγίαν), τό δέ προβάλλον μέρος τοῦ ἐμβρύου πιέζει τήν ραγεῖσαν οὐλήν ἐλαττώνον τήν αἰμορραγίαν. Ἐξ ἄλλου ἡ αἰμορραγία διοχετεύεται πρὸς τά ἔξω γεννητικά ὄργανα, καθότι τό περιτόναιον τῆς κυστεομητρικῆς πτυχῆς δέν ἐπιτρέπει τήν παροχέτευσιν τοῦ αἵματος εἰς τόν κοιλιακόν χώρον — ὡς συμβαίνει εἰς ἄλλας μορφάς οὐλῶν καί οὕτω ἡ ρῆξις γίνεται ἐγκαίρως ἀντιληπτή καί ἀντιμετωπίζεται δεόντως.

Εἰς Ἀγγλίαν, ὅπου τό σύνολον σχεδόν τῶν καισαρικῶν τομῶν εἶναι τοῦ τύπου τῆς χαμηλῆς ἐγκάρσιας, ὑπῆρξαν τό 1961 - 1963 37 θάνατοι μητέρων κατόπιν ρήξεως τῆς οὐλῆς ἐπὶ συνόλου 2,550,252 τοκετῶν (Safer Obstetric Care (90)).

Ἐάν ὑπολογισθῇ ὅτι ποσοστόν 2% τουλάχιστον ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν τοκετῶν ἦσαν περιπτώσεις μέ οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας, ἤτοι περίπου 50,000, καί ἐάν θεωρηθῇ ὅτι εἰς τὰς 50,000 ὑπῆρξαν ρήξεις κατὰ ποσοστόν 2%, ἤτοι 1000 περιπτώσεις, τότε οἱ 37 θάνατοι ἀντιπροσωπεύουν ποσοστόν 3,7% ἐπὶ τῶν ρήξεων.

Ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν περιπτώσεων μέ οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας — 50,000 — οἱ 37 θάνατοι ἀντιπροσωπεύουν ποσοστόν 0,074%.

Πλεονεκτήματα τῆς χαμηλῆς ἐγκάρσιας καισαρικῆς τομῆς

Πλείστα ὅσα πλεονεκτήματα τῆς χαμηλῆς ἐγκάρσιας τομῆς, καθιέρωσαν ταύτην ὡς τομήν ἐκλογῆς εἰς πλείστας χώρας, καθότι ἀφ' ἑνός ἐλαττώνει τήν ἄμεσον νοσηρότητα καί ἀφ' ἑτέρου καταλείπει οὐλήν ἡ ὁποία εἶναι ὀλιγώτερον πιθανόν νά ραγῇ κατὰ τήν ἐπομένην ἐγκυμοσύνην καί τόν τοκετόν παρά αἱ ἄλλαι μορφαί οὐλῶν· ἀλλά καί εἰς περίπτωσιν ρήξεως ἡ μητρική καί ἡ περιγεννητική θνησιμότης εἶναι πολύ μικροτέρα ἢ εἰς τὰς ἄλλας μορφάς οὐλῶν. Ἀναλυτικώτερον ἡ χαμηλή ἐγκάρσια τομή παρουσιάζει τὰ ἀκόλουθα πλεονεκτήματα:

Α) Περιορισμένη μετεγχειρητική νοσηρότης.

Ἡ μετεγχειρητική νοσηρότης εἰς τήν χαμηλήν ἐγκάρσιαν τομήν εἶναι πολύ μικροτέρα παρά εἰς τὰς ἄλλας μορφάς καισαρικῆς.

Ἡ περιορισμένη νοσηρότης ὀφείλεται εἰς τό γεγονός ὅτι ἡ τομή αὐτῆς τῆς τεχνικῆς εὐρίσκεται ἐπὶ ἀκινήτου πεδίου κατὰ τήν λοχείαν μέ ἀποτέλεσμα νά μήν χαλαρώνωνται τὰ ράματα καί ὡς ἐκ τούτου δέν διαφεύγουν λόγια πρὸς τήν κοιλιακὴν κοιλότητα.

Ἀκόμη ἡ κάλυψις τῆς τομῆς μέ τήν κυστεομητρικὴν πτυχὴν ἐμποδίζει τήν πιθανήν διαφυγὴν λοχίων καί τόν κίνδυνον συμφύσεως τῆς τραυματικῆς ἐπιφανείας τῆς μήτρας μέ ἐντερικὰς ἔλικας καί τήν δημιουργίαν μηχανικοῦ εἰλεοῦ. Ἀκόμη ἡ παρεμπόδισις τῆς διαφυγῆς τυχόν φλεγμονωδῶν ὑγρῶν ἀπὸ τήν κοιλότητα τῆς μήτρας πρὸς τήν κοιλιακὴν κοιλότητα προασπίζει τήν μητέρα ἀπὸ περιτονίτιδα. (6)

Διὰ τοὺς ὡς ἄνω λόγους ἡ μητρική θνησιμότης περιορίζεται εἰς τό ἐλάχιστον μέχρι καί νά μηδενίζεται.

Εἰς τὰς σειράς τῆς Barbara Case (6) ἐπὶ 1640 τοκετῶν μέ προηγουμένην καισαρικὴν τομήν, οὐδεὶς θάνατος μητρικός ὑπῆρξε.

Β) Ἐλάχιστη περιγεννητική θνησιμότης εἰς περίπτωσιν ρήξεως τῆς οὐλῆς.

Εἰς τήν χαμηλήν ἐγκάρσιαν τομήν, εἰς περίπτωσιν ρήξεως, ἡ περιγεννητική θνησιμότης εἶναι πολύ μικροτέρα ἐν σχέσει πρὸς τὰς περιπτώσεις ρήξεως ἄλλου εἴδους

ούλης, καθότι τό έμβρυον δέν έξέρχεται έκ τής ένδομητρικής κοιλότητας, έν αντιθέσει πρός τās ρήξεις άλλων ούλων, όπου τό έμβρυον έξέρχεται έκ τής ένδομητρικής κοιλότητας πρός τήν κοιλιακήν κοιλότητα όπου καί άποθνήσκει.

Ούτω τό ποσοστόν τών έμβρυϊκών θανάτων εις τās ρήξεις τής χαμηλής έγκαρσίας τομής είναι 12,5% συμφώνως πρός τās στατιστικάς του Dewhurst. (17).

Αντιθέτως εις τās ρήξεις τής ούλης έκ χαμηλής καθέτου τομής τό ποσοστόν έμβρυϊκών θανάτων είναι 73% (17).

Γ) Μεγάλη άνθεκτικότης τής ούλης

Η άνθεκτικότης τής ούλης τής χαμηλής έγκαρσίας καισαρικής τομής όφείλεται εις τό γεγονός ότι τό κατώτερον τμήμα τής μήτρας, όπου γίνεται ή τομή, είναι κατά τήν περίοδον τής λοχείας, επί άδρανους πεδίου τό όποιον εύνοεί μίαν καλήν έπούλωση (12) (20).

Τό ποσοστόν ρήξεως τής ούλης εις έπομένην έγκυμοσύνην έν συγκρίσει πρός τās άλλας μορφάς καισαρικής τομής είναι έλάχιστον.

Δ) Διαφύλαξις τής λειτουργικότητος τής μήτρας:

Μεγάλον μέρος τών μυϊκών ίνών είναι διατεταγμένον εις κυκλικόν σχήμα περίξ του κατωτέρου τμήματος τής μήτρας. Ούτω ή χαμηλή έγκαρσία τομή, δέν άποκόπτει διαγωνίως τās μυϊκάς ίνας, καί ούτω διαφυλάττεται ή λειτουργικότης τής μήτρας.

Παρακολούθησις τής έγκύου μέ προηγουμένην καισαρικήν τομήν κατά τήν διάρκειαν τής έγκυμοσύνης καί έκτίμησις τής άνθεκτικότητος τής ούλης.

Ο τρόπος παρακολούθησεως τής έγκύου μέ προηγουμένην καισαρικήν τομήν κατά τήν διάρκειαν τής έγκυμοσύνης καθορίζεται άπό τήν άπόφασιν κατά πόσον θά επαναληφθῇ ή καισαρική τομή εις τήν νέαν έγκυμοσύνην ή θά άφεθῇ ή έγκυος νά δοκιμάσῃ νά γεννήσῃ διά τής κοιλικῆς όδοϋ. Καθοριστικοί παράγοντες εις τήν άπόφασιν ταύτην είναι ή γνώσις του ιστορικού τής προηγουμένης καισαρικής καί ή έκτίμησις τής άνθεκτικότητος τής ούλης.

Όταν ή ένδειξις τής προηγουμένης καισαρικής τομής ήτο ή άπόλυτος δυσαναλογία, φυσικά θά προγραμματισθῇ καισαρική τομή άνεξαρτήτως τής άνθεκτικότητος τής ούλης. Συζητήσιμος είναι ή περίπτωσης τής σχετικῆς δυσαναλογίας, ιδίως όταν ή ένδειξις τής προηγουμένης καισαρικής ήτο μακρός τοκετός όφειλόμενος είτε εις μεγάλον έμβρυον είτε εις άνώμαλον θέσιν καί σχήμα του έμβρύου. Εάν εις τήν παρούσαν έγκυμοσύνην έλλείπουν οί τελευταίοι παράγοντες, ή έκτίμησις τής άνθεκτικότητος τής ούλης θά γίνῃ λαμβανομένων ύπ' όψιν τών αναφερομένων εις έπομένας σελίδας.

Εάν έκ του ιστορικού τής προηγουμένης καισαρικής φαίνεται ότι ή ένδειξις δι' αϋτήν ήτο ένας επαναλαμβανόμενος παράγων, ως στενή λεκάνη, παράγοντες ρέζους, ινομύματα τής μήτρας προβάλλοντα έντός τής λεκάνης, διαβήτης, δυστοκία του τραχήλου κ.λ.π., τότε θά προγραμματισθῇ καισαρική κατά την 38ην έβδομάδα τής παρούσης έγκυμοσύνης.

Εις τήν περίπτωση αϋτήν κατά τήν παρακολούθησιν τής έγκυμοσύνης γίνεται σχολαστική προσπάθεια διά τήν διατήρησιν ύψηλῆς στάθμης τής αίμοσφαιρίνης τής έγκύου.

Άγνωστοι ένδειξεις

Είς τὰς περιπτώσεις όπου ἡ ένδειξις τῆς προηγουμένης καισαρικῆς τομῆς εἶναι άγνωστος, φρόνιμον εἶναι νά προγραμματίζεται καισαρική τομή εἰς ἐπομένην ἐγκυμοσύνην (45).

Ἡ άρχή νά εἰσάγωνται εἰς τήν κλινικήν μερικὰς ἐβδομάδας πρό τοῦ τοκετοῦ αἱ ἔχουσαι προηγουμένην καισαρικήν τομή, ἔχει κατά τό πλεῖστον καταργηθῇ. (47). Εἰς περίπτωσιν, όμως, πού ἡ ἔγκυος κατοικεῖ εἰς ἀπομεμακρυσμένην ἐκ τῆς κλινικῆς περιοχῆν εἶναι καλύτερον νά συμβουλευθῇ νά μετακομίση προσωρινῶς πλησίον τῆς κλινικῆς.

Ἐάν ἡ ένδειξις τῆς προηγουμένης καισαρικῆς δέν ἦτο ἕνας ἐπαναλαμβανόμενος παράγων, τότε ἡ άγωγή τῆς νέας ἐγκυμοσύνης καί τοῦ τοκετοῦ καθορίζεται ἀπό τήν ἐκτίμησιν τῆς ἀνθεκτικότητος τῆς οὐλῆς. Ὅταν ἐκ τῆς ἐκτιμήσεως ταύτης φανῇ ὅτι δέν πρόκειται περί ἀνθεκτικῆς οὐλῆς, προγραμματίζεται καισαρική διά τήν 38ην ἐβδομάδα καί ἡ παρακολούθησις τῆς ἐγκυμοσύνης γίνεται ὡς άνωτέρω. Ἐάν ἡ οὐλή ἐκτιμηθῇ ὡς ἱκανή νά ἀνθέξῃ τήν δοκιμασίαν τοῦ τοκετοῦ καί οἱ παράγοντες οἱ ὅποιοι ἐξητάσθησαν εὐνοοῦν ἕνα σχετικῶς σύντομον καί ἐπιτυχῇ τοκετόν, τότε ἡ παρακολούθησις κατά τήν διάρκειαν τῆς ἐγκυμοσύνης θά εἶναι ἡ ἰδία μέ τήν τῶν ἄλλων ἐγκύων, μέ σχολαστικήν προσοχήν εἰς τό νά διατηρηθῇ εἰς ὕψηλά ἐπίπεδα ἡ αἰμοσφαιρίνη καθότι ἐν ποσοστόν τῶν ἐπιτόκων τούτων θά ὑποστοῦν τελικῶς καισαρικήν τομήν.

Εἰς τήν περίπτωσιν κατά τήν ὁποίαν θά διαγνωσθῇ ἰσχιακή προβολή κατά τήν 32αν ἐβδομάδα, θά ἐπιχειρηθῇ ἐξωτερικός μετασχηματισμός. Μερικοί συγγραφεῖς ὑποστηρίζουν ὅτι ἀντενδείκνυται ὁ ἐξωτερικός μετασχηματισμός εἰς περίπτωσιν ἰσχιακῆς προβολῆς (1), ἄλλοι όμως πιστεύουν ὅτι μία οὐλή, ἡ ὁποία κατά τεκμήριον εἶναι εἰς θέσιν νά ἀνθέξῃ εἰς τήν δοκιμασίαν τοῦ τοκετοῦ, εἶναι εἰς θέσιν νά ἀνθέξῃ καί εἰς τόν ἐξωτερικόν μετασχηματισμόν. (47).

Μετά τόν μετασχηματισμόν, φρόνιμον εἶναι νομίζομεν νά παραμείνῃ ἡ ἔγκυος ὑπό παρακολούθησιν ἐπὶ ὀκτῶ τουλάχιστον ὥρας.

Κατά τήν 36ην ἐβδομάδα θά πρέπει νά γίνῃ ἐξωτερική καί ἐσωτερική λεκανομέτρησις, καθὼς καί πλαγία εἰς ὀρθίαν θέσιν ἀκτινογραφία τῆς λεκάνης. Ἐάν τά εὐρήματα τῆς λεκανομετρήσεως, τόσον τὰ ἀκτινολογικά ὥσον καί τὰ κλινικά, εἶναι ἱκανοποιητικά, καί ἔάν ἀποκλεισθῇ προδρομικός πλακοῦς ὡς καί τυχόν ἄλλαι ένδείξεις διά τό αντίθετον, τότε θά ἀκολουθηθῇ ἡ ἰδία διαδικασία ὅπως καί εἰς τήν ἔγκυον τήν μή ἔχουσαν προηγουμένην καισαρικήν τομήν.

ΕΚΤΙΜΗΣΙΣ ΤΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΟΣ ΤΗΣ ΟΥΛΗΣ

Διά τήν ἐκτίμησιν τῆς ἀνθεκτικότητος τῆς οὐλῆς ἐκ προηγουμένης καισαρικῆς τομῆς πολλοί παράγοντες πρέπει νά ἀναλυθοῦν καί νά ληφθοῦν ὑπ' ὄψιν:

- α) Ρήξις τοῦ θυλακίου αὐτόματος ἢ τεχνητῇ ἐν σχέσει πρὸς τὸν χρόνον πού διέρρευσεν ἀπὸ τῆς ρήξεως τοῦ θυλακίου μέχρι τῆς διενεργείας τῆς καισαρικῆς.
- β) Ἐνας ἢ περισσότεροι κολπικοὶ τοκετοὶ μετὰ ἀπὸ καισαρικὴν τομήν.
- γ) Ὁ χρόνος πού διέρρευσεν ἀπὸ τῆς προηγηθείσης καισαρικῆς τομῆς.
- δ) Ἡ μετεγχειρητικὴ πορεία τῆς προηγουμένης καισαρικῆς τομῆς.
- ε) Ἡ διάρκεια τοῦ τοκετοῦ πρὸ τῆς καισαρικῆς τομῆς.
- στ) Παράγοντες ἐξασθενίζοντες τὴν οὐλὴν κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐγκυμοσύνης ὡς ἡ παρουσία ὕδραμνιου, πολυδυνάμου, ἐγκυμοσύνης, πολὺ μεγάλου ἔμβρυον καί ἡ ἰσχυρὰ προβολή.
- ζ) Προδρομικὸς πλακοῦς εἰς τὴν προηγουμένην ἐγκυμοσύνην.
- η) Δύο ἢ περισσότεραι προηγούμεναι καισαρικαὶ τομαί.
- θ) Ὑστερογραφία ὡς μέσον ἐκτιμήσεως τῆς ἀνθεκτικότητος τῆς οὐλῆς.

α) Ρήξις τοῦ θυλακίου αὐτόματος ἢ τεχνητῇ ὡς παράγων ἀνθεκτικότητος τῆς οὐλῆς.

Ἡ ρήξις τοῦ θυλακίου, αὐτόματος ἢ τεχνητῇ, φαίνεται ὅτι δέν εἶναι ἀξιόλογος παράγων ὡς πρὸς τὴν ἀνθεκτικότητα τῆς οὐλῆς ὅταν ἀκολουθήσῃ καισαρική τομή, νοουμένου βεβαίως ὅτι πληροῦνται αἱ ἀκόλουθοι τρεῖς προϋποθέσεις:

α) τὴν ρήξιν τοῦ θυλακίου, αὐτόματον ἢ τεχνητὴν, ἠκολούθησεν εἰς σύντομον χρονικόν διάστημα καισαρική τομή,

β) ἡ τεχνητὴ ρήξις τῶν ὑμένων ἔγινε μέ ὅλους τοὺς κανόνας τῆς ἀσηψίας καὶ ἀντισηψίας, καί

γ) δέν προηγήθησαν τῆς καισαρικῆς τομῆς πολλαὶ κολπικαὶ ἐξετάσεις (63).

β) Ἐνας ἢ περισσότεροι κολπικοὶ τοκετοὶ μετὰ ἀπὸ καισαρικὴν τομήν

Ἐνας ἢ περισσότεροι τοκετοὶ διὰ τῆς κολπικῆς ὁδοῦ μετὰ ἀπὸ καισαρικὴν τομήν δέν ἐπιβεβαιώνουν τὴν ἀσφάλειαν τῆς οὐλῆς. Ἀπεναντίας διὰ κάθε ἐπόμενον κολπικόν τοκετόν πρέπει νὰ ὑπάρχῃ ἠδύξημένη ἐπίβλεψις λόγῳ ὑποψίας ἐπικειμένης ρήξεως (20) (45). (6).

γ) Ἀνθεκτικότης τῆς οὐλῆς ἐν σχέσει πρὸς τὸν διαρρεύσαντα χρόνον ἀπὸ τῆς προηγηθείσης καισαρικῆς τομῆς

Εἶναι γενικῶς παραδεκτόν ὅτι ἡ τελικὴ ὥριμανσις τραύματος ἐπιτυγχάνεται εἰς χρονικόν διάστημα κυμαινόμενον ἀπὸ ἕξ μῆνες μέχρι καὶ ἔτη (Β. Α. Γιωργούλης) (30) (71) (12) (σελ. 576). Οὕτω ἐπιβάλλεται ὅπως προγραμματίζεται καισαρική τομή, ὅταν ἡ προηγουμένη καισαρική ἔγινεν εἰς διάστημα μικρότερον τῶν ἕξ μηνῶν (Κασκαρέλης) (39) (σελ. 753), ἐνῶ ὁ Ν. Λοῦρος (44) (σελ. 869) συνιστᾷ ἐπανάληψιν τῆς καισαρικῆς ὅταν ἡ προηγουμένη ἔγινεν εἰς διάστημα μικρότερον τῶν δύο ἐτῶν.

Οἱ ἐρευνηταὶ Λοῦρος, Γάβαρης, Μπάρος, (45) εἰς τὴν μελέτην τῶν Κλινικῇ Ἐκτίμησις τῆς Ἀνθεκτικότητος τῆς Οὐλῆς Κατόπιν Προηγηθείσης Καισαρικῆς, ἐκ τῶν στατιστικῶν τῶν ἀποδεικνύουν ὅτι ὁ παράγων χρόνος συμβάλλει περισσότερον παντός ἄλλου εἰς τὴν τελικὴν διαμόρφωσιν τῆς ἀνθεκτικότητος τῆς μητρικῆς οὐλῆς.

Ἀντιθέτως ἄλλοι ἐρευνηταὶ (Ζ. Βλυσίδης, Δ. Καραναστάσης καὶ Κ. Φουκάς) (10) ἔχουν τὴν γνώμην ὅτι ἡ ἐπούλωσις ἐπιτυγχάνεται πολὺ γρήγορα καὶ παραθέτουν 7 περιπτώσεις ὅπου ἡ κύησις ἤρξατο ἀπὸ δύο ἕως πέντε μῆνας μετὰ τὴν προηγουμένην καισαρικήν μέ ἐπιτυχῇ ἔκβασιν καὶ εἰς τὰς ἐπτά περιπτώσεις, μέ μίαν διάνοιξιν τῆς οὐλῆς τὸν ὄγδοον μῆνα καὶ εἰς αὐτὴν τὴν περίπτωσιν ἐπέζησαν καὶ ἡ μητέρα καὶ τὸ παιδί.

Ἐξ ἄλλου οἱ ἴδιοι ἐρευνηταὶ παραθέτουν ἱστολογικὴν εἰκόνα οὐλῆς ἐκ καισαρικῆς τομῆς 15 ἡμερῶν, ὅπου μέ δυσκολίαν καθωρίζετο τὸ σημεῖον τῆς τομῆς, τὸ δέ τραῦμα εἶχε τελείως ἐπούλωθῇ.

Ἐν συμπεράσματι, δύναται νὰ λεχθῇ ὅτι θὰ πρέπει νὰ συνιστᾶται ἀποφυγὴ ἐγκυμοσύνης πρὸ τῆς παρόδου ἕξ μηνῶν τουλάχιστον ἀπὸ τῆς καισαρικῆς τομῆς.

Εἰς τὴν περίπτωσιν πού ἡ ἐγκυμοσύνη ἐπέλθει ἐνωρίτερον καὶ εἶναι ἐπιθυμητὴ ἡ συνέχισις τῆς, εἶναι δυνατόν νὰ ἐπιτραπῇ ἡ συνέχισις ὑπὸ στενὴν παρακολούθησιν τῆς ἐγκύου καὶ νὰ γίνῃ ἐπανάληψις τῆς καισαρικῆς τὴν 38ην ἑβδομάδα.

δ) Μετεγχειρητικὴ πορεία τῆς προηγουμένης Καισαρικῆς τομῆς.

Ἀπὸ τὸ ἱστορικόν τῆς προηγουμένης καισαρικῆς τομῆς θὰ ληφθῇ ὑπ' ὄψιν ἡ τυχόν παρουσιασθεῖσα πυρετικὴ κίνησις κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς λοχείας (20) (39) (44) (45), καθότι ἡ παρουσία λοιμώξεως εἰς τὸ σημεῖον τοῦ τραύματος εἶναι δυσμενὴς παράγων διὰ τὴν ἐπούλωσιν καὶ καταλείπει μίαν ἀσθενῆ καὶ εὐένδοτον οὐλήν.

“Όμως ή εκτίμησις τοῦ παράγοντος τῆς πυρετικῆς κινήσεως κατά τήν λοχείαν ὡς μόνης ἐνδείξεως δι’ ἐπανάληψιν καισαρικῆς τομῆς εἰς ἐπομένην ἐγκυμοσύνην, δέν εἶναι ὀρθή προσέγγισις, καθότι ὁ πυρετός δυνατόν νά ὀφείλεται εἰς κυστίτιδα (λόγῳ τῆς προηγηθείσης καθετηριάσεως πρό τῆς καισαρικῆς) ἢ εἰς ἄλλην αἰτιολογίαν μακράν τῶν γεννητικῶν ὀργάνων, ὡς πνευμονίαν, βρογχίτιδα κ.λ.π.

Μερικοί ἐρευνηταί (47) (22) ὑποστηρίζουν ὅτι ἡ παρουσία μολύνσεως εἰς τήν περι-οχήν τῆς οὐλῆς δέν προδικάζει τόν σχηματισμόν ἀσθενοῦς οὐλῆς. Οἱ πλεῖστοι ὅμως ἐρευνηταί συμφωνοῦν ὅτι, εἰς περιπτώσεις κατά τάς ὁποίας ὑπῆρχε σαφές ἐνδειξις ὅτι κατά τήν διάρκειαν τῆς λοχείας ἐδημιουργήθη ἐνδομητρική λοίμωξις, συνιστᾶται προ-γραμματισμένη καισαρική τομή εἰς τήν ἐπομένην ἐγκυμοσύνην κατά τήν 38ην ἐβδομά-δα.

ε) Διάρκεια τοῦ τοκετοῦ πρός τῆς καισαρικῆς τομῆς

Ἡ προηγηθεῖς μακρός τοκετός εἶναι παράγων ἐξασθενίζων τήν οὐλήν καθότι ἡ συμπίεσις καί ἡ λέπτυνσις τοῦ κατωτέρου τμήματος τῆς μήτρας, ἡ κακῇ αἱμάτωσις καί τό οἶδημα τοῦ μητρικοῦ ἱστοῦ, ὡς καί ἡ ἀπό μακροῦ ρῆξις τοῦ θυλακίου δέν ἐξασφαλί-ζουν προϋποθέσεις ὁμαλῆς καί ἀσήπτου ἐπουλώσεως τοῦ μητρικοῦ τραύματος (45).

Ἐνῶ τά ἀνωτέρω ἰσχύουν ἐν σχέσει πρός τήν χαμηλήν κάθετον τομήν, προκειμέ-νου περί τῆς χαμηλῆς ἐγκαρσίας τομῆς ἕνας μακρός τοκετός οὐχί βεβαίως πέραν τοῦ 24ώρου) μᾶλλον δημιουργεῖ τάς ἀντιθέτους προϋποθέσεις διά μίαν ἰσχυράν οὐλήν, καθό-τι δημιουργεῖται ἕνα μέγαλον κατώτερον τμήμα τῆς μήτρας καί οὕτω δύναται νά γίνη ἡ τομή εἰς πολὺ κατώτερον σημεῖον μέ ἀποτέλεσμα νά σχηματισθῇ μία ἀνθεκτική οὐλή (6) (13).

Εἰς ἀνάλογα συμπεράσματα ἔφθασε, κατόπιν λήψεως ὑστερογραφιῶν μετά ἀπό καισαρικήν τομήν, ὁ Arthur Camilleri (13). Ἐκ 8 καισαρικῶν πού ἔγιναν κατ’ ἐκλογήν δύο εἶχον πτυχήν οὐλῆς, ἐνῶ ἀπό τάς 16 περιπτώσεις πού ἡ καισαρική ἔγινε μετά ἀπό προηγηθέντα τοκετόν, αἱ 15 εἶχον πολὺ καλήν οὐλήν καί μόνον μία εἶχε πτωχήν οὐλήν.

Μέ τά ἀνωτέρω συμφωνοῦν καί αἱ στατιστικαί τῆς Barbara D. Case (6), ἡ ὁποία δίδει τά συμπεράσματά της ἀπό τήν ἄμεσον ἐπισκόπησιν τῆς οὐλῆς κατά τήν διάρκειαν καισαρικῆς τομῆς, ὅπου τό μεγαλύτερον ποσοστόν ἀσθενῶν οὐλῶν παρετηρήθη ἀπό τάς περιπτώσεις ὅπου δέν προηγήθη τοκετός ἢ τοκετός ἐπὶ διάστημα μικρότερον τῶν 3 ὥρων, ἐνῶ τό μικρότερον ποσοστόν ἀσθενοῦς οὐλῆς παρετηρήθη εἰς τάς περιπτώσεις ὅπου εἶχε προηγηθῇ τοκετός 12—24 ὥρων. Ὅταν ἡ διάρκεια τοῦ προηγηθέντος τοκετοῦ ἦτο μεγαλύτερα τῶν 24 ὥρων, παρετηρήθη πάλιν ηὐξημένον ποσοστόν ἀσθενοῦς οὐλῆς.

Οὕτω δύναται νά λεχθῇ ὅτι μακρός τοκετός, οὐχί ἐν πάσῃ περιπτώσει πέραν τῶν 24 ὥρων, εἰς τάς περιπτώσεις προηγουμένης χαμηλῆς ἐγκαρσίας τομῆς δέν ἐπιβάλλει κατ’ ἀνάγκην καισαρικήν τομήν εἰς τόν ἐπόμενον τοκετόν.

Ἐνας ὅμως ἀριθμός γυναικῶν τῆς κατηγορίας αὐτῆς, αἱ ὁποῖαι εἶχον ἀποτύχει νά γεννήσουν διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ εἴτε λόγω ἀδρανείας τῆς μήτρας εἴτε λόγω ἐπιμόνου ὀπισθίας θέσεως τῆς ἰνιακῆς προβολῆς ἢ μετωπικῆς προβολῆς, ἡμπορεῖ νά ἔχουν καλυ-τέραν τύχην εἰς ἐπόμενον τοκετόν (20), ἐάν ἡ κλινική λεκανομέτρησις καί ἡ πλαγία ἀκτινογραφία τῆς λεκάνης δείξῃ ἱκανοποιητικόν εὖρος τῆς λεκάνης.

Θά πρέπει ὅμως νά ἐκτιμηθῇ δεόντως ἡ ἐξέλιξις τῆς διαστολῆς τοῦ τραχήλου εἰς τόν προηγούμενον τοκετόν μέχρι τῆς στιγμῆς τῆς διενεργείας τῆς καισαρικῆς. Εἰς περίπτω-σιν κατά τήν ὁποίαν ἡ διαστολή οὐδόλως ἢ ἐλάχιστα ἐξελίχθη μετά ἀπό μακρόν τοκετόν, τότε ἐνδείκνυται ὅπως καί εἰς τήν ἐπομένην ἐγκυμοσύνην προγραμματισθῇ καισαρική τομή.

στ) Παρουσία ύδραμνίου, πολυδύναμος έγκυμοσύνη, μεγάλον έμβρυον, ισχιακή προβολή.

Ή παρουσία ύδραμνίου, ή πολυδύναμος έγκυμοσύνη καί πολύ μεγάλον έμβρυον είναι παράγοντες εξασθενίζοντες τήν ούλήν λόγω τής μεγάλης τάσεως εις τήν περιοχήν της, αυξάνοντες τās πιθανότητας ρήξεως (40). Ή εκ τούτου εις τās περιπτώσεις αυτās ένδεικνυται προγραμματισμός καισαρικής τομής.

Μερικοί έρευνηταί προγραμματίζουν καισαρικήν δι' όλας τās περιπτώσεις, εις τās όποιās ύπάρχει έστω καί μικρά πιθανότης νά χρειασθῇ νά γίνουν μαιευτικοί χειρισμοί (6) (25). Τοιαύται περιπτώσεις είναι ή ισχιακή προβολή, όπου οί χειρισμοί άφορουν τό κατώτερον τμήμα τής μήτρας καί δυνατόν νά προκαλέσουν ρήξιν τής ούλης, τά διδυμα όπου ιδίως διά τό δεύτερον δυνατόν νά χρειασθουν μαιευτικοί χειρισμοί, κ.ά.

ζ) Ή ανθεκτικότης τής ούλης προηγούμενης καισαρικής όπου ή ένδειξις ήτο προδρομικός πλακοϋς

Ούλή καταλειπομένη από καισαρικήν τομήν όπου ή ένδειξις ήτο προδρομικός πλακοϋς είναι συνήθως άσθενής. Καί τοϋτο εξ αιτίας τοϋ ότι κατά τήν διάρκειαν τής έγχειρήσεως ήμπορεί νά σχηματισθουν αιματώματα κατά μήκος τής γραμμής τής συρραφής τοϋ τραύματος, άκόμη καί φθαρτός είναι δυνατόν νά παραμείνη έντός καί περίξ τής ούλης. Ή επίσης ή σπουδή μέ τήν όποιαν γίνεται ή συρραφή διά νά σταματήση ή αιμορραγία ή συνήθως λαμβάνουσα χώραν εις τοιαύτας περιπτώσεις (47) (22) κάμνουν άστε ή έπούλωσις νά μή γίνεται ικανοποιητικώς.

Αντιθέτως οί Λούρος, Γάβαρης καί Μάρος (45) (46) ύποστηρίζουν, στηριζόμενοι εις 48 περιπτώσεις όπου ή προηγούμενη καισαρική τομή ώφείλετο εις προδρομικόν πλακοϋντα (ήτοι ποσοστόν 24,4% τών περιπτώσεων των), ότι ή καταλειπομένη ούλή είναι άσφαλής. Τό ποσοστόν ρήξεως εις τās ως άνω 48 περιπτώσεις ήτο 6,2%.

Επί τών πορισμάτων, έν τούτοις, τών ως άνω έρευνητών, δύναται νά παρατηρηθῇ ότι τό ποσοστόν 24,4% προηγούμενης καισαρικής τομής μέ ένδειξιν προδρομικόν πλακοϋντα είναι πολύ ύψηλόν. Από τήν ύπ' όψιν ήμων ξένην βιβλιογραφίαν φαίνεται ότι τό ποσοστόν καισαρικών μέ ένδειξιν προδρομικόν πλακοϋντα κυμαίνεται μεταξύ 5 καί 10% (47) (63). Τό ύψηλόν ποσοστόν τών Έλλήνων έρευνητών (45) (46) θά όφείλεται προφανώς εις τό γεγονός ότι αί περιπτώσεις τās όποιās έμελέτησαν ύπέστησαν τήν προηγούμενην καισαρικήν εις διαφόρους κλινικάς καί αί παρασχεθεΐσαι πληροφορίες ως πρός τήν ένδειξιν δέν ήσαν άκριβείς. Αλλά καί πέραν τούτου τό ποσοστόν ρήξεως 6,2% είναι άρκετά ύψηλόν δυσχεραΐνον τήν διατύπωσιν συμπεράσματος ότι ή από καισαρικήν μέ ένδειξιν τόν προδρομικόν πλακοϋντα καταλειπομένη ούλήν είναι άσφαλής.

Εν συμπεράσματι, εις τήν περίπτωσιν όπου ή προηγούμενη καισαρική τομή ώφείλετο εις πρόσθιον προδρομικόν πλακοϋντα πρέπει νά προγραμματίζεται καισαρική τομή κατά τήν 38ην εβδομάδα καί εις τήν παρούσαν έγκυμοσύνην.

η) Δύο προηγούμεναι καισαρικάι τομαί

Έχει επικρατήσει ή άποψις ότι εις περιπτώσεις γυναικων μέ δύο προηγούμενας καισαρικάς τομάς πρέπει καί ό τρίτος τοκετός νά γίνη μέ καισαρικήν τομήν. Τοϋτο όφείλεται εις τό γεγονός ότι ή κλινική εξέτασις μόνο δέν δίδει άξιοπίστους πληροφορίες διά τήν στερεότητα τής ούλης. Εις άρκετάς όμως περιπτώσεις καί μετά από λήψιν ύστερογραφίας ήμπορεί νά άφεθῇ ή έπίτοκος νά γεννήση διά τής κολπικής όδοϋ, εάν βεβαίως ή ύστερογραφία άποδείξη ότι ή ούλή είναι άσφαλής (23) (33). Από μελέτην ύστερογραφιών γυναικων μέ δύο προηγούμενας χαμηλάς έγκαρσίας καισαρικάς τομάς φαίνεται ότι έν ποσοστόν 78% έχουν ούλήν ικανήν νά άνθέξη τήν δοκιμασίαν ενός τοκετοϋ διά τής κολπικής όδοϋ. Ακόμη καί μετά από τρεις χαμηλάς έγκαρσίας καισα-

ρικός τομάς εν ποσοστόν 80% φαίνεται εκ τής μελέτης ύστερογραφιών ότι έχουν ικανοποιητικήν ἐπούλωσιν (6).

Ἐξ ἄλλου ἀπό τό Λίβερπουλ ἡ Barbara D. Case καί ὁ sir Norman Jeffcoat (6) παραθέτουν ἕνα ενδιαφέροντα πίνακα σχετικῶς μέ τήν κατάστασιν τῶν οὐλῶν μετά ἀπό μίαν καί περισσοτέρας χαμηλᾶς ἐγκαρσίας καισαρικός τομάς. Αἱ παρατηρήσεις των προέρχονται εἴτε μετά ἀπό λήψιν ύστερογραφίας εἴτε κατόπιν ἐξετάσεως τῆς οὐλῆς κατά τήν διάρκειαν τῆς καισαρικῆς.

Πίναξ 4:

Κατάστασις τῆς οὐλῆς μετά ἀπό ἀριθμόν προηγουμένων χαμηλῶν ἐγκαρσιῶν καισαρικῶν

Ἀριθμός προηγουμένων τομῶν	Περιπτώσεις μέ διαπιστωμένην τήν κατάστασιν τῆς οὐλῆς	Οὐλή πολύ λεπτή	Οὐλή μέ ἀσυμπτωματικήν ρῆξιν	Τελεία ρῆξις οὐλῆς	Περιπτώσεις μέ ικανοποιητικήν οὐλήν	Ποσοστόν % ικανοποιητικῶν οὐλῶν
1	491	64	8	9	410	83,5%
2	228	46	3	2	177	77,63%
3	35	4	2	1	28	80%
4	2	—	—	—	—	—
Σύνολον	756	114	13	12	615	

Τά ἐν λόγῳ ποσοστά εἶναι καλύτερα (φθάνουν τά 78%), ὅταν μεταξύ τῶν δύο καισαρικῶν ἐμμεσολάβησεν χρόνος πέραν τῶν δύο ἐτῶν (43) (13).

Εἰς περιπτώσεις ὅπου ἡ καισαρική ἦτο προγραμματισμένη καί ἐγινε προτοῦ ἀρχίσῃ ὁ τοκετός, ἡ οὐλή εἶναι πτωχότερα, ὡς ἐμφαίνεται ἀπό τὰς ύστερογραφίας, ἐν ἀντιθέσει μέ τὰς περιπτώσεις ὅπου εἶχον ἀρχίσει αἱ ὠδῖναι τοῦ τοκετοῦ καί ἠκολούθησεν ἡ καισαρική τομή (13) (6). Τοῦτο ὀφείλεται εἰς τό γεγονός ὅτι κατά τήν διάρκειαν τῶν ὠδίνων σχηματίζεται καλύτερον τό κατώτερον τμήμα τῆς μήτρας (τραχηλικόν) καί ὡς ἐκ τούτου ὑπάρχει περισσότερος χῶρος καί ἡμπορεῖ νά γίνη ἡ τομή εἰς τό κατώτερον δυνατόν σημεῖον, τό ὅποιον πρέπει νά εἶναι 3—4 ἑκατοστά κατωτέρω τῆς κυστεομητρικῆς πτυχῆς. Οὕτω εἰς ποσοστόν 25% μόνον ἡ ύστερογραφία δίδει ικανοποιητικά ἀποτελέσματα μετά ἀπό δύο προγραμματισμένας καισαρικός τομάς ἐνῶ ἀντιθέτως, ὅταν προηγήθησαν ὠδῖναι πρό τῆς καισαρικῆς εὐρέθησαν καλὰ ἀποτελέσματα εἰς ποσοστόν 78% (6) (13).

Βάσει τῶν ἀνωτέρω, θά πρέπει νά δοθῇ ἡ εὐκαιρία εἰς τὰς ἐπιτόκους, αἱ ὁποῖαι ὑπεβλήθησαν εἰς ύστερογραφίαν μετά ἀπό δύο ἢ καί τρεῖς ἀκόμη χαμηλᾶς ἐγκαρσίας τομάς καί ἡ ἀκτινογραφία ἔδειξεν ικανοποιητικά ἀποτελέσματα, νά δοκιμάσουν νά γεννήσουν διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ, ὑπό τήν προϋπόθεσιν ὅτι ἡ ἐνδειξις διά τήν καισαρικήν δέν εἶναι ἐπαναλαμβανόμενος παράγων. Ἰδιαιτέρως προσφέρονται αἱ περιπτώσεις

μέ δύο προηγούμενας καισαρικές όπου προηγήθη επιτυχής τοκετός διά της κολπικής οδού (68). Κατά ταύτα, αἱ δύο προηγούμεναι καισαρिकाὶ δέν ἀποτελοῦν ἀπόλυτον ἔνδειξιν διά καισαρικήν τομήν καί εἰς ἐπομένην ἐγκυμοσύνην.

Οἱ πλεῖστοι ὅμως τῶν συγγραφέων καί μαιευτῶν ἀκολουθοῦν τήν τακτικήν «δύο προηγηθεῖσαι καισαρिकाὶ, πάντοτε καισαρική».

θ) Ὑστερογραφία ὡς μέσον ἐκτιμήσεως τῆς ἀνθεκτικότητος τῆς οὐλῆς.

Εἰς τό πρόσφατον ἀκόμη παρελθόν δέν ὑπῆρχε τρόπος ἀμέσου καί ἀντικειμενικοῦ καθορισμοῦ τῆς ἀνθεκτικότητος τῆς οὐλῆς (45).

Τά συμπεράσματα διά τήν ἀνθεκτικότητα τῆς οὐλῆς ἐστηρίζοντο εἰς τό ἱστορικόν τοῦ προηγούμενου τοκετοῦ καί τῆς λοχείας καί τῆς κλινικῆς ἐξετάσεως τῆς ὑπό ἐξέλιξιν ἐγκυμοσύνης.

Σήμερον ἡ πλέον ἀξιόπιστος μέθοδος διά τήν ἐξέτασιν τῆς ἀνθεκτικότητος τῆς οὐλῆς εἶναι ἡ ὑστερογραφία. Ἡ ὑστερογραφία γίνεται πρό τῆς ἐπομένης ἐγκυμοσύνης καί ἀρκετοῦς μῆνας μετά τήν καισαρικήν τομήν (13) (20) (23). Λαμβάνονται δύο ὑστερογραφίαι τῆς μήτρας μία προσθιοπισθία καί μία πλαγία. Τά ἀποτελέσματα τῆς ὑστερογραφίας δύνανται νά ταξινομηθοῦν εἰς 4 κατηγορίας:

Α' Κατηγορία: Οὐδεμία ἀλλοιώσις φαίνεται εἰς τό σημεῖον τῆς καισαρικῆς τομῆς.

Β' Κατηγορία: Μικραὶ ἀλλοιώσεις μέ βάθος μέχρι 3 χιλ.

Γ' Κατηγορία: Μέτριαι ἀλλοιώσεις μέ βάθος 3 — 6 χιλ.

Δ' Κατηγορία: Σοβαραὶ ἀλλοιώσεις μεγαλύτεραι τῶν 6 χιλ. (13).

Ἄλλοι ἐρευνηταὶ χωρίζουν τὰς ἀλλοιώσεις εἰς δύο ὁμάδας. Εἰς τήν πρώτην ὁμάδα κατατάσσουν μικράς ἀλλοιώσεις βάθους 2 — 4 χιλ. καί εἰς τήν δευτέραν μεγάλας ἀλλοιώσεις βάθους πέραν τῶν 4 χιλ. (20).

Ἐάν εἰς τήν ἀκτινογραφίαν οὐδεμία ἀλλοιώσις φαίνεται, συμπεραίνομεν ὅτι ἡ ἐπούλωσις ἔγινε κατά τόν καλύτερον δυνατόν τρόπον, ἐνῶ ἐάν ἡ κοιλότης ἔχει βάθος πέραν τῶν 4 χιλ., τότε ἡ οὐλή θά πρέπει νά θεωρηθῇ ὡς μή ἱκανοποιητική καί νά προγραμματισθῇ καισαρική εἰς τήν ἐπομένην ἐγκυμοσύνην.

Ὁ Donald (20) δέχεται ὅτι καί ἂν ἀκόμη ὑπάρχῃ ἀλλοιώσις βάθους μέχρι 5 χιλ., πρέπει νά θεωρηθῇ ὅτι ἡ οὐλή θά ἀνθέξῃ εἰς τήν δοκιμασίαν τοῦ τοκετοῦ.

**·Ο τοκετός εις περιπτώσεις υπάρξεως
οὐλῆς ἐπὶ τῆς μήτρας**

·Ο τοκετός περιπτώσεων μέ οὐλὴν ἐπὶ τῆς μήτρας πρέπει νά λαμβάνη χώραν ἐντός καλῶς ὀργανωμένης κλινικῆς, ὅπου νά ὑπάρχουν αἱ δυνατότητες ἀμέσου ἀναλήψεως λαπαροτομίας καί καισαρικής τομῆς, ἔμπειρον προσωπικόν καί διαθέσιμον αἷμα διὰ περίπτωσιν ἀνάγκης μεταγγίσεως.

Κατά τὴν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ πρέπει νά ὑπάρχη πάντοτε κατά νοῦν ἡ πιθανότης ρήξεως. Σημαντικόν εἶναι εἰς τό τέρμα τῆς ἐγκυμοσύνης καί κατά τὴν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ νά ἀποφεύγωνται αἱ κολπικαί ἐξετάσεις εἰς ὅλας τὰς ἐπιτόκους καί ἡ ἐξέτασις νά διενεργῇται ἀπό τό ὀρθόν, ἀποφευγομένης οὕτω κατά τό δυνατόν τῆς μόλυνσεως τῆς ἐπιτόκου μέ παθογόνα μικρόβια (45)(46). Ἀκόμη μεγαλυτέραν σημασίαν ἔχει τοῦτο διὰ τὴν ἐπίτοκον ἡ ὁποία ἔχει προηγουμένην καισαρικήν τομήν καί ἔχει ἀρκετάς πιθανότητας νά ὑποστῇ νέαν καισαρικήν.

Μετά τό πέρας τοῦ τοκετοῦ ἐπιβάλλεται δακτυλική ἐπισκόπησις πρὸς διαπίστωσιν τῆς καταστάσεως τῆς οὐλῆς.

ΤΕΧΝΗΤΗ ΠΡΟΚΛΗΣΙΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

Από τās πλέον συχνάς μαιευτικές επεμβάσεις είναι ο τερματισμός τῆς ἐγκυμοσύνης εἰς τὰ τελικά στάδια αὐτῆς εἴτε διὰ τεχνητῆς προκλήσεως τοκετοῦ εἴτε διὰ καισαρικής τομῆς. Αἱ ἐπεμβάσεις αὐταὶ ἐμφανίζονται εἰς διαφόρους στατιστικές νά κυμαίνονται μεταξύ 25% ἕως 43% ὄλων τῶν τοκετῶν (47) (64). Ἀνάλογον πρέπει νά εἶναι τό ποσοστόν καί εἰς τās ἐπιτόκους μέ οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας, διότι αἱ ἴδιαι ἀσφαλῶς ἐνδείξεις ἐμφανίζονται καί εἰς αὐτάς.

Εἰς τās περιπτώσεις ὅπου ὑπάρχει οὐλή ἐπὶ τῆς μήτρας, ἡ ὁποία ἐξετιμήθη ὡς ἰσχυρά καί ἐνδείκνυται τερματισμός τῆς ἐγκυμοσύνης εἰς τὰ τελικά στάδια αὐτῆς, τίθεται τό ἐρώτημα κατά πόσον θά ἐκτελεσθῇ καισαρική τομή ὡς μέθοδος ἀπολύτου ἐκλογῆς ἢ κατά πόσον ἐνδείκνυται ἐφαρμογή μεθόδου προκλήσεως τεχνητῶν ὠδίνων.

Σοβαροὶ ἐρευνῆται ὡς οἱ Ν. Λοῦρος (44), Δ. Κασκαρέλλης (39), Jan Donald (20) Browne and Browne (12) συνιστοῦν καισαρικήν τομήν, ὅταν ἐνδείκνυται τερματισμός τῆς ἐγκυμοσύνης εἰς τὰ τελικά στάδια αὐτῆς εἰς περιπτώσεις μέ οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας. Ἡ ἄποψις αὐτῇ στηρίζεται εἰς τούς πῶ κάτω σοβαροῦς λόγους:

α) Ἐνδομητρική λοίμωξις. Ὁ κίνδυνος οὗτος αὐξάνεται ὅσον περισσότερος χρόνος μεσολαβεῖ ἀπό τήν στιγμήν τῆς ρήξεως τῶν ὑμένων μέχρι τοῦ τέλους τοῦ τοκετοῦ. Ὁ κίνδυνος εἶναι πλέον ἐντονός ἐάν τελικῶς παραστῇ ἀνάγκη καταφυγῆς εἰς καισαρικήν (64).

β) Ἀνοξία τοῦ ἐμβρύου εἴτε ἐκ τετανικῆς συσπάσεως τῆς μήτρας εἴτε ἐκ τῆς συρρικνώσεως τῆς μητροπλακουντικῆς ἐπιφανείας, λόγω μεγάλης ἀποβολῆς ἀμνιακοῦ ὑγροῦ.

γ) Προωρότης εἰς ποσοστόν μέχρι 3% (Μανουηλίδης) (53), λόγω κακῆς ἐκτιμήσεως τοῦ χρόνου τῆς ἐγκυμοσύνης.

δ) Ρήξις τῆς οὐλῆς ἐκ τῶν τυχόν τετανικῶν συστολῶν τῆς μήτρας, λόγω ὑπερβολικῆς δόσεως ὠκυτοκίνης.

ε) Πρόπτωσης τοῦ ὀμφαλίου λώρου εἰς περίπτωσιν τεχνητῆς ρήξεως τῶν ὑμένων.

Ἄλλοι ἐρευνῆται (47) καί πολλά μαιευτικά νοσοκομεῖα τῆς Ἀγγλίας δέν διστάζουν νά προχωρήσουν εἰς τεχνητὴν πρόκλησιν τοκετοῦ καί εἰς περιπτώσεις ὅπου ὑπάρχει οὐλή ἐπὶ τῆς μήτρας. Τήν ἄποψιν των στηρίζουν ἐπὶ τῆς ἀντιλήψεως ὅτι μία οὐλή ἢ ὁποία ἐξετιμήθη ὡς δυναμένη νά ἀνθέξῃ τās ὠδίνας ἐνός φυσιολογικοῦ τοκετοῦ πρέπει νά δύναται νά ἀνθέξῃ καί τās ὠδίνας αἱ ὁποῖαι θά προκληθοῦν ἀπό τήν ὠκυτοκίνην (47).

Ὁ κίνδυνος τετανικῆς συσπάσεως δύναται νά ὑπερπηδηθῇ μέ τήν προσεκτικὴν παρακολούθησιν τῆς ἐπιτόκου καί τήν ἄμεσον διακοπὴν τῆς ἐνδοφλεβίου ἐγχύσεως ὠκυτοκίνης εἰς τήν περίπτωσιν πού αἱ ὠδίνες παραταθοῦν πέραν τῶν 60' καί ἐν ἀνάγκῃ τήν χορήγησιν πεθιδίνης ἢ Orciprenaline (Alupent) (5).

Ὁ κίνδυνος λοιμώξεως ἀποφεύγεται διὰ τῆς ἐφαρμογῆς μιᾶς δυναμικῆς καί ταχείας μεθόδου προκλήσεως τοκετοῦ διὰ συνεχοῦς αὐξήσεως τῆς ἐνδοφλεβίου δόσεως τῆς ὠκυτοκίνης, ὥστε ὁ προσδοκώμενος τοκετός νά ἀρχίσῃ καί νά περατωθῇ εἰς σύντομόν χρονικόν διάστημα.

Ἡ πρόπτωσης τοῦ ὀμφαλίου λώρου ἀποφεύγεται ἐάν λαμβάνεται ὑπ' ὄψιν ὅτι ἀντενδείκνυται ἡ ρήξις τῶν ὑμένων εἰς τήν περίπτωσιν κατά τήν ὁποίαν ἡ κεφαλὴ τοῦ ἐμβρύου δέν εἶναι ἐμπεδωμένη. Διὰ νά γίνῃ ἡ τεχνητὴ ρήξις τῶν ὑμένων πρέπει ἡ

κεφαλή νά είναι έμπεδωμένη ή τουλάχιστον νά εφαρ όζη καλώς εις τήν μικράν λεκάνην, ούτως ώστε νά μήν έπιτρέπη τήν πρόπτωσιν τής δμφαλίδος μετά τήν ρήξιν τών ύμένων.

Έν πάση όμως περιπτώσει δέον όπως έξ άρχής καταστή σαφές ότι ή άνάληψις του έγχειρήματος τής προκλήσεως τεχνητών όδίνων είτε δι' ώκυτοκίνης είτε δι' άλλων μέσων οίασδήποτε έκ τών κατωτέρω περιγραφομένων μεθόδων, προϋποθέτει πλήρως ώργανωμένον μαιευτήριον καί χειρουργείον μέ ειδικευμένον νοσοκομειακόν προσωπικόν, μέ μαιευτήρα μέ μεγάλην πείραν, ικανόν όχι μόνον νά διαγνώση τυχόν έπιπλοκάς, αί όποίαι δυνατόν νά προκληθοϋν άπό τό έν λόγω έγχείρημα, αλλά ό όποίος θά είναι καί εις θέσιν νά ώργανώση καισαρικήν τομήν ή λαπαροτομίαν εις βραχύτατον χρονικόν διάστημα'είναι έπίσης αναγκαίον νά έχη εις τήν διάθεσίν του αίμα διά νά χορηγηθ ή εις περίπτωσιν άνάγκης'πρό παντός είναι αναγκαία ή συνεχής παρουσία του εις τό μαιευτήριον καί ή έκ του σύνεγγυς παρακολούθησις τής έπιτόκου.

Παράγοντες έπιρεάζοντες τήν έπιτυχίαν τής τεχνητής προκλήσεως τοκετού.

α) 'Ο άριθμός τών προηγουμένων τοκετών

Είς τάς περιπτώσεις τών πολυτόκων, ιδίως μετά τόν τέταρτον τοκετόν, αί πιθανότητες άποτυχίας είναι ύψηλότεραι παρά εις τάς πρωτοτόκους, ώς έμφαίνεται εις τόν κατωτέρω πίνακα:

Πίναξ 5: Σχέσις άριθμού προηγουμένων τοκετών καί έπιτυχίας τής τεχνητής προκλήσεως του τοκετού (64).

Αριθμός τοκετών	Σύνολον περιπτώσεων	Αποτυχίαι	
		Αριθμός	Ποσοστόν
0	115	15	13%
1—4	87	36	41%
5 +	28	13	46%

β) 'Η τελειόμηνος έγκυμοσύνη

"Όσον πλησιέστερον πρός τό τέρμα της εϋρίσκεται ή έγκυμοσύνη τόσον μεγαλύτερας πιθανότητας έπιτυχίας έχει ή τεχνητή πρόκλησις τοκετού.

'Ο κατωτέρω πίναξ παρουσιάζει τήν σχέσιν τής ώριμότητος του έμβρύου πρός τήν έπιτυχίαν τής τεχνητής προκλήσεως τοκετού.

Πίναξ 6: Σχέσις ώριμότητος του έμβρύου πρός τήν έπιτυχίαν τής τεχνητής προκλήσεως του τοκετού (64).

Ωριμότης του έμβρύου εις έβδομάδας	Ποσοστόν άποτυχίας τεχνητής προκλήσεως τοκετού
32—37	71%
38—39	33%
40+	11%

γ) Ἡ ώριμότης τοῦ τραχήλου

Ἡ ώριμότης τοῦ τραχήλου εἶναι εὐνοϊκός παράγων διά τήν ἐπιτυχή ἔκβασιν τῆς τεχνητῆς προκλήσεως τοκετοῦ.

Ἡ ώριμότης τοῦ τραχήλου χαρακτηρίζεται ἀπό τόν βαθμόν τῆς διαστολῆς, τήν ἐξαφάνισιν ἢ τόν βαθμόν ἐλαττώσεώς του, τήν μαλακότητα ἢ ὁποία διαπιστοῦται διά τῆς ἀφῆς — ὅσον μαλακώτερος τόσον πλέον ώριμος —, ὡς καί ἀπό τήν σχέσιν του μέ τό προβάλλον μέρος τοῦ ἐμβρύου (49). Ὁ Μανουηλίδης (53) χαρακτηρίζει τόν τράχηλον ώριμον ὅταν ἔχη τουλάχιστον I ἐκ. διαστολήν καί ἔχει ἐξαφανισθῇ κατά 50%.

δ) Ἡ σχέσις τοῦ τραχήλου πρός τό προβάλλον τμήμα τοῦ ἐμβρύου καί ἡ ἐμπέδωσις τῆς κεφαλῆς.

Ἡ καλή ἐφαρμογή τοῦ τραχήλου μέ τό προβάλλον τμήμα τοῦ ἐμβρύου εἶναι εὐνοϊκός παράγων διά τήν ἐπιτυχή πρόκλησιν τοῦ τοκετοῦ. Ἡ ἐμπεδωμένη κεφαλή εἶναι ἐπίσης πολύ εὐνοϊκός παράγων.

Γενικῶς τελειόμηνος ἐγκυμοσύνη, ώριμος τράχηλος, ὁ ὁποῖος ἐφαρμόζει καλῶς πάνω εἰς τό προβάλλον μέρος τοῦ ἐμβρύου καί ἐμπεδωμένη κεφαλή, ὡς καί ἔμβρυον τό ὁποῖον δέν ἔχει βάρος μεγαλύτερον τῶν 3.500 γραμμαρίων, εἶναι εὐνοϊκοί παράγοντες διά τήν ὁμαλήν ἐξέλιξιν τοῦ τοκετοῦ, ἀνεξαρτήτως τῆς ὑφισταμένης οὐλῆς.

Ἡ παρουσία ὄλων ἢ τῶν περισσοτέρων εὐνοϊκῶν παραγόντων εὐνοοῦν τήν ἐπιτυχίαν τῆς προκλήσεως τοῦ τοκετοῦ, ὅμως δέν τήν προδικάζουν ὅπως καί ἡ ἀπουσία εὐνοϊκῶν παραγόντων δέν προδικάζει ὅπωςδῆποτε τήν ἀποτυχίαν (64).

Μέθοδοι προκλήσεως τεχνητῶν ὠδίνων

Μηχανικός ἐρεθισμός τῆς μήτρας

1. Φωτόλουτρα.
2. Ἀποκόλλησις τῶν ὑμένων.
3. Εἰσαγωγή καθετήρος FOLEY'S ἐντός τῆς ἐνδομητρικῆς κοιλότητος.
4. Τεχνητή ρήξις τοῦ θυλακίου.

Φωτόλουτρα.

Ἐφαρμόζονται καί σήμερον εἰς τήν Ἑλλάδα καί παλαιότερον ἤτο ἡ πλέον δημοφιλὴς μέθοδος προκλήσεως τοκετοῦ (44) (53).

Ἡ δακτυλική ἀποκόλλησις τῶν ὑμένων

Ἡ μέθοδος αὕτη εἶναι δυνατόν νά προκαλέσῃ τοκετόν, ὅταν ἐπαναλαμβάνεται ἐπὶ μερικῇ ἡμέρᾳ μίαν ἢ δύο φορές ἡμερησίως. Ἐξ ἄλλου διά τῆς μεθόδου αὐτῆς ώριμάζει ὁ τράχηλος καί ἡ μήτρα ἀντιδρᾷ καλύτερον εἰς τήν ὠκυτοκίνην (53). Τό μειονέκτημα τῆς ὅμως εἶναι αἱ ἠδύξημένοι πιθανότητες μόλυνσεως λόγῳ τῶν συχνῶν ἐπαναλήψεων (53).

Εἰσαγωγή καθετήρος FOLEY'S (4a) (24)

Ἡ εἰσαγωγή ξένων σωμάτων εἰς τήν μήτραν δι' οἷονδῆποτε σκοπόν θεωρεῖται, κατά τὰ τελευταῖα ἔτη ἐπικίνδυνος, καί ἔχει ἐγκαταλειφθῇ (Β. Κουτήφαρης σελ. 234). Ἡ εἰσαγωγή τοῦ καθετήρος ἐντός τῆς μήτρας ὑπὸ ἀσήπτους συνθήκας ἐξητάσθῃ εἰς περιπτώσεις ὅπου ὑπάρχει οὐλὴ ἐπὶ τῆς μήτρας, ὅπως ἐμφαίνεται ἀπὸ τὰ ἡμέτερα περιστατικά τὰ παρατιθέμενα εἰς τήν σελίδα 55

‘Η μέθοδος αυτή καθ’ εαυτήν δέν δύναται νά θεωρηθῇ ὡς μέθοδος προκλήσεως τοκετοῦ ἀλλά ὡς μέσον ἐφαρμοζόμενον εἰς τὰς περιπτώσεις ὅπου ὁ τράχηλος δέν εἶναι ὄριμος. Εἰς ποσοστόν 25% ἀρχίζει ὁ τοκετός μόνος του πρό τῆς παρελεύσεως 24 ὥρων.

Εἰς τήν ἀντίθετον περίπτωσιν ὁ ἀνώριμος τράχηλος θά ἔχῃ ὠριμάσει μέ τήν παραμονήν τοῦ καθετήρος FOLEY’S ἐντός τοῦ τραχήλου καί θά ἐμφανίσῃ διαστολήν 2 — 3 δακτύλων. Οὕτω, ἀρχίζοντες μέ τεχνητὴν ρῆξιν τῶν μεμβρανῶν καί κατά σταγόνας ἔγχυσιν ὠκυτοκίνης θά ἔχωμεν τοκετόν εἰς τό συντομώτερον δυνατόν διάστημα.

‘Η μέθοδος καί τό ποσοστόν ἐπιτυχίας τῶν ἡμετέρων περιστατικῶν ἀναλύονται εἰς τήν σελ. 55 καί 56.

Τεχνητή ρῆξις τῶν ὑμένων

Πρόκειται περί ἀπλῆς μεθόδου καί ἀρκετά ἀσφαλοῦς ὅταν γίνεται ὑπό συνθήκας ἀσηψίας καί ἀντισηψίας. ‘Ο τρόπος εὐαισθητοποιήσεως καί διεγέρσεως τῆς μήτρας δέν εἶναι γνωστός. ‘Η ρῆξις τῶν ὑμένων γίνεται διά μέσου τοῦ μητρικοῦ στομίου εἴτε ὑψηλά μέ καθετήρα DREW SMYTHE εἴτε χαμηλά εἰς τό προβάλλον τμήμα τῶν ὑμένων τό ὁποῖον ἀντιστοιχεῖ εἰς τό μητρικόν στόμιον μέ κυρτήν αἰμοστατικήν λαβίδα KOCHER.

‘Η τεχνητή ρῆξις τοῦ θυλακίου δύναται νά προκαλέσῃ τόν τοκετόν χωρίς καμμίαν ἄλλην ἀγωγήν εἰς ἓνα ποσοστόν 80% περίπου ἐντός 24 ὥρων, (3). Εἰς τό ἥμισυ τοῦ ποσοστοῦ τούτου ὁ τοκετός προκαλεῖται ἐντός 12 ὥρων (63). “Ὁμως ἓν ποσοστόν 14,4% δέν ἔχει ἐμφανίσει καθόλου ὠδίναν μετά ἀπό ἀρόδον 24 ὥρων (74).

Χρήσις φαρμάκων

Δέν γίνεται πλέον χρήσις ἐνός ἀριθμοῦ φαρμάκων τά ὁποῖα ἐχρησιμοποιοῦντο εἰς τό παρελθόν διά τήν πρόκλησιν τοκετοῦ εἴτε διότι ταῦτα εἶναι ἐπικίνδυνα διά τό ἔμβρυον, ὅπως ἡ κινίνη, εἴτε διότι ἡ ἀποτελεσματικότης των εἶναι σχετικῶς μικρά εἴτε διότι ὁ συνδυασμός των μέ τήν ὠκυτοκίνην εἶναι ἐπικίνδυνος, ὡς εἰς τήν περίπτωσιν τῆς θειϊκῆς σπαρτείνης (27) (53).

‘Ορμόναι

‘Ωκυτοκίνη: ‘Η ὁρμόνη αὕτη δύναται νά χρησιμοποιηθῇ εἴτε διά τῆς ἐνδομυϊκῆς ὁδοῦ εἴτε διά τῆς ρινικῆς ὁδοῦ διά ψεκασμῶν εἴτε ἀπό τό στόμα μέ ὑπογλώσσια δισκία.

Εἰς τὰς περιπτώσεις τῶν ἐπιτόκων μέ οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας, ἡ ἐνδοφλέβιος συνεχῆς ἔγχυσις κατά σταγόνας εἶναι ἡ μέθοδος ἐκλογῆς. Μέ τήν μέθοδον αὕτην δύναται νά ἐλεγχθῇ ἡ δόσις μέ ἀρκετὴν ἀκρίβειαν καί νά διακοπῇ ἐν ἀνάγκῃ ἀμέσως ἡ χορήγησις της, ἐάν ἐμφανισθῇ τετανικὴ σύσπαισις τῆς μήτρας ἢ ἄλλη ἐπιπλοκή.

Πολλά σχήματα ἔχουν προταθῇ διά τήν πρόκλησιν τεχνητῶν ὠδίνων διά τῆς ἐνδοφλεβίου ἐγχύσεως ὠκυτοκίνης ἀπὸ τήν πλέον ἀρχέγονον καί συντηρητικὴν τοῦ THEOBALD (76) μέχρι τήν πλέον ριζοσπαστικὴν τήν ἐφαρμοζόμενὴν εἰς τήν κλινικὴν μας, τόσον διά τὰς περιπτώσεις μέ οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας ὅσον καί διά τὰς περιπτώσεις εἰς τὰς ὁποίας δέν ἔχει προηγηθῇ καισαρική τομή, ὡς περιγράφονται εἰς τήν σελ. 55. Εἰς τήν σελ. 51 περιγράφομεν τήν μέθοδον τήν ὁποίαν ἐφηρμόζαμεν εἰς τό Γενικόν Νοσοκομεῖον τοῦ BEDFORD εἰς Βρεττανίαν.

Τεχνητή ρῆξις τοῦ θυλακίου ἐν συνδυασμῷ μέ ὠκυτοκίνην.

‘Η μέθοδος αὕτη εἶναι ἀπλή καί οἰκονομική. Τό μειονέκτημα της εἶναι ὅτι ἡ

μόλυνσις είναι πιθανωτέρα λόγω του μακροῦ χρόνου μεταξύ ρήξεως τοῦ θυλακίου καὶ τοκετοῦ (63), ἀνεξαρτήτως τῶν μέτρων ἀσηψίας καὶ ἀντισηψίας τὰ ὅποια λαμβάνονται, καθότι 25% ἐκ τῶν ἐπιτόκων ἔχουν παθογόνους μικροοργανισμούς εἰς τὸν κόλπον καὶ τὸν τραχηλικὸν σωλήνα τῆς μήτρας πρὶν ἀκόμη ἀρχίσῃ ὁ τοκετός (56). Προϋπόθεσις διὰ τὴν ρῆξιν τοῦ θυλακίου εἶναι ἡ ἐμπεδωμένη κεφαλὴ.

Τὴν τεχνητὴν ρῆξιν τοῦ θυλακίου ἀκολουθεῖ ἡ κατὰ σταγόναν ἐγχυσις ὠκυτοκίνης, εἴαν δὲν ἀρχίσῃ τοκετός μετὰ ἀπὸ 12 ὥρας (4) (3) ἢ κατ' ἄλλους μετὰ ἀπὸ 24 ὥρας (56). Διάφοροι μέθοδοι ἔχουν ἐφαρμοσθῇ, αἱ ὅποιαι ποικίλουν ὡς πρὸς τὴν χορηγουμένην ποσότητα ὠκυτοκίνης καὶ τὴν ταχύτητα αὐξήσεως τῆς δόσεως.

Τὴν μέθοδον τῆς χορηγήσεως ὠκυτοκίνης ἐνδοφλεβίως ἐφήρμοσε τὸ πρῶτον ὁ Theobald. G. (4) (76) (77) (78) (79) (80) (81) τὸ 1948, με ἐλαχίστην δόσιν 0.5 — 1 διεθνoῦς μονάδος ὠκυτοκίνης ἐντός 500 κ. ἐ. διαλύματος γλυκόζης εἰς συνεχῇ χορήγησιν χωρὶς αὐξήσιν τῆς πυκνότητος τῆς ὠκυτοκίνης. Σήμερον χορηγεῖται ἀφόβως ὠκυτοκίνη εἰς μεγαλυτέρας πυκνότητας, (3) (26).

Ἡ εὐαισθησία τῆς μήτρας ποικίλει ἀπὸ ἀτόμου εἰς ἄτομον τόσον ὥστε ἡ εὐαισθησία νὰ εἶναι κάποτε 50 φορές ὑψηλοτέρα εἰς μίαν περίπτωσιν ἀπὸ ἄλλην (3). Τὸ γεγονός τοῦτο πρέπει νὰ κάμῃ πολὺ προσεκτικὸν τὸν μαιευτήρα. Ἰδιαιτέρως εἰς τὰς περιπτώσεις ὅπου ὑπάρχει προηγουμένως οὐλὴ ἐπὶ τῆς μήτρας, ἡ χορήγησις ὠκυτοκίνης πρέπει νὰ ἀρχίσῃ ἀπὸ μικρὰν δόσιν, ἡ ὅποια νὰ αὐξάνεται σταθερῶς καὶ χωρὶς καθυστέρησιν μέχρις ὅτου ἀρχίσουν ἱκανοποιητικαί ὠδῖναι. Ἐλάχισται δόσεις, αἱ ὅποιαι ἀφήνουν ἀδιαφόρους πολλὰς μήτρας, εἰς ἄλλας ἡμπορεῖ νὰ προκαλέσουν τετανικὴν σύσπασιν τῆς μήτρας με κίνδυνον ρήξεως τῆς οὐλῆς.

Ἡ περιεκτικότης 0.5 διεθνoῦς μονάδος ἐντός 540 κ.ἐ. διαλύματος 5% γλυκόζης, ὅταν χορηγῇται με ρυθμὸν 15 σταγόνες ἀνά λεπτόν, ἀντιστοιχεῖ με 1 m.u. ὠκυτοκίνης ἀνά λεπτόν.

Πίναξ 7: Ποσότης ὠκυτοκίνης εἰς m.u. ἀνά λεπτόν (4)

Μονάδες ὠκυτοκίνης εἰς 540 κ.ἐ. 5% Γλυκόζης	Σταγόνες ἀνά λεπτόν		
	15	30	60
0.5	0.93	1.85	3.7
2.0	3.7	7.4	14.8
8.0	14.8	29.6	59.2
32.0	59.2	118.4	336.8

Ἀγωγή Β. Κουτήφαρη.

Συνίσταται εἰς τὴν χορήγησιν ἐπὶ μίαν ἐβδομάδα 10mg συνθετικῶν οἰστρογόνων τρεῖς φορές τὴν ἡμέραν. Ἐάν δὲν παρουσιασθοῦν φαινόμενα τοκετοῦ, τότε διὰ τὸ ἐπόμενον 48ωρον χορηγοῦνται οἰστρογόνα 10mg κάθε τρεῖς ὥρας. Ἐν συνεχείᾳ χορηγεῖται ὁρὸς με ὠκυτοκίνη ἐνδοφλεβίως 10 σταγόνες ἀνά λεπτόν (ὁρὸς γλυκόζης 5% ὅπου

προστίθενται 12 μονάδες ώκυτοκίνης ανά 1000 Κ.Ε.). Είς τήν περίπτωσιν πού δέν ἀρχίσει τοκετός μετά ἀπό 12 ὥρας διακόπτεται ἡ χορήγησις καί δίδεται πεθιδίνη τό βράδυ. Τό ἄλλον πρωί ἐπαναλαμβάνεται ἡ χορήγησις ώκυτοκίνης. Ἐάν δέν προκληθῇ αὐτόματος ρῆξις τοῦ θυλακίου, τότε διενεργεῖται τεχνητή ρῆξις του. (Β. Κουτήφαρης σελ. 196). (40α).

Χορήγησις ώκυτοκίνης εἰς τήν περίπτωσιν οὐλῆς.

Εἶναι καλόν νά ἀρχίζωμεν μέ μικράν δόσιν ώκυτοκίνης, ἥτοι 1 Μ.Υ. ἀνά λεπτόν, (καθότι ἐν ποσοστόν ἐπιτόκων ἀνταποκρίνεται ἱκανοποιητικῶς μέ μικράν δόσιν ώκυτοκίνης ὅπως φαίνεται εἰς τόν πίνακα ἀρ. 8 (26)) καί ἡ δόσις νά διπλασιάζεται ἀνά 15' μέχρις ὅτου ἐπιτευχθοῦν ἱκανοποιητικά ὠδῖναι.

Πίναξ 8: Κατανομή τῆς μεγίστης δόσεως ώκυτοκίνης ἀπαιτουμένης διά τό τοκετόν (26)

Ἔκυτοκίνη Μ.Υ.	—2	—8	—32	—128
Ἀριθμός περιπτώσεων	9	58	53	10
Ποσοστόν	7%	44%	41%	8%

Βεβαίως αἱ ὡς ἄνω διαπιστώσεις ἀναφέρονται εἰς περιπτώσεις ἀνεξαρτήτως τῆς ὑπάρξεως ἢ ὄχι οὐλῆς ἐπὶ τῆς μήτρας. Ὡς ὅμως καί ἀνωτέρω ἐλέχθη, θά πρέπει νά υποθέσωμεν ὅτι ἡ συμπεριφορά τῆς μήτρας ἔναντι τῆς ώκυτοκίνης εἶναι ἡ αὐτή εἴτε ὑπάρχει ἐπ' αὐτῆς προηγουμένη οὐλή εἴτε ὄχι.

Ὁ ΜC GARRY (47) εἰς τήν ἐνδιαφέρουσαν μελέτην του, ὅπου ἐμελέτησε 10.000 τοκετούς, ἀναφέρει ὅτι:

Ἐπὶ 10.000 τοκετῶν

415 εἶχον γεννήσει προηγουμένως μέ καισαρικήν τομήν, ποσοστόν 4,15%. Ἐκ τῶν 415 τούτων 81 προεγγραμμάτισθησαν διά καισαρικήν (20%).

334 ἀφέθησαν νά γεννήσουν διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ (80%)

Εἰς 128 ἐχρειάσθη νά προκληθοῦν τεχνηταί ὠδῖναι.

Εἰς τά περιστατικά αὐτά συνέβη μία μόνον ρῆξις οὐλῆς, ἡ ὁποία ὅμως δέν ὠφείλετο εἰς τήν ἐπίδρασιν ώκυτοκίνης (καθότι δέν ἐγινε τετανική σύσπασις τῆς μήτρας) ἀλλά εἰς τήν διάνοξιν κακῶς ἐπουλωθείσης οὐλῆς ἐκ τῆς ἐπιλοχείου λοιμώξεως μετά τήν καισαρικήν. Ἐξ ἄλλου τό ποσοστόν μιᾶς ρήξεως εἰς 128 περιπτώσεις τεχνητῆς προκλήσεως τοκετῶν εἶναι περίπου τόσον ὅσον ἐμφανίζουν καί ἄλλοι ἐρευνηταί εἰς περιπτώσεις μέ προηγουμένην καισαρικήν χωρίς νά γίνῃ χρήσις ώκυτοκίνης. Εἰς 80 ἀπό τὰς 128 αὐτάς περιπτώσεις ἐχρειάσθη νά γίνῃ καισαρική.

Ὁ ἐν λόγῳ ἐρευνητής δέν καθορίζει κεχωρισμένως τὰς ἐνδείξεις διά τήν καισαρικήν μετά ἀπό πρόκλησιν τεχνητῶν ὠδίνων ἀλλά ἀπό τόν πίνακα τῶν ἐνδείξεων, τὰς ὁποίας παραθέτει διά τὰς 92 περιπτώσεις μὴ προγραμματισθείσης καισαρικῆς τομῆς, πού ἐπανελήφθη ἡ καισαρική, εἰς τὰς ὁποίας περιλαμβάνονται καί οἱ 80 περιπτώσεις ἐκ προηγηθείσης τεχνητῆς προκλήσεως τοκετοῦ, δυνάμεθα ἴσως νά ἐξαγάγωμεν μερικά συμπεράσματα, λαμβάνοντες ὑπ' ὄψιν τό μικρόν ποσόν τῆς μεγίστης χρησιμοποιοῦμένης δόσεως ώκυτοκίνης πού ἦτο 5 διεθνεῖς μονάδες εἰς 500 κ. ἐ. γλυκόζης 5% εἰς 30 σταγόνας ἀνά λεπτόν.

Εἰς 39 περιπτώσεις ἔγινε καισαρική λόγῳ ὑποτονικοῦ τοκετοῦ καί εἰς 24 διότι αἱ τεχνηταί ὠδεῖναι ἀπέτυχον νά προκαλέσουν τοκετόν.

Ἴσως μεγαλύτεραι δόσεις ὠκυτοκίνης νά ἐπέτρεπον καθιέρωσιν καλυτέρου τοκετοῦ καί τό ἀποτέλεσμα νά ἦτο καλύτερον εἰς μερικάς ἀπό τάς 63 τουλάχιστον περιπτώσεις.

Ἐν πάσῃ περιπτώσει ἔστω καί ἂν ἀκολουθήσῃ καισαρική τομή μετὰ ἀπό ἀποτυχίαν προκλήσεως τοκετοῦ, ἡ ἐπίτοκος δέν ἀντιμετωπίζει ηὐξημένους κινδύνους (47).

ΕΠΙΠΛΟΚΑΙ ΕΙΣ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΝ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟΝ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΕ ΟΥΛΗΝ ΕΠΙ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ἡ πλέον ἐπικίνδυνος ἐπιπλοκή εἰς τὴν περίπτωσιν ἐγκυμοσύνης καὶ τοκετοῦ ἐγκόου μέ οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας, εἶναι ἡ ρήξις τῆς οὐλῆς.

Ἡ ρήξις ἢμπορεῖ νά εἶναι τελεία ἢ ἀτελής.

Ἡ τελεία ἀφορᾷ ὅλας τὰς στοιβάδας τῆς μήτρας συμπεριλαμβανομένου καὶ τοῦ περιτοναίου. Ἡ μορφὴ αὐτῆς τῆς ρήξεως ἀφορᾷ συνήθως τὴν κλασσικὴν τομὴν καὶ τὴν χαμηλὴν κάθετον τομὴν. Ἡ αἱμορραγία ἡ ὁποία ἀκολουθεῖ, εἶναι πολὺ μεγάλη καὶ ἐπικίνδυνος διὰ τὴν ζωὴν τῆς ἐπιτόκου, ἐάν εἰς τὴν περιοχὴν τῆς ρήξεως ἐπικάθῃται ὁ πλακοῦς, λόγω τῆς ἐπερχομένης ἀποκολλήσεώς του (10). Ἐάν ἀντιθέτως ὁ πλακοῦς δέν εὐρίσκεται εἰς τὴν περιοχὴν τῆς ρήξεως, ἡ αἱμορραγία εἶναι κάποτε μικρά, λόγω τοῦ ὅτι ἡ οὐλὴ ἐκεῖ ἀποτελεῖται ἐκ συνδετικοῦ ἱστοῦ καὶ εἶναι πτωχὴ εἰς αἱμάτωσιν. Τό ἔμβρυον εἰς τὴν ρήξιν αὐτὴν συνήθως ἐξέρχεται ἀπὸ τό σημεῖον τῆς ρήξεως ἐντός τῆς κοιλίας ὅπου καὶ πεθαίνει.

Ἀτελής εἶναι ἡ ρήξις τῆς μήτρας πού ἀφορᾷ τὴν μυϊκὴν στοιβάδα, ἐνῶ ὁ οὐρογόνοσ τῆς μήτρας παραμένει ἀνέπαφος. Τοιαύτη ρήξις συμβαίνει συνήθως εἰς τὴν χαμηλὴν ἐγκαρσίαν τομὴν. Εἶναι ὀλιγώτερον αἱμορραγικὴ ἢ ἡ τελεία καὶ ἐάν τυχόν ὑπάρξῃ αἱμορραγία τό αἷμα ἐξέρχεται ἐκ τῶν γεννητικῶν ὀργάνων καὶ διευκολύνεται οὕτω ἡ διάγνωσις (6) (17) (39).

Μία ἄλλη μορφὴ ρήξεως εἶναι ἡ ἀσυμπτωματικὴ ρήξις. Ἡ μορφὴ αὐτὴ ἐκδηλοῦται κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐγκυμοσύνης ἀσυμπτωματικῶς ἐπὶ τῆς μήτρας σχηματίζεται εἰς τό σημεῖον τῆς οὐλῆς ἓνα ἄνοιγμα τό ὁποῖον καλύπτεται εἴτε μόνον ἀπὸ τό περιτόνεον/ εἴτε ἀπὸ μίαν λεπτὴν στοιβάδα συνδετικοῦ ἱστοῦ τῆς οὐλῆς (17) (20). Εἰς τὴν καισαρικὴν τομὴν, ἡ ὁποία τυχόν θά ἀκολουθήσῃ εἰς αὐτὴν τὴν περίπτωσιν, φαίνεται διὰ μέσου τῆς λεπτῆς πτυχῆς τοῦ περιτοναίου ἢ τοῦ συνδετικοῦ ἱστοῦ τό ἀμνιακόν ὑγρόν καὶ τό ὑποκείμενον τμῆμα τοῦ ἐμβρύου.

Τό τελευταῖον τοῦτο εἶδος τῆς ρήξεως, τό ὁποῖον προϋπάρχει τοῦ τοκετοῦ, ἐξελίσσεται συχνά εἰς τελείαν ρήξιν κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ ἢ ἀκόμη καὶ πρὶν ἀρχίσῃ οὗτος.

Ἡ συχνότης τῆς ἀσυμπτωματικῆς ρήξεως φθάνει κατὰ τινες ἐρευνητάς τό ὑψηλόν ποσοστόν τοῦ 8% ὅλων τῶν οὐλῶν αἱ ὁποῖαι ἠλέγχθησαν κατὰ τὴν διάρκειαν καισαρικῆς τομῆς (6).

Ὁ σχηματισμός τοῦ ἀτελοῦς ἀνοίγματος ἢμπορεῖ νά συμβῇ κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐγκυμοσύνης, ἀφ' ἑνός λόγω τῆς τάσεως καὶ λεπτύνσεως τοῦ μητρικοῦ τοιχώματος καὶ ἀφ' ἑτέρου λόγω τῆς περιοδικῆς αὐξήσεως τῆς ἐνδομητρικῆς πιέσεως ἐξ αἰτίας τῶν προετοιμαστικῶν ὠδινῶν. (49).

Εἰς τὰ χεῖλη τοῦ ἀνοίγματος δέν ὑπάρχουν στοιχεῖα προσφάτου ρήξεως, δηλαδή αἱμορραγοῦνται ἀγγεῖα, τὰ ὁποῖα νά μαρτυροῦν πρόσφατον ρήξιν (6). Παραμένει οὕτω ἀδιάγνωστος ἡ ρήξις μέχρις ὅτου γίνῃ καισαρική τομή ἢ διαγιγνώσκεται διὰ τῆς δακτυλικῆς ἐξετάσεως τῆς οὐλῆς μετὰ τὸν τοκετόν.

Τὰ πλεῖστα «ἀνοίγματα» δημιουργοῦνται πρὸ τοῦ τοκετοῦ. Ἐνας ἀριθμός ρήξεων γίνετα πρὸ τοῦ τοκετοῦ, καὶ τότε κυρίως πού σχηματίζεται τὰ κατώτερον τραχηλικόν τμῆμα τῆς μήτρας. Αἱ πλεῖστα ὁμως ρήξεις συμβαίνουν κατὰ τὰς δύο πρώτας ὥρας τοῦ

τοκετού (6). Φυσικά δεν αποκλείεται να γίνη ή ρήξις καί εις πλέον προχωρημένον στάδιον τοῦ τοκετοῦ καί δέν θά ἦτο συνετόν νά θεωρηθῇ ἡ οὐλή ἀσφαλής, ἐπειδή ἡδυνήθη νά ἀνθέξη κατά τās δύο πρώτας ὥρας. Ἀντιθέτως, ὁ μακρός τοκετός, μέ ἰσχυράς καί παρατεταμένας ὠδίνας εἶναι δυνατόν νά προκαλέσῃ ρήξιν τῆς οὐλῆς (6). Ὁ Lawson ἀναφέρεται εἰς τρεῖς ρήξεις οὐλῶν προηγουμένων καισαρικῶν τομῶν, αἱ ὁποῖαι ἐπεσυνέβησαν μετά ἀπό τοκετόν 24 ὥρων. (43).

Φαίνεται ὅτι τῆς τελείας ρήξεως προηγείται ὁ σχηματισμός ἐνός ἀσυμπτωματικοῦ ἀνοιγματος τό ὁποῖον σχηματίζεται εἴτε κατά τήν διάρκειαν τῆς ἐγκυμοσύνης εἴτε κατά τήν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ. Ὁ J. D. Lawson (43) διατείνεται ὅτι προκειμένου περί τῆς κλασσικῆς οὐλῆς τό ἀσυμπτωματικόν «ἀνοιγμα» σχηματίζεται κατά τήν διάρκειαν τῆς ἐγκυμοσύνης, ἐνῶ διά τήν χαμηλὴν ἐγκαρσίαν οὐλήν σχηματίζεται κατά τήν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ.

Ἡμεῖς εἶχομεν τήν εὐκαιρίαν νά συναντήσωμεν ἀσυμπτωματικόν ἀνοιγμα τῆς χαμηλῆς ἐγκαρσίας τομῆς κατά τήν διάρκειαν προγραμματισμένης καισαρικῆς τομῆς προτοῦ ἀκόμη ἀρχίσουν ὠδῖναι. Περίπτωσις ὑπ' ἀριθμόν I Σελ. 47.

Ἡ ἀτελής ρήξις εἶναι γενικῶς ὀλιγώτερον ἐπικίνδυνος τῆς τελείας τοιαύτης καί συνήθως τό ἔμβρυον γεννᾶται ζωντανόν.

Γενικῶς εἰς τήν περίπτωσιν τῆς ρήξεως τῆς οὐλῆς ἐκ κλασσικῆς τομῆς, ἡ περιγεννητική θνησιμότης εἶναι πέραν τοῦ 70%, διότι πλειστάκις τό ἔμβρυον περνᾷ διά μέσου τοῦ ἀνοιγματος τῆς οὐλῆς, εἰς τήν περιτοναϊκὴν κοιλότητα μέ ἀποτέλεσμα βεβαίως τόν θάνατόν του (17) (39). Ἐξ ἄλλου ἓνας ἀριθμός ἐμβρύων ἀποθνήσκει λόγῳ ἀποκολλήσεως τοῦ πλακούντος κατά τήν ρήξιν τῆς οὐλῆς ἐκ κλασσικῆς τομῆς.

Ἀντιθέτως, εἰς τήν ρήξιν τῆς χαμηλῆς ἐγκαρσίας οὐλῆς, ἡ περιγεννητική θνησιμότης εἶναι περίξ τοῦ 12% (22).

Ἀλλαι πιθαναί ἐπιπλοκαί ἐκ τῆς ρήξεως τῆς οὐλῆς εἶναι ἡ ἐπέκτασις τῆς ρήξεως τῆς μήτρας πρὸς τήν οὐροδόχον κύστιν. Ἡ συχνότης τῆς ρήξεως τῆς οὐροδόχου κύστεως εἶναι ἀρκετά ὑψηλή καί φθάνει μέχρι 16% (11).

Ἐξ ἄλλου εἶναι δυνατόν ἡ ρήξις τοῦ μυομητρίου νά συμβῇ εἰς τό πλάγιον τῆς μήτρας καί νά σχηματισθοῦν μεγάλα αἱματώματα ἐντός τῶν πλατέων συνδέσμων τῆς μήτρας (Κασκάρελης σελ. 351) (39) πού ἡμπορεῖ νά ὀδηγήσουν εἰς ἰνοδογονοπενίαν (2). Ἐξ αἰτίας τοῦ γεγονότος ὅτι ἡ αἱμορραγία δέν ἐξωτερικεύεται, δύσκολος καθίσταται ἡ ἔγκαιρος διάγνωσις τῆς περιπτώσεως αὐτῆς.

Ὁ σχηματισμός συμφυτικοῦ πλακούντος εἶναι ἐπίσης μία τῶν ἐπιπλοκῶν ἐκ τῆς ὑπάρξεως οὐλῆς ἐπὶ τῆς μήτρας.

Τό ποσοστόν τῆς μητρικῆς θνησιμότητος εἰς τās περιπτώσεις τῆς ρήξεως οὐλῆς τῆς μήτρας κυμαίνεται ἀναλόγως τῆς στάθμης τῆς παρεχομένης ἱατροφαρμακευτικῆς περιθάλψεως καί τῆς ταχύτητος μέ τήν ὁποίαν θά γίνη ἡ διάγνωσις.

Ὁ Dewhurst (1957) (17) ὁ ὁποῖος ἐμελέτησε 100 περιπτώσεις ρήξεως οὐλῆς ἐκ κλασσικῆς τομῆς ἀναφέρει 5 περιπτώσεις μητρικοῦ θανάτου, ἐνῶ εἰς 55 περιπτώσεις μέ ρήξιν οὐλῆς ἐκ χαμηλῆς ἐγκαρσίας τομῆς, τās ὁποίας περιγράφει, δέν ὑπάρχει μητρικός θάνατος.

Ὁ N. Λοῦρος (44) ἀναφέρει ὅτι τό ποσοστόν τῆς μητρικῆς θνησιμότητος μετά ἀπό ρήξιν εἶναι 6%.

Αἱ περιπτώσεις ἀτελοῦς καὶ ἀσυμπτωματικῆς ρήξεως ἡμπορεῖ νά διαγνωσθοῦν τυχαίως κατὰ τήν διάρκειαν τῆς καισαρικῆς τομῆς εἴτε λόγῳ ὑποψίας ρήξεως εἴτε λόγῳ προγραμματισμένης καισαρικῆς τομῆς δι' ἄλλον λόγον, εἴτε λόγῳ ἀποτυχίας κολπικοῦ τοκετοῦ μετὰ ἀπό ἕν χρονικόν διάστημα ὠδίνων. Ἐνίοτε τὰ συμπτώματα τῆς ρήξεως εἶναι τόσον ἀσαφῆ ὥστε ἡ διάγνωσις γίνεται πραγματικῶς δύσκολος (20).

Ὁ σχηματισμός διογκώσεως πάνω ἀπό τό κατώτερον τμήμα τῆς μήτρας — ὅταν ἡ οὐροδόχος κύστις εἶναι κενή — εἶναι ἕν ἀξιόλογον διαγνωστικόν σημεῖον διὰ τήν ρήξιν τῆς χαμηλῆς ἐγκαρσίας οὐλῆς (6). Πόνος καὶ εὐαισθησία ἄνωθεν τῆς περιοχῆς τῆς οὐλῆς εἶναι διαγνωστικόν σημεῖον προκειμένου περὶ τῆς κλασσικῆς τομῆς, ἐνῶ εἰς τήν περιπτώσιν τῆς χαμηλῆς ἐγκαρσίας δέν ἔχει μεγάλην διαγνωστικὴν ἀξίαν (6).

Ἀπότομος παῦσις τῶν ὠδίνων παρατηρεῖται εἰς ἕνα ἀριθμὸν ρήξεων τῆς οὐλῆς, ἰδιαιτέρως ὅταν πρόκειται διὰ τήν κλασσικὴν τομήν (12) (20) (86).

Ἀνώμαλον σχῆμα τῆς μήτρας καὶ τοῦ ἐμβρύου παρατηρεῖται ὅταν τό ἐμβρυον περάσῃ ὁλόκληρον ἢ μέρος τοῦ μέσα εἰς τήν περιτοναϊκὴν κοιλότητα (12) (20) (86)

Αἱμορραγία ἐκ τῆς κολπικῆς ὁδοῦ καὶ ὁ τυμπανισμός τῆς κοιλίας πρέπει νά δημιουργήσουν ὑποψίαν πιθανῆς ρήξεως. Σημεῖα ἐσωτερικῆς αἱμορραγίας ἐμφανίζονται εἴτε ἀπὸ τήν ἀρχὴν εἴτε ἀργότερον (12) (20) (86)

Ἐμφανίζεται ἐπίσης πόνος εἰς τοὺς ὤμους, ὅταν ὑπάρχῃ ἀρκετόν αἷμα ἐντός τῆς περιτοναϊκῆς κοιλότητος.

Αἱματοουρία παρατηρεῖται, ὅταν ἐπηρεασθῇ ἀπὸ τήν ρήξιν ἡ οὐροδόχος κύστις.

Ἡ ἀλλοίωσις ἢ ἡ ἐξάλειψις τῶν καρδιακῶν παλμῶν τοῦ ἐμβρύου ἡμπορεῖ νά συμβῇ κατὰ τήν ρήξιν τῆς οὐλῆς, εἴτε λόγῳ ἀποκολλήσεως τοῦ πλακοῦντος εἴτε λόγῳ προπτώσεως τῆς ὁμφαλίδος διὰ μέσου τοῦ ἀνοίγματος τῆς ρήξεως εἴτε λόγῳ ἀποβολῆς τοῦ ἐμβρύου μέσα εἰς τήν περιτοναϊκὴν κοιλότητα (8).

Ἐνίοτε ὅμως εἶναι τόσον ἀσήμαντα ἢ καὶ ἐλλείπουν ἐντελῶς τὰ ὡς ἄνω συμπτώματα, ὥστε ἡ διάγνωσις γίνεται μέ πολλήν δυσκολίαν καὶ μετὰ τόν τοκετόν ἢ πολὺ ἀργά (43) (12).

Ἡ διάγνωσις τῆς ρήξεως τῆς οὐλῆς μετὰ τόν τοκετόν ἡμπορεῖ νά γίνῃ καὶ ἐκ τῆς παλινδρομήσεως τοῦ λώρου. Ἐνίοτε ἐξαφανίζεται ὁλόκληρος ὁ πλακοῦς ἐντός τῆς κοιλιακῆς κοιλότητος διὰ μέσου τῆς ὀπῆς τῆς ρήξεως (37).

Εἰς τὰς πλείστας ὅμως τῶν περιπτώσεων ἡ ρήξις διαγιγνώσκεται κατὰ τήν διάρκειαν τῆς ἐρευνητικῆς δακτυλικῆς ἐξετάσεως μετὰ τό πέρας τοῦ τοκετοῦ (20).

Ἐν σημαντικόν σημεῖον, τό ὅποῖον πάντοτε πρέπει νά προκαλεῖ τήν ὑποψίαν ρήξεως τῆς οὐλῆς, εἶναι μία ἀνεξήγητος ταχυκαρδία κατὰ τήν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ (20).

Μόλις γίνη ή διάγνωσις τής ρήξεως επιβάλλεται ταχέως, ώργανωμένη και δυναμική αντιμετώπισις μέ αντικατάστασιν του άπολεσθέντος αίματος και ταχείαν όργάνωσιν λαπαροτομίας. 'Η άναμονή τής αποκαταστάσεως τής πιέσεως διά τής παροχής αίματος πρίν γίνη ή λαπαροτομία είναι σπατάλη χρόνου και επικίνδυνος πολυτέλεια καθότι ένίοτε είναι τόσον άθρόα ή αίμορραγία, ώστε αποβαίνει ματαία κάθε προσπάθεια αποκαταστάσεως τής πιέσεως (43).

Μερικοί έρευνηταί ως ό J. Donald (20) ό Brawn (12) και άλλοι (49) εισηγούνται ως θεραπείαν έκλογής τήν ύφολικήν ύστερεκτομήν όταν χρειάζεται μεγάλη ταχύτης λόγω τής βαρείας καταστάσεως τής άσθενούς, ή όλικήν ύστερεκτομήν, όταν ή κατάστασις τής άσθενούς δέν είναι πολύ βεβαρυμένη. Εισηγούνται συρραφήν τής ρήξεως μόνον όταν αυτή είναι μικρά.

'Αλλοι όμως έρευνηταί, ως ό Lawson (43) συνιστούν ως θεραπείαν έκλογής τήν συρραφήν του τραύματος και μόνον εις τήν περίπτωσιν κατά τήν όποιαν είναι αδύνατον νά έπιτευχθή τοϋτο νά γίνεται ύστερεκτομή.

'Η ύστερεκτομή επιβάλλεται όταν ή ρήξις είναι έκτεταμένη και καταλαμβάνει όλον τόν τράχηλον μέχρι του κόλπου. 'Εξ άλλου ήμπορεί νά είναι κυριολεκτικώς κουρελιασμένη ή μήτρα και είναι προβληματική ή συρραφή της. 'Ακόμη και μετά από τήν συρραφήν είναι δυνατόν νά ύπάρχη άκατάσχετος αίμορραγία από τήν οϋλήν ώστε νά καθίσταται άναγκαία ή ύστερεκτομή.

Μία ειδική περίπτωση, ή όποία είναι δυνατόν νά συμβή και νά επιβάλλη τήν ύστερεκτομήν, είναι ή έκστροφή τής μήτρας λόγω συσπάσεως των μυϊκών ίνών, όποτε καθίσταται αδύνατος ή συμπλησίασις των κρημνών του τραύματος. 'Η πολυτέλεια τής νεαροποίησεως του τραύματος είναι περιττή και είναι μόνον σπατάλη χρόνου (63).

'Ενδιαφέρουσα είναι ή μελέτη Shirish (73), όπου περιγράφεται ή αντιμετώπισις 110 περιπτώσεων ρήξεως τής μήτρας. 'Εξ αυτών 41 περιπτώσεις αντιμετώπισθησαν μέ συρραφήν τής ρήξεως χωρίς νά γίνη περίδεσις των σαλπίγγων. 'Εκ των 41 τούτων, 12 είχαν έν συνεχεία 21 τοκετούς, από τους όποιους ύπήρξαν 16 ζωντανά βρέφη. 'Από τάς 5 άπώλειας βρεφών, αί 3 θά πρέπει νά έχουν σχέσιν μέ τήν ρήξιν οϋλης χωρίς κανένα μητρικόν θάνατον. Τό μικρόν σχετικώς ποσοστόν ρήξεως δικαιολογεί τήν αντιμετώπισιν τής ρήξεως διά συρραφής τής οϋλης, ιδίως εις περιπτώσεις όπου ύπάρχει ένδιαφέρον δι' άπόκτησιν και άλλων τέκνων, μέ τήν προϋπόθεσιν, τονίζει ό SHIRISH, ότι εις τήν επομένην έγκυμοσύνην ή έγκυος θέ είσαχθή εις τήν κλινικήν τήν 28ην έβδομάδα τής έγκυμοσύνης και θά ακολουθήση καισαρική τομή τήν 38ην έβδομάδα τής κυήσεως ή μόλις άρχίση τοκετός.

'Ο χρόνος κατά τόν όποιον είναι δυνατόν νά συμβή ή ρήξις τής οϋλης τής συρραφείσης μετά από ρήξιν εις προηγούμενον τοκετόν, είναι συνήθως μετά από τήν 36ην έβδομάδα, δέν αποκλείεται όμως νά συμβή και ένωρίτερον, ακόμη και κατά τήν 16ην έβδομάδα (65).

Αί όλιγώτερον άνθεκτικά οϋλαί είναι αί προελθοῦσαι από ρήξιν οϋλης κλασσικής τομής και περισσότερον άνθεκτικά είναι αί προελθοῦσαι από διάνοιξιν χαμηλής έγκαρσίας (39).

'Εξ άλλου ό E. H. RITCHIE (65) έμελέτησε 253 έγκυμοσύνας δημοσιευμένας εις τήν

διεθνή βιβλιογραφία, αφορώσας 194 ασθενείς αι οποίαι ἐγέννησαν μέ οὐλήν προελθοῦσαν ἀπό προηγουμένην ρήξιν. Οὗτος ἀναφέρει δύο περιπτώσεις μητρικοῦ θανάτου ἢ 1%, αι οποίαι ὀφείλονται εἰς ρήξιν τῆς οὐλῆς. Ὅμως διὰ τὴν μίαν ἀπὸ τὰς δύο αὐτὰς περιπτώσεις, παρατηρεῖ ὁ ἴδιος, εἶναι σαφές ὅτι ὁ θάνατος ὀφείλετο εἰς τὴν ἔλλειψιν ἐπαρκοῦς αἵματος πρὸς μετάγγισιν.

Τὸ ποσοστὸν τῶν ρήξεων εἰς τὰς ἄνω 253 ἐγκυμοσύνας ἦτο περίπου 10%, ἡ δέ περιγεννητικὴ θνησιμότης 59%. Τὰ ποσοστά ταῦτα δεικνύουν ὅτι μέ μίαν καλὴν ὀργάνωσιν τῶν ἱατρικῶν ὑπηρεσιῶν εἶναι δυνατόν νά γίνῃ συρραφὴ τῆς ρήξεως καὶ νά ἔχῃ ἀρκετὴν ἀσφάλειαν ἢ ἐπίτοκος διὰ τὴν ἐπομένην ἐγκυμοσύνην, ἐάν ληθοῦν τὰ κατάλληλα μέτρα.

Εἰς τό μαιευτήριον «Ἀλεξάνδρα», ὡς ἀναφέρει ὁ Ν. Λαῦρος (44), ἀντιμετωπίσθησαν 85 περιστατικά ρήξεως οὐλῆς. Ἐκ τούτων αἱ 81 ἐθεραπεύθησαν ἐπιτυχῶς διὰ συρραφῆς. Εἰς περιπτώσεις ρήξεως τῆς οὐλῆς ἰδίως κλασσικῆς τομῆς, ὅπου ἡ αἱμορραγία εἶναι ἀκατάσχετος καὶ διὰ τῶν συνήθων μεθόδων συρραφῆς καὶ περιδέσεως τῶν ἀγγείων καθίσταται ἀδύνατος ἡ αἱμόστασις, μπορεῖ νά ἐφαρμοσθῇ ἡ περιέδεσις τῆς ἔσω λαγονίου ἀρτηρίας (16).

Εἰς τὴν ἀπόφασιν διὰ τὴν θεραπείαν τῆς ρήξεως τῆς μήτρας βεβαίως πρωτίστως θά ληφθῇ ὑπ' ὄψιν ἡ ζωὴ τῆς ἀσθενοῦς. Προσπάθεια θά γίνῃ νά περισωθεῖ ἡ μήτρα διὰ συρραφῆς τῆς οὐλῆς ὅταν πρόκειται περὶ νεαρᾶς καὶ ἀτέκνου γυναικός, μέ τὴν προϋπόθεσιν πάντοτε ὅτι δέν διακινδυνεύεται ἡ ζωὴ τῆς ἀσθενοῦς.

ΕΙΔΙΚΟΝ ΜΕΡΟΣ

Ἡμεῖς ἐμελετήσαμεν τοὺς τοκετοὺς μετὰ ἀπὸ καισαρικήν, οἱ ὅποιοι ἔλαβον χώραν εἰς τὸ Γενικὸν Νοσοκομεῖον τοῦ Μπέτφορντ εἰς Ἀγγλίαν ἀπὸ τοῦ 1957 μέχρι τοῦ 1968. Κατὰ τὸ διάστημα τοῦτο ἔλαβον χώραν εἰς τὸ ὡς ἄνω Νοσοκομεῖον 22,112 τοκετοί. Ἐμελετήσαμεν ἐπίσης καὶ 1800 τοκετοὺς οἱ ὅποιοι ἔλαβον χώραν εἰς τὴν ἰδιωτικὴν μας κλινικὴν κατὰ τὴν ὀκταετίαν 1970 — 1978.

Ἀπὸ τοὺς 22,112 τοκετοὺς εἰς τὸ Γενικὸν Νοσοκομεῖον τοῦ Μπέτφορντ, 1,480 ἔγιναν μέ καισαρικήν τομήν ἢ ποσοστὸν 6,7%. Ἀπὸ τοῦ 1957 μέχρι τοῦ 1968 παρουσιάζεται μία κατακόρυφος αὔξησης τοῦ ποσοστοῦ τῶν καισαρικῶν τομῶν εἰς τὸ Νοσοκομεῖον τοῦτο. Ὡς ἐμφαίνεται εἰς τὸν κατωτέρω πίνακα, ἐνῶ κατὰ τὸ 1957 τὸ ποσοστὸν ἦτο 3,3%, τοῦτο ἀνῆλθεν εἰς 8,6% τὸ 1968.

Ἡ αὔξησης αὕτη ὀφείλεται εἰς τὰς νέας ἀντιλήψεις αἱ ὁποῖαι ἐπεκράτησαν εἰς τὸ ἐν λόγω Νοσοκομεῖον μετὰ τὴν ἀνάληψιν τῶν θέσεων τῶν δύο διευθυντῶν ὑπὸ νέων ἐπιστημόνων τὸ 1960, μετὰ τὴν συνταξιοδότησιν τῶν παλαιότερων διευθυντῶν.

Ἀπὸ τοὺς 22,112 αὐτοὺς τοκετοὺς, 614 ἢ 2,6%, ἦσαν περιπτώσεις μέ οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας. Πρέπει νὰ ληφθῇ ὑπ' ὄψιν ὅτι τὸ ποσοστὸν τοῦ 2,6% δέν ἀνταποκρίνεται εἰς τὸν συνολικὸν ἀριθμὸν τῶν τοκετῶν εἰς τὴν περιοχὴν, διότι ἀρκετοὶ τοκετοὶ ἐλάμβανον χώραν εἰς τὴν οἰκίαν τῆς ἐπιτόκου.

Πίναξ 9: Τοκετοί και καισαρικοί τομαί εις τό Μπέτφορντ 'Αγγλίας 1957 — 1968.

'Αριθμός Καισα- ρικῶν	49	58	78	105	103	118	130	138	169	174	158	200
% ἀναλο- γία και- σαρικῶν	3,3%	3,8%	4,7%	6,3%	6,7%	7,1%	7,2%	7,5%	7,6%	7,7%	7%	8,6%
Ἔτος	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
Τοκετοί	1468	1519	1648	1663	1529	1648	1799	1827	2213	2250	2233	2315

Παραλλήλως πρὸς τὴν αὐξήσιν τοῦ ποσοστοῦ τῶν καισαρικῶν τομῶν, παρατηρεῖται καὶ αὐξήσις τοῦ ποσοστοῦ τῶν ἐπιτόκων μέ οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας. Ἐκ 1,4% τὸ 1957 ἠδξήθησαν εἰς 4% τὸ 1968, ὅπως φαίνεται εἰς τὸν πίνακα ἀρ. 10.

**Πίναξ 10: Τοκετοί μετά από Καισαρικήν τομήν εις τό Μπέτφορντ τῆς Ἀγγλίας
γιά τά ἔτη 1957 — 1968**

Ἄρ. τοκε- τῶν μέ προηγου- μένην καισαρι- κήν	21	25	29	29	33	39	57	50	74	79	85	93
% ἀναλο- γία τοκε- τῶν μέ προηγου- μένην καισαρι- κήν.	1,4%	1,6%	1,8%	1,7%	2,1%	2,4%	3,2%	2,7%	3,3%	3,5%	3,8%	4%
Ἔτος	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968

Ἡ ἔρευνα, ἡ ὁποία ἐγίνετο εἰς τό Γενικόν Νοσοκομεῖον τοῦ Μπέτφορντ διά νά ἀποφασισθῇ κατά πόσον θά ἐξετελεῖτο προγραμματισμένη καισαρική τομή καί τότε ἡ θά ἐδοκιμάζετο τοκετός διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ, ἦτο ἡ ἀκόλουθος:

Ἐμελετᾶτο τό ἱστορικόν τῆς προηγουμένης καισαρικῆς τομῆς ἰδίως ὅσον ἀφορᾷ τοὺς παράγοντας οἱ ὅποιοι ἐπέβαλον τήν προηγουμένην καισαρικήν.

Οἱ παράγοντες οἱ ὅποιοι καθώριζον τόν προγραμματισμόν καισαρικῆς τομῆς ἦσαν οἱ ἀκόλουθοι:

α. Ἐπαναλαμβανόμενος παράγων

I Στενή λεκάνη

II Κολπορραφή

III Διαβήτη

IV Δυστοκία τοῦ τραχήλου

- β. Προηγούμενη κλασσική τομή
- γ. Πυρετός κατά την λοχείαν
- δ. Παρατεταμένος τοκετός (πέραν τῶν 24 ὥρων)
- ε. Πέραν τῶν δύο προηγούμεναι καισαρικά τομαί.

Ἀπό τὰς 614 περιπτώσεις, αἱ ὁποῖαι ἔφερον οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας, 331 ἢ ποσοστὸν 54% ἀφέθησαν νά δοκιμάσουν νά γεννήσουν διὰ τῆς κολπικῆς ὁδοῦ. Ἐπέτυχον τοῦτο 275 ἢ ποσοστὸν 83,1%. Κατέληξαν εἰς καισαρικήν τομήν μετὰ ἀπό ἀποτυχίαν κολπικοῦ τοκετοῦ 56 ἢ ποσοστὸν 16,9%.

Προεγγραμματίσθησαν διὰ καισαρικήν τομήν 283 περιπτώσεις ἢ 46%.

Πίναξ 11: Μέθοδοι τοκετοῦ 614 περιπτώσεων μέ προηγούμενην καισαρικήν τομήν.

Περιπτώσεις μέ προηγούμενην καισαρικήν	Προγραμματισμένη Καισαρική	Δοκιμή τοκετοῦ διὰ τῆς κολπικῆς ὁδοῦ	Κολπικός τοκετός	Καισαρική μετὰ ἀπό ἀποτυχίαν κολπικοῦ τοκετοῦ
614	283	331	275	56
Ποσοστά %	46%	54%	83%	16,9%

Προγραμματισμένη καισαρική τομή: Εἰς 283 ἐκ τῶν 614 περιπτώσεων μέ προηγούμενην καισαρικήν τομήν ἐπρογραμματίσθη καισαρική. Αἱ ἐνδείξεις περιγράφονται εἰς τόν πίνακα 12.

Πίναξ 12: Αί ένδείξεις διά προγραμματισμένην καισαρικήν τομήν 283 περιπτώσεων μέ προηγουμένην καισαρικήν τομήν.

Ένδειξεις διά τήν προγραμματισμένην καισαρικήν 283 περιπτώσεων μέ προηγουμένην καισαρικήν	Περιπτώσεις
Παρατεταμένος τοκετός κατά τήν προηγουμένην έγκυμοσύνην ό όποιος κατέληξεν εις καισαρικήν τομήν	126
Δύο προηγούμεναι καισαρικάι τομαί	48
Πυρετός κατά τήν διάρκειαν τής λοχείας	44
Στενή λεκάνη	18
Προεκλαμψία εις τήν παρούσαν έγκυμοσύνην	13
Ίσχυακή προβολή εις τήν παρούσαν έγκυμοσύνην	7
Προδορμικός πλακοῦς κατά τήν παρούσαν έγκυμοσύνην	6
Μή καθορισθέντες σαφῶς λόγοι	6
Έγκάρσιον σχῆμα εις τήν παρούσαν έγκυμοσύνην	5
Τομή έν είδει άνεστραμμένου Τ εις τήν προηγουμένην έγκυμοσύνην	4
Διαβήτης	3
ΊΑσταθές σχῆμα εις τήν παρούσαν έγκυμοσύνην	3
Σύνολον:	283

ΊΑπό τās προγραμματισθείσας καισαρικάς, δύο έπαρουσίασαν άσυμπτωματικήν ρήξιν διαγνωσθείσαν κατά τήν διάρκειαν τής καισαρικής τομής. ΊΗ μία εκ τών δύο περιπτώσεων περιγράφεται κατωτέρω. (περίπτωσης άρ. Ι).

Περίπτωσης ύπ' αριθμόν Ι

Δευτεροτόκος ήλικίας 32 έτών.

ΊΗ προηγουμένη καισαρική τομή έγινε δύο έτη πρό τής παρούσης. ΊΗ ένδειξις διά τήν προηγουμένην καισαρικήν τομήν, πού ήτο καί ό πρώτος της τοκετός, ήτο παρατεταμένος τοκετός επί 48 ώρας μέ καλās ώδίνας, χωρίς όμως νά σημειώση καμμία άνξιόλογον πρόοδον ή διαστολή, ή δέ κεφαλή δέν είχεν έμπεδωθή. Τό θηλάκιον είχε ραγή αὐτομάτως έξ ώρας μετά τήν άρχήν του τοκετού. ΊΗ τομή ήτο χαμηλή έγκαρσία. Δέν τής έγένετο μετάγγισις αίματος. Κατά τήν διάρκειαν τής λοχείας έπαρουσιάσθη πυρετός 38° μόνον κατά τās πρώτας 36 ώρας, ό όποιος άντιμετωπίσθη επιτυχώς μέ πενισιλίνη καί στρεπτομυκίνη. ΊΟ μαιευτήρ ό όποιος εξέτέλεσε τήν καισαρικήν ήτο από τούς έμπείρους χειρουργούς. Τό βάρος του έμβρύου ήτο 4 κιλά καί 30 γραμμάρια.

ΊΗ παρούσα έγκυμοσύνη ήτο φυσιολογική. ΊΗ έγκυος δέν παρεπονέθη διά πόνους εις τό ύπογάστριον καί εις οὐδέν στάδιον τής έγκυμοσύνης έπαρουσίασε ευαισθησίαν κατά τό ύπογάστριον.

Προεγγραμματίσθη καισαρική τομή κατά τήν 38ην έβδομάδα λόγω του προηγούμενου παρατεταμένου τοκετού, του έπιλοχείου πυρετού καί του μεγάλου έμβρύου εις τήν παρούσαν έγκυμοσύνην.

Ἀμέσως μετά τήν διάνοιξιν τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος, διά μέσου καθέτου τομῆς, ἀπεκαλύφθη τό πρόσθιον κατώτερον τμήμα τῆς μήτρας. Ἐπί τῆς ἐπιφανείας τοῦ ἀνωτέρου τμήματος τῆς τραχηλικῆς μοίρας τῆς μήτρας ἐφάνη ἄνοιγμα μήκους 5 ἑκατ. καί πλάτους 1.5 ἑκατ. καθέτως ἐπὶ τοῦ ἐπιμήκους ἄξονος τῆς μήτρας. Τό ἄνοιγμα τοῦτο ἐκαλύπτετο μόνον ὑπὸ περιτοναίου, διά μέσου τοῦ ὁποίου ἐφαίνοντο τό ἀμνιακόν ὑγρόν καί ἡ ὑποκειμένη μοῖρα τῆς κεφαλῆς τοῦ ἐμβρύου.

Ἡ διάνοιξις τοῦ ἐμβρυϊκοῦ σάκκου ἔγινε διά μέσου τοῦ περιτοναίου καί διά διευρύνσεως τοῦ ἤδη ὑφισταμένου ἀνοίγματος καί ἐξήχθη τό ἔμβρυον.

Τά χεῖλη τοῦ ἀνοίγματος δέν ἐνεφάνιζον αἱμορραγίαν καί ἦτο φανερόν ὅτι δέν ἐπρόκειτο περί προσφάτου ρήξεως. Μετά τήν ἀφαίρεσιν τοῦ πλακοῦντος, ἔγινε νεαρποίησης τῶν χειλέων τοῦ ἀνοίγματος καί ἡ συρραφή ἔγινε κατὰ τόν συνήθη τρόπον.

Τό ἔμβρυον εἶχε βάρος 3,890 γραμμάρια. Ἡ λοχεία ἦτο φυσιολογική καί ἡ μήτηρ καί τό νεογέννητον ἐξῆλθον ὑγιεῖς ἐκ τοῦ Νοσοκομείου τοῦ Μπέτφορντ δέκα ἡμέρας μετά τήν καισαρικήν.

Περιπτώσεις μέ οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας πού ἀφέθησαν νά δοκιμάσουν νά γεννήσουν διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ:

Εἰς 331 περιπτώσεις μέ οὐλήν ἐπὶ τῆς μήτρας τοὺς ἐδόθη ἡ εὐκαιρία νά δοκιμάσουν νά γεννήσουν διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ.

Ἐπέτυχον τοῦτο 275 ἢ ποσοστόν 83%. Κατέληξαν εἰς καισαρικήν τομήν μετά ἀπὸ ἀποτυχίαν κολπικοῦ τοκετοῦ 56 (16.9%) περιπτώσεις. Τά 56 περιστατικά (16.9%) τὰ ὁποῖα κατέληξαν εἰς καισαρικήν τομήν εἶχον τὰς ἀκολούθους ἐνδείξεις:

Παρατεταμένος τοκετός	40
Ὑποψία ρήξεως ἢ ὑποψία ἐπικειμένης ρήξεως	7
Ἀνωμαλία τῶν καρδιακῶν παλμῶν τοῦ ἐμβρύου	6
Ρῆξις τῆς οὐλῆς	2
Πρόπτωσης τοῦ ὀμφαλίου λώρου	1
	56

Ἡ κατωτέρω περιγραφομένη περίπτωσις ἀναφέρεται εἰς περιστατικόν ρήξεως χαμηλῆς ἐγκαρσίας οὐλῆς μετά ἀπὸ τοκετόν ὁ ὁποῖος ἤρχισεν αὐτομάτως καί ἐγένετο διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ.

Περίπτωσης ὑπ' ἀριθμόν 2

Δευτεροτόκος ἐτῶν 26.

Ὁ προηγούμενος τοκετός ἔλαβε χώραν δύο ἔτη πρό τοῦ παρόντος τοκετοῦ, διά καισαρικῆς τομῆς (χαμηλή ἐγκαρσία), μέ ἐνδειξιν ἀνωμαλίαν τῶν καρδιακῶν παλμῶν τοῦ ἐμβρύου. Ἡ μετεγχειρητική πορεία ἦτο ἀπύρετος καί δέν ἐνεφάνισε ἄλλας ἐπιπλοκάς.

Ὁ τοκετός προεγγραμματίσθη διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ, ἤρχισε δέ αὐτομάτως τήν 39ην ἐβδομάδα τῆς ἐγκυμοσύνης. Ἡ διαστολή ἦτο τελεία μετά ἀπὸ ὀκτῶ ὥρων ἱκανοποιητικὰς ὠδίνας. Τό δεύτερον ὁμως στάδιον τοῦ τοκετοῦ παρετάθη εἰς μίαν ὥραν.

Εἰς τήν κολπικὴν ἐξέτασιν ἀπεδείχθη ὅτι ἡ καθυστέρησις τοῦ δευτέρου σταδίου τοῦ τοκετοῦ ὠφείλετο εἰς τήν ὀπισθίαν ἰνιακὴν θέσιν.

Ὁ τοκετός ἐγένετο δι' ἐμβρυουλκίας, χωρὶς μεγάλην δυσκολίαν, χωρὶς ὁμως νά γίνῃ στροφή τῆς κεφαλῆς.

Ἡ δακτυλική ἐπισκόπησις τῆς οὐλῆς ἀπεκάλυψε ρῆξιν τῆς οὐλῆς μήκους τριῶν περίπου δακτύλων. Ἡ ἀπώλεια αἵματος ἦτο φυσιολογική. Ἐγένετο λαπαροτομία, ὅπου ἀπεκαλύφθη ἡ κῦστις καὶ ἡ κυστεομητρικὴ πτυχὴ οἰδηματώδης ἀλλ' ἀκεραία· ἡ ρῆξις ἀφώρα τό μυομήτριον χωρὶς νά ἀνοίξῃ περιτόναιον τῆς κυστεομητρικῆς πτυχῆς. Ἡ περιτοναϊκὴ κοιλότης δέν περιεῖχε αἷμα. Μετὰ τὴν ἀποκόλλησιν τῆς κυστεομητρικῆς πτυχῆς, ἀπεκαλύφθη ἡ ρῆξις μήκους τριῶν περίπου ἑκατοστῶν. Ἐκ τῶν χειλέων τοῦ τραύματος δέν παρατηρήθη αἰμορραγία. Ἡ συρραφὴ ἔγινε εἰς δύο στιβάδας, ἀφοῦ ἔγινε νεαροποίησις τῶν χειλέων τῆς ρήξεως.

Ἡ μετεγχειρητικὴ πορεία ἦτο ἄνευ περιπλοκῶν καὶ ἡ μήτηρ ἐξῆλθε τῆς κλινικῆς μετὰ τοῦ τέκνου τῆς, βάρους 3 κιλῶν καὶ 500 γραμμαρίων, τὴν 10ην ἡμέραν.

Πρόκλησις τεχνητῶν ὠδίνων

Ἰδιαίτερον ἐνδιαφέρον παρουσίασαν 118 ἐπίτοκοι μέ οὐλὴν ἐπὶ τῆς μήτρας, εἰς τὰς ὁποίας ἐχρειάσθη νά προκληθοῦν τεχνηταὶ ὠδῖναι. Αἱ ἐνδείξεις ἦσαν ὡς κατωτέρω:

Προεκλαμψία	38
Παράτασις τῆς ἐγκυμοσύνης	32
Ἵποψία δι' ἀνεπάρκειαν τοῦ πλακοῦντος	23
Κατηγορία αἵματος Rh ἀρνητικόν	17
Διαβήτη	5
Ἀκαθόριστος λόγος	3
	118

Ἡ ἀκολουθουμένη τακτικὴ ἦτο ἡ ρῆξις τῶν ὑμένων ὑπὸ ἀσήπτους συνθήκας περὶ τὴν 9ην προμεσημβρινήν. Ἐάν ὁ τοκετός δέν ἤρχιζεν 24 ὥρας μετὰ ἀπὸ τὴν ρῆξιν τῶν ὑμένων, τότε ἤρχιζεν ἐνδοφλεβίως κατὰ σταγόνας ἔγχυσις δύο μονάδων ὠκυτοκίνης. Ἡ δόσις αὐτὴ ἠϋξάνετο ὡς περιγράφεται κατωτέρω εἰς τὴν σελ. 51.

Ἀπὸ τὰς 118 περιπτώσεις, ὅπου ἔγινε πρόκλησις τεχνητῶν ὠδίνων, 21 ἢ ποσοστὸν 17,8% ἀπέτυχον νά γεννήσουν διὰ τῆς κολπικῆς ὁδοῦ καὶ τοὺς ἔγινε καισαρική τομὴ μέ τὰς κατωτέρω ἐνδείξεις:

Παρατεταμένος τοκετός	17
Ἀνωμαλία τῶν καρδιακῶν παλμῶν τοῦ ἐμβρύου	2
Πρόπτωσις τοῦ ὀμφαλίου λώρου	1
Ἵποψία ρήξεως τῆς οὐλῆς	1
	21

Αἱ ὑπόλοιποι 97 ἢ ποσοστὸν 82% ἀπὸ τίς 118 πού τοὺς ἔγινε πρόκλησις τεχνητῶν ὠδίνων ἐπέτυχον νά γεννήσουν διὰ τῆς κολπικῆς ὁδοῦ.

Ὁ τοκετός ἤρχισε αὐτομάτως ἐντὸς 24 ὥρῶν ἀπὸ τῆς ρήξεως τοῦ θυλακίου ἐπὶ 88 ἐκ τῶν 118 περιπτώσεων, ἐνῶ εἰς 30 πού δέν ἤρχισε τοκετός μετὰ ἀπὸ 24 ὥρας τοὺς ἐχορηγήθη διάλυμα ὠκυτοκίνης ἐνδοφλεβίως μέ τὴν μέθοδον ἡ ὁποία περιγράφεται εἰς τὴν σελίδα 51.

Πίναξ 13. Μέθοδοι προκλήσεως τεχνητών ωδίνων καί τρόπος τοκετού επί 118 περιπτώσεων μέ προηγούμενην καισαρικήν τομήν.

Τεχνητή ρήξις θυλακίου μόνον.		Διάλυμα ώκυτοκίνης ένδοφλεβίως 24 ώρας μετά από τήν ρήξιν του θυλακίου
45 ή 51,2% 26 ή 29,5% 17 ή 19,3%	Φυσιολογικός τοκετός έμβρυουλκία καισαρική	19 ή 63,3% 7 ή 23,3% 4 ή 13,3%
88 ή 74,6%	Σύνολον περιπτώσεων	30 ή 25,4%

Είς τας 88 περιπτώσεις, όπου ο τοκετός ήρχισεν αυτόμάτως εντός 24 ώρων από της τεχνητής ρήξεως των υμένων, 27 ἐγέννησαν τας πρώτας 10 ώρας μετά τήν ρήξιν των υμένων, δηλαδή κατά τήν διάρκειαν τῆς ἡμέρας, ἐνῶ 44 ἐγέννησαν εἰς τό διάστημα μεταξύ 10 καί 34 ώρων ἀπό τῆς ρήξεως τοῦ θυλακίου.

Ἀπό αὐτήν τήν ομάδα 17 κατέληξαν εἰς καισαρικήν, εἰς 26 περιπτώσεις ἐγίνε ἐμβρυουλκία, ἐνῶ 45 ἐγέννησαν φυσιολογικῶς διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ.

Πίναξ 14. Διάρκεια καί μέθοδος τοκετοῦ ἐπί 88 περιπτώσεων ὅπου ὁ τοκετός ἤρχισε εἰς διάστημα ὀλιγώτερον τῶν 24 ὥρων.

Διάρκεια τοκετοῦ ἀπό τῆς ρήξεως τοῦ θυλακίου	Περιπτώσεις	Μέθοδος τοκετοῦ	Περιπτώσεις
4 — 10 ὥραι 10 — 34 ὥραι	27 ή 30,7% 44 ή 51,2%	Φυσιολογικός Ἐμβρυουλκία Καισαρική	45 ή 51,2% 26 ή 29,5% 17 ή 19,3%

Εἰς τας 30 περιπτώσεις ή 25,4% ἐχρειάσθη νά τοῦς χορηγηθῇ ἐνδοφλεβίως διάλυμα ὡκυτοκίνης, ὅταν 24 ὥρας μετά τήν ρήξιν των υμένων δέν ἤρχιζε τοκετός.

Από την ομάδα αυτήν 19 ἐγέννησαν φυσιολογικῶς, ἐνῶ εἰς 7 ἐγίνε ἐμβρυουλκία καὶ εἰς 4 καισαρική. Ἡ διάρκεια τῆς ἐνδοφλεβίου ἐγχύσεως τῆς ὠκυτοκίνης ἦτο εἰς 3 περιπτώσεις μέχρι 3 ὥρας, εἰς 6 περιπτώσεις μεταξύ 3 — 5 ὥρων καὶ εἰς 17 περιπτώσεις μεταξύ 5 — 12 ὥρων.

Πίναξ 15. Διάρκεια καὶ μέθοδος τοκετοῦ ἐπὶ 30 περιπτώσεων, ὅπου ἐχορηγήθη ἐνδοφλεβίως διάλυμα ὠκυτοκίνης ὅταν 24 ὥρας μετὰ τὴν τεχνητὴν ρῆξιν τοῦ θυλακίου δὲν ἤρχισε τοκετός.

Ὁ χρόνος ἀπὸ τῆς ἐφαρμογῆς τῆς ὠκυτοκίνης μέχρι τοῦ τοκετοῦ.	Περιπτώσεις	Μέθοδος τοκετοῦ	Περιπτώσεις
Μέχρι 3 ὥρας 3 — 5 ὥραι 5 — 12 ὥραι	3 ἢ 10% 6 ἢ 20% 17 ἢ 56,6%	Φυσιολογικῶς Ἐμβρυουλκία Καισαρική	19 ἢ 63,3% 7 ἢ 23,3% 4 ἢ 13,3%

Μέθοδοι χορηγήσεων ὠκυτοκίνης

Εἰς τὰς 30 περιπτώσεις ἢ 25,4% ἐχρειάσθη νὰ τοὺς χορηγηθῇ ἐνδοφλεβίως διάλυμα ὠκυτοκίνης, ὅταν 24 ὥρας μετὰ τὴν ρῆξιν τῶν ὑμένων δὲν ἤρχιζε τοκετός. Τὸ διάλυμα τῆς ὠκυτοκίνης ἦτο 2 διεθνεῖς μονάδες ὠκυτοκίνης ἐντὸς 1000 κ.ἐ. γλυκόζης 5%. Ἡ ἐγχυσις ἤρχιζε μὲ 15 σταγόνας ἀνὰ λεπτὸν καὶ αἱ σταγόνες ἠϋζάνοντο κατὰ 15 κάθε 30 λεπτά, μέχρις ἐπιτεύξεως ἱκανοποιητικῶν ὠδίνων. Εἰς τὰς περιπτώσεις ὅπου αἱ σταγόνες ἀνῆρχοντο εἰς τὰς 60 χωρὶς νὰ ἐπιτευχθοῦν ἱκανοποιητικαὶ ὠδῖναι, προσετίθεντο εἰς τὸν ὀρρὸν ἄλλαι 4 διεθνεῖς μονάδες ὠκυτοκίνης καὶ αἱ σταγόνες περιορίζοντο εἰς τὰς 15 ἀνὰ λεπτὸν, ἐν συνεχείᾳ δὲ ἐγίνετο ἡ αὐξησης κατὰ 15 σταγόνας κάθε 30 λεπτά μέχρι 60 σταγόνες ἀνὰ λεπτὸν. Εἰς περίπτωσιν πού δὲν ἐπιτυγχάνοντο ἱκανοποιητικαὶ ὠδῖναι ἐδιπλασιάζετο τὸ ποσὸν τῆς ὠκυτοκίνης καὶ οὕτω καθ' ἐξῆς μέχρι τῆς ἐπιτεύξεως ἱκανοποιητικῶν ὠδίνων.

Ἐθεωρεῖτο ὅτι ἤρχιζεν ὁ τοκετός ἀπὸ τὴν στιγμὴν κατὰ τὴν ὁποίαν αἱ ὠδῖναι εἶχον διάρκειαν ἄνω τῶν 20 δευτερολέπτων μὲ συχνότητα 5 λεπτῶν. Ἐάν δὲν ἐπετυγχάνετο ὁ τοκετός ἐντὸς 10 — 12 ὥρων καλῶν ὠδίνων, τότε ἐγίνετο καισαρική τομή.

Μεγάλη προσοχή ἐδίδετο εἰς τὸ νὰ ἀποφευχθῇ ἡ πρόκλησις τετανικῆς συστολῆς τῆς μήτρας ἢ αἱ ὠδῖναι νὰ γίνουν πολὺ μεγάλης διαρκείας. Ἐάν αἱ ὠδῖναι εἶχον διάρκειαν πέραν τῶν 60', διεκόπτετο ἡ χορήγησις τῆς ὠκυτοκίνης.

Ἐξ ἄλλου, μεγάλη σημασία ἐδίδετο εἰς τὴν ἐμφάνισιν εὐαισθησίας εἰς τὸ κατώτερον

τμήμα της μήτρας ή εις τήν εμφάνισιν άλλους κατά τό υπογάστριον μεταξύ τών ωδίνων, ως καί τήν εμφάνισιν ταχυκαρδίας, συμπτώματα τά όποία δημιουργοῦν τήν ύποψίαν ρήξεως. Τοῦτο ωδήγει εις λαπαροτομίαν, ή όποία όμως δέν επαλήθευε πάντοτε τάς ύποψίας.

Ένδεικτική είναι ή κατωτέρω περιγραφόμενη περίπτωσης.

Περίπτωσης ύπ' αριθμόν 3

Δευτεροτόκος έτών 32.

Η προηγούμενη χαμηλή έγκαρσία τομή έλαβε χώραν τρία έτη πρό τοῦ παρόντος τοκετοῦ. Η ένδειξις ήτο άνωμαλία τών καρδιακών παλμών τοῦ έμβρύου μετά από τοκετόν 18 ώρων.

Η λεχώ παρουσίασεν έλαφράν πυρετικήν κίνησιν, 37,8° — 38°, κατά τήν πρώτην καί δευτέραν ήμέραν τής λοχείας. Τοῦτο αντιμετώπισθη επιτυχώς μέ τήν χορήγησιν πενισιλίνης στρεπτομυκίνης.

Κατά τήν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ, ό όποίος ήρχισε αὐτομάτως τήν 39ην εβδομάδα ή επίτοκος παρεπνεύειτο δι' υπογάστριον άλλος, τό όποίον συνεχίζετο καί μετά τό πέρας εκάστης ωδίνης. Ψηλάφισις κατά τό κατώτερον τμήμα τής μήτρας, όπου ύποτίθεται ότι ήτο ή οὐλή, ήτο επώδυνος. Ένεφάνισεν επίσης έλαφράν ταχυσφυγμίαν μέ 96 παλμούς ανά λεπτόν.

Τά άνωτέρω συμπτώματα ενέβαλον εις ισχυράν ύποψίαν ρήξεως καί ως εκ τούτου έγινε καισαρική τομή μετά από 4 ώρας τοκετοῦ. Όμως ή οὐλή απέδείχθη άκεραία καί χωρίς καμμίαν ένδειξιν επικειμένης ρήξεως. Προφανώς ή σχετική ευαισθησία καί ό πόνος ωφέιλετο εις τήν πίεσιν τήν εξασκουμένην υπό τής κεφαλής τοῦ έμβρύου επί τής κύστεως.

Έλεγχος τής οὐλής μετά τό πέρας τοῦ τοκετοῦ

Ο ιατρός εκαλείτο μετά τό πέρας τοῦ τοκετοῦ διά νά έλέγξη τήν οὐλήν ή εάν ή μαῖα εκρινε ότι ήτο άναγκαία ή παρουσία τοῦ ιατροῦ, λόγω παρουσιαζόμενης τυχόν επιπλοκής. Άρκεταί καισαρικοί ώργανώνοντο κατά τάς μεταμεσσυκτίους ώρας.

Τετανική σύσπασις τής μήτρας

Περίπτωσης τετανικής συστολής τής μήτρας είναι δυνατόν νά εμφανισθῇ κατά τήν διάρκειαν τής χορηγήσεως ενδοφλεβίως διαλύματος ώκυτοκίνης.

Οί κίνδυνοι εκ τής τετανικής συστολής είναι δύο:

α) Ρήξις τής οὐλής.

β) Βραδυκαρδία τοῦ έμβρύου, λόγω προφανώς άνοξίας εκ τής παρατεταμένης πιέσεως τοῦ πλακοῦντος ή πιθανώς άντανακλαστικόν τί άπότοκον τής ηύξημένης ενδομητρικής πιέσεως.

Η κατωτέρω περίπτωσης αναφέρεται εις τετανικήν σύσπασιν τής μήτρας.

Περίπτωσης 4

Δευτεροτόκος έτων 24.

Η πρώτη έγκυμοσύνη κατέληξε εις προγραμματισμένην καισαρικήν τομήν, λόγω προεκλαμψίας.

Κατά την διάρκεια του παρόντος τοκετού, ότε έγινε πρόκλησις τεχνητών ώδίνων λόγω παρατεταμένης έγκυμοσύνης, παρουσιάσθη τετανική σύσπαισις της μήτρας δύο ώρας μετά την έναρξιν της χορηγήσεως ώκυτοκίνης καί ένώ ή χορηγουμένη δόσις ήτο 60 σταγόνες ανά λεπτόν διαλύματος 1000 κ.έ. γλυκόζης 5% μέ 4 μονάδας ώκυτοκίνης. Μόλις έγινε άντληπτή ή τετανική σύσπαισις, διεκόπη ή χορήγησις ώκυτοκίνης καί ή σύσπαισις παρήλθε μετά από 10 λεπτά.

Κατά την διάρκεια της τετανικής συσπάσεως, παρατηρήθη βραδυκαρδία του έμβρύου, 80 παλμοί ανά λεπτόν. Η συχνότης των παλμών άποκατεστάθη εις τό φυσιολογικόν 10 λεπτά μετά τό πέρας της τετανικής συσπάσεως.

Ο τοκετός άποκατεστάθη καί έτερματίσθη φυσιολογικώς μετά από 6 ώρας. Η ούλή ήτο άκεραία κατά την δακτυλικήν εξέτασιν, ένώ τό νεογέννητον έγεννήθη μέ Apgar Scor 10. Εις τό άμνιακόν υγρόν ούδέν ίχνος μυκονίου υπήρχε, ή δέ κατάστασις του νεογέννητου ήτο άρίστη.

Εις την ήμετέραν κλινικήν, κατά την περίοδον 1970—1978 εκ των 1,800 τοκετών, 62 ή ποσοστόν 3,44% ειχον ούλήν επί της μήτρας όφειλομένην εις καισαρικήν τομήν ή μικράν καισαρικήν.

Από τάς 62 περιπτώσεις, τάς όποίας είχομεν εις την κλινικήν μας μέ ούλήν επί της μήτρας, 2 ειχον ούλήν από κλασσικήν καισαρικήν τομήν, 50 ειχον χαμηλήν έγκαρσίαν ούλήν, 8 ειχον ούλήν όφειλομένην εις μικράν καισαρικήν, 1 έν είδει άνεστραμένου T καί εις 1 ή μορφή ήτο άγνωστος.

Πίναξ 16: Είδος ούλης επί της μήτρας επί 62 περιπτώσεων

Είδος ούλης επί 62 περιπτώσεων της κλινικής μας	Περιπτώσεις μέ ούλήν επί της μήτρας
Χαμηλή έγκαρσία τομή	50
Μικρά καισαρική	8
Ούλή από τομήν έν είδει άνεστραμένου T	1
Τό είδος της προηγούμενης καισαρικής δέν ήτο γνωστόν	1
Ούλή από κλασσικήν καισαρικήν τομήν	2

Αί ένδείξεις της προηγούμενης καισαρικής τομής αναλύονται εις τόν πίνακα 17.

Πίναξ 17: Ένδειξεις της προηγούμενης καισαρικής τομής.

-
- 16 περιπτώσεις είχαν ώδινες πέραν των 24 ωρών προς της καισαρικής
 - 12 παρουσίασαν άνωμαλία των καρδιακών παλμών του εμβρύου,
 - 4 προδρομικός πλακούς,
 - 5 ισχυακή προβολή,
 - 3 εγκάρσιον σχήμα,
 - 4 περιπτώσεις με άγνωστον τήν ένδειξιν της προηγούμενης καισαρικής, λόγω έλλείψεως σαφών πληροφοριών,
 - 6 ύποψία άνεπαρκείας του πλακοῦντος,
 - 3 διαβήτης,
 - 1 προδιαβητική υπερίλιξ πρωτοτόκος
 - 8 μικρά καισαρική τομή.
-

Ἀξιοσημείωτον εἶναι ὅτι εἰς τὰς ένδειξεις τῶν καισαρικῶν τομῶν, αἱ ὁποῖαι ἔγιναν εἰς τήν κλινικήν μας εἰς Κύπρον, ἔλλείπει παντελῶς ἡ προεκλαμψία καί μόνον εἰς μίαν περίπτωσιν ὑπῆρξεν ἰδιοπαθής υπέρτασις. Ἀντιθέτως εἰς τήν Ἀγγλίαν γενικῶς, καί εἰς τό Μπέτφορντ εἰδικώτερον, ἡ προεκλαμψία συμμετεῖχεν ὡς ένδειξις διά καισαρικήν τομήν εἰς ποσοστόν 8% περίπου.

Ἀπό τὰς 62 περιπτώσεις, αἱ ὁποῖαι εἶχον οὐλήν ἐπί τῆς μήτρας, 24 ἢ 38% προεγγραμματίσθησαν διά καισαρικήν τομήν τήν 38ην ἑβδομάδα. Αἱ ένδειξεις ἀναλύονται εἰς τόν πίνακα 18.

Πίναξ 18: Ένδειξεις διά τήν παροῦσαν καισαρικήν τομήν ὅταν ἡ ἐγχείρησις ἦτο προεγγραμματισμένη.

-
- 2 προηγούμενη κλασσική τομή..
 - 1 οὐλή ἀπό τομήν ἐν εἶδει άνεστραμμένου T,
 - 1 άγνωστον τό εἶδος καί ἡ ένδειξις τῆς προηγούμενης καισαρικής,
 - 8 άπέτυχον νά γεννήσουν διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ μετά ἀπό καλᾶς ὡδίνας 36 ὥρων,
 - 6 άπέτυχον νά γεννήσουν διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ μετά ἀπό ἱκανοποιητικᾶς ὡδίνας 24 ὥρων,
 - 1 εγκάρσιον σχήμα,
 - 1 μέ οὐλήν ἀπό μικράν καισαρικήν προεγγραμματίσθη διά καισαρικήν τομήν λόγω στενῆς λεκάνης.
 - 2 διαβήτης,
 - 2 ισχυακή προβολή (μεγάλον ἔμβρυον) εἰς τήν παροῦσαν ἔγκυμοσύνην.
-

Αἱ 24 περιπτώσεις, αἱ ὁποῖαι υπέστησαν προγραμματισμένην καισαρικήν τομήν, δέν ἐνεφάνισαν ἀξιολόγους μετεγχειρητικᾶς ἐπιπλοκάς, ἡ δέ περιγεννητική θνησιμότης ἦτο μηδέν.

Διά τέσσερεις ἀπό τὰς 38 ἐπιτόκους, αἱ ὁποῖαι εἶχον προηγούμενην καισαρικήν τομήν καί ἀφέθησαν νά δοκιμάσουν νά γεννήσουν διά κολπικῆς ὁδοῦ, παρέστη ἀνάγκη ἐπαναλήψεως τῆς καισαρικής τομῆς εἰς τὰς δύο ἐκ τούτων, λόγω άνωμαλίας τῶν καρδιακῶν παλμῶν του εμβρύου, εἰς τὰς ἑτέρας δέ δύο, λόγω παρατάσεως του τοκετου πέραν τῶν 16 ὥρων.

Ἐκ τῶν 38 περιπτώσεων (9 ἢ 23,7%) εἰς τὰς ὁποίας προεκλήθησαν τεχνηταὶ ὠδῖναι, δέν ὑπῆρχον περιπτώσεις προεκλαμψίας. Αἱ ἐνδείξεις ἀναλύονται εἰς τὸν πίνακα 19.

Πίναξ 19: Ἐνδείξεις διὰ τὴν πρόκλησιν τεχνητῶν ὠδίνων

Περιπτώσεις μέ προηγηθῆσαν καισαρικήν	Ἐνδείξεις διὰ τερματισμόν τῆς ἐγκυμοσύνης
4	Κατηγορία αἵματος ἀρνητικόν. Ἐγένετο πρόκλησις τεχνητῶν ὠδίνων τὴν 40ην ἐβδομάδα.
3	Πρόκλησις τεχνητῶν ὠδίνων τὴν 41ην ἐβδομάδα.
2	Πρόκλησις τεχνητῶν ὠδίνων λόγω ὑποψίας ἀνεπαρκείας τοῦ πλακοῦντος τὴν 38ην ἐβδομάδα. "Οἱ ἐγέννησαν ἐπιτυχῶς διὰ τῆς κολπικῆς ὁδοῦ.

Ἡ ἀκολουθουμένη εἰς τὴν κλινικὴν μας τακτικὴ διὰ τὴν τεχνητὴν πρόκλησιν τοκετοῦ εἶναι ἡ ρῆξις τῶν ὑμένων ὑπὸ συνθήκας ἀσηψίας καὶ ἀντισηψίας. Ἀμέσως μετὰ ἄρχεται ἡ ἐγχυσις ἐνδοφλεβίως κατὰ σταγόνας διαλύματος ὠκυτοκίνης μέ μικρὰν δόσιν εἰς τὴν ἀρχήν, μιᾶς διεθνοῦς μονάδος εἰς 1000 κ. ἐ. γλυκόζης 5%. Ἡ πυκνότης τῆς ὠκυτοκίνης αὐξάνεται διὰ τῆς προσθήκης ἐντὸς τοῦ ὁροῦ τῆς διπλασίας δόσεως ὠκυτοκίνης ἀνὰ 15 λεπτά, ἐνῶ ὁ ρυθμὸς τῶν σταγόνων παραμένει σταθερὸς 15 ἀνὰ λεπτόν. Ἡ αὐξήσις τῆς πυκνότητος τῆς ὠκυτοκίνης συνεχίζεται μέχρι ἐπιτεύξεως σταθερῶν καὶ ικανοποιητικῶν ὠδίνων. Ἡ ἔναρξις μέ μικρὰν δόσιν ὠκυτοκίνης ἐπιβάλλεται, διότι ἡ εὐαισθησία ἀπὸ περιπτώσεως εἰς περίπτωσιν εἶναι δυνατόν νὰ διαφέρῃ.

Ἐάν ὁ τράχηλος δέν ἦτο ὥριμος, τότε εἰσῆγето καθετὴρ Foleys ἐντὸς τῆς μητρικῆς κοιλότητος μέ τὴν ἀκόλουθον τεχνικήν: Ὑπὸ ἀσήπτους συνθήκας εἰσάγεται ἀποστειρωμένον μητροσκόπιον ἐντὸς τοῦ κόλπου καὶ ἀποκαλύπτεται ὁ τράχηλος. Ἐν συνεχείᾳ γίνεται καθαρισμὸς τοῦ τραχήλου μέ διάλυμα Savlon 2%. Ἀποστειρωμένος καθετὴρ Foleys No. 20 εἰσάγεται εἰς τὸν μητρικὸν στόμιον καὶ τό μπαλόνι του πληροῦται μέ 25 κ.ἐ. ἀποστειρωμένου ὕδατος. Ἀφήνεται ἐκεῖ ἐπὶ 24 ὥρας.

Τὸ ἀποτέλεσμα ἦτο νὰ ἀρχίσουν αἱ ὠδῖναι εἰς τὸ ἥμισυ περίπου τῶν περιπτώσεων, πρό τῆς παρόδου 24 ὥρῶν. Εἰς τὰς περιπτώσεις ὅπου δέν συνέβαινε τοῦτο, ὁ τράχηλος ἐνεφάνιζε ἄνοιγμα 3 — 5 ἐκ. τὴν ἐπομένην ἡμέραν, ὅποτε ἐγένετο ρῆξις τοῦ θηλακίου καὶ ἐφαρμογὴ ἐνδοφλεβίως ἐγχύσεως ὠκυτοκίνης.

Καί εἰς τὰς δύο περιπτώσεις, ὅπου ἐφηρμόσθη ἡ ἐν λόγω μέθοδος, ἤρχισαν ὠδῖναι, εἰς τὴν μίαν περίπτωσιν 4 ὥρας μετὰ τὴν εἰσαγωγὴν τοῦ καθετῆρος, καὶ εἰς τὴν ἄλλην μετὰ ἀπὸ 8 ὥρας. Εἰς οὐδεμίαν τῶν δύο περιπτώσεων ἐχρειάσθη ἡ χορήγησις ὠκυτοκίνης.

Ἡ διάρκεια τοῦ τοκετοῦ εἰς ἐκάστην τῶν 9 (ἐννέα) περιπτώσεων εἰς τὰς ὁποίας προεκλήθησαν τεχνηταὶ ὠδῖναι, ἦτο ὡς ἐμφαίνεται εἰς τὸν πίνακα. Ἡ ἀρχὴ τοῦ τοκετοῦ λογίζεται ἀπὸ τῆς στιγμῆς τῆς ρήξεως τοῦ θηλακίου διὰ τὰς 7 πρώτας περιπτώσεις, καὶ

Πίναξ 20: Διάρκεια τοκετών εκ τεχνητών ωδίνων

A	περίπτωσης	2	ώραι	5'
B	περίπτωσης	2	ώραι	10'
Γ	περίπτωσης	3	ώραι	5'
Δ	περίπτωσης	3	ώραι	15'
E	περίπτωσης	4	ώραι	
Στ	περίπτωσης	8	ώραι	
Z	περίπτωσης	9	ώραι	
H	περίπτωσης (χρήσις καθετήρος)	9	ώραι	
Θ	περίπτωσης (χρήσις καθετήρος)	15	ώραι	

“Ολαι αἱ περιπτώσεις τοκετοῦ εἰς τὴν κλινικὴν μας μέ οὐλὴν ἐπὶ τῆς μήτρας δέν ἐνεφάνισαν ἀξιολόγους ἐπιπλοκάς, πλὴν τῆς κατωτέρω περιγραφομένης, τῆς ὁποίας αἱ ἐπιπλοκαὶ ὠφείλοντο εἰς τὴν ἀνάπτυξιν συμφυτικοῦ πλακοῦντος.

Περίπτωσης ἀρ. 5

Ἡ γυναῖκα ἦτο δευτεροτόκος, 30 ἐτῶν.

Ὁ πρῶτος τοκετός ἐγένε προ τριῶν ἐτῶν μέ κλασσικὴν τομὴν, μέ ἔνδειξιν οὐχὶ ἐπακριβῶς γνωστὴν λόγῳ ἐλλείψεως πληροφοριῶν. Πιθανῶς ἐπρόκειτο περί παρατεταμένου τοκετοῦ.

Ἡ ἐν λόγῳ ἀσθενὴς προσήλθεν εἰς τὴν κλινικὴν κατὰ τὸν πέμπτον μῆνα τῆς ἐγκυμοσύνης μέ αἱμορραγίαν. Τό ἔμβρυον ἀπεβλήθη αὐτομάτως ἐνῶ ὁ πλακοῦς δέν ἀπεβλήθη καὶ μετὰ ἀπὸ ὀλίγον ἐγένε ἀπόπειρα δακτυλικῆς ἀποκολλήσεως. Μέ τὴν πρῶτην ἐπαφὴν μέ τὸν πλακοῦντα ἤρχισεν ἀκατάσχετος αἱμορραγία. Ἐν συνεχείᾳ ἐγένε προσπάθεια ἀποξέσεως τοῦ πλακοῦντος διὰ μεγάλου ξέστρου. Πράγματι ἀφηρέθησαν τμήματα τοῦ πλακοῦντος ἀλλὰ ἡ αἱμορραγία ἦτο ἀκατάσχετος, πέραν τῶν 1000 κ.ε. ἐντός 5'. Ἐν ὧσιν τούτου τῆς ἐγένε ποματισμός καὶ μετὰγγισις αἵματος. Ἐχορηγήθη ἐπίσης ἐνδοφλεβίως ἐργομητρίνη καὶ ὠκυτοκίνη.

Ὁ ποματισμός ἀφηρέθη τὴν ἐπομένην ἡμέραν, καὶ τὴν μεθεπομένην ἐγένεν ἀπόπειρα δι' ἀπόξεσιν ὑπὸ γενικὴν ἀναισθησίαν.

Τὴν φορὰν αὐτὴν διεπιστώθη ὅτι ὁ πλακοῦς ἦτο συμφυτικός ἐπὶ τοῦ προσθίου τοιχώματος τῆς μήτρας καὶ διὰ τοῦ δακτύλου δέν ἦτο δυνατόν νά ἀποκολληθῇ. Ἦρχισεν ἀπόξεις, πλὴν ὅμως ἡ αἱμορραγία ἦτο ἀκατάσχετος καὶ παρ' ὅλον ὅτι ἐλαμβάνετο αἷμα καὶ ὠκυτοκίνη κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς διαδικασίας, παρέστη ἀνάγκη διακοπῆς τῆς ἀποξέσεως καὶ ποματισμοῦ τῆς μήτρας. Ὁ ποταμισμός ἀφηρέθη τὴν ἐπομένην.

Ἡ μήτρα δέν ἐπαλινδρόμει καὶ 5 ἡμέρας μετὰ ἀπὸ τὴν τελευταίαν ἀπόπειραν ἀποξέσεως, εἶχεν ὕψος 4 περίπου μηνῶν. Κατ' αὐτὴν τὴν ἡμέραν ἤρχισε νέα ἀκατάσχετος αἱμορραγία, ἡ ὁποία ἀντιμετωπίσθη μέ ποματισμόν καὶ μέ μετὰγγισιν αἵματος καὶ ὠκυτοκίνη.

Κατόπιν τούτων ἀπεφασίσθη νά τῆς γίνῃ ὑστερεκτομή.

Ἡ ἀφαιρεθεῖσα μήτρα παρουσίαζε εἰς τό ἐσωτερικόν της, περίεργον σχῆμα κλεψύδρας (Εἰκὼν ἀρ. 6). Τό ἐν ἐκ τῶν δύο μερῶν ἀπετέλει ἐκκόλπωμα ἐπὶ τοῦ προσθίου τοιχώματος, ὅπου ἦτο ἡ οὐλὴ τῆς κλασσικῆς τομῆς.

Ἡ παθολογοανατομική εἰκὼν τῆς περιπτώσεως αὐτῆς φαίνεται εἰς τὴν εἰκόνα σελ. 14 Εἰκ. 5.

Ἐν πάσῃ περιπτώσει, ἡ ἀσθενὴς ἐπέζησεν, ἀφοῦ ὑπέστη δύο ἀποξέσεις, τρεῖς μεγάλας αἱμορραγίας καὶ ἐπανειλημμένους ποματισμούς καὶ ἐν συνεχείᾳ ὑστερεκτομὴν. Τῆς ἐγίνε συνολικῶς μετὰγγις 8.000 κ.έ. αἵματος κατηγορίας "Ὁμικρον ἀρνητικὸν κατὰ Ρέζους.

Περίπτωσις ὑπ' ἀρ. 6

Δευτεροτόκος, ἐτῶν 26.

Ἡ πρώτη τῆς ἐγκυμοσύνη ἐτερματίσθη διὰ καισαρικῆς τομῆς τὴν 38ην ἐβδομάδα, λόγῳ αἱμορραγίας ὀφειλομένης εἰς ὀπίσθιον προδρομικὸν πλακοῦντα. Ἡ μετεγχειρητικὴ πορεία ἦτο φυσιολογικὴ.

Ἡ δευτέρα ἐγκυμοσύνη ἤρχισε μόλις δύο μῆνας μετὰ τὴν πρώτην καισαρικὴν τομὴν. Κατὰ τὴν 34ην ἐβδομάδα τῆς κυήσεως, ἤρχισεν ἐλαφρά αἱμορραγία ἐκ τῆς κολπικῆς ὁδοῦ ἄνευ πόνου. Εἰσῆχθη εἰς τὴν κλινικὴν, ὅπου ἀνεστάλη ἡ αἱμορραγία μετὰ παρέλευσιν ὀλίγου χρόνου. Παρέμεινεν εἰς τὴν κλινικὴν, ὅπου κατὰ τὴν 36ην ἐβδομάδα, ἐνεφάνισε δευτέραν μικρὰν σχετικὴν αἱμορραγίαν ἢ ὁποία ἀνεστάλη ἐπίσης.

Τῇ 37ην ὅμως ἐβδομάδα ἤρχισε μεγάλη αἱμορραγία, ἡ ὁποία μᾶς ἠνάγκασε νὰ χωρήσωμεν ἐπειγόντως εἰς ἐγχείρησιν. Ἡ οὐλὴ κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐγχειρήσεως ἀπεκαλύφθη ἀκεραία. Ἡ θέσις τοῦ πλακοῦντος δέν κατέστη δυνατόν νὰ καθορισθῇ, ἐν πάσῃ περιπτώσει δέν εὐρίσκετο οὗτος ἐπὶ τῆς οὐλῆς.

Ἡ μετεγχειρητικὴ πορεία ἦτο ἄνευ ἐπιπλοκῶν καὶ ἡ μήτηρ ἐξῆλθε τῆς κλινικῆς μετὰ τῆς θυγατρὸς τῆς, τὴν 10ην ἡμέραν.

Ἡ ὑστερογραφία, ληφθεῖσα τρία ἔτη μετὰ τὴν τελευταίαν καισαρικὴν τομὴν, φαίνεται εἰς τὴν σελ. 59 Εἰκὼν 9.

Εἰς τὴν κλινικὴν μας διενεργήσαμεν ὑστερογραφίας εἰς 12 περιπτώσεις γυναικῶν μὲ προηγουμένην καισαρικὴν τομὴν. Δέν κατέστη δυνατόν νὰ κάμωμεν ἀκτινογραφίαν εἰς περίπτωσιν μὲ κλασσικὴν τομὴν. Γενικῶς δέν ὑπῆρχε προθυμία δι' αὐτὸ τὸ εἶδος τῆς ἀκτινογραφίσεως καὶ ἦτο μὲ κάποιαν δυσκολίαν πού ἐπέισθησαν αἱ ἀνωτέρω 12 νὰ δεχθοῦν νὰ ἀκτινογραφηθοῦν.

Ἡ τεχνικὴ εἶναι ἡ αὐτὴ μὲ τὴν τεχνικὴν τῆς λήξεως ὑστεροσαλπινγογραφίας, ὅπου ὑπὸ ἀσήπτους συνθήκας εἰσάγεται σκιερὰ οὐσία εἰς τὴν ἐνδομητρικὴν κοιλότητα μὲ τὴν διαφορὰν ὅτι ἐδῶ ἡ ἀκτινογραφία διενεργεῖται μὲ τὴν γυναῖκα εἰς πλαγίαν θέσιν.

Αἱ 12 περιπτώσεις, τὰς ὁποίας ἀκτινογραφήσαμεν, ἀφοροῦν χαμηλὴν ἐγκαρσίαν τομὴν.

Ὁ χρόνος κατὰ τὸν ὁποῖον διενεργήθη ἡ ἀκτινογραφία ἐκυμαίνεται ἀπὸ ἕξι μῆνας ἀπὸ τὴν καισαρικὴν μέχρι ὀκτώ ἔτη.

Τὸ βάθος τῆς κοιλότητος εἰς τὴν περιοχὴν τῆς οὐλῆς εἰς οὐδεμίαν περίπτωσιν ἦτο πέραν τῶν 4 χιλιοστῶν.

Αἱ παρατιθέμεναι ἀκτινογραφίαι ἀφοροῦν τρεῖς ἀντιπροσωπευτικὰς περιπτώσεις. Σελ. 59.

Ἡ ἀκτινογραφία εἰς τὴν εἰκόνα 7 ἀφορᾷ περίπτωσιν καισαρικῆς τομῆς λόγῳ ἀνωμαλίας τῶν καρδιακῶν πλαμῶν τοῦ ἐμβρύου, λαβούσης χώραν πρὸ ὀκτώ ἐτῶν. Ἡ κολού-

θηκε άλλος τοκετός τέσσερα έτη μετά από την καισαρικήν τομήν καί ή άκτινογραφία όκτώ έτη μετά από την καισαρικήν τομήν. Είς τό σημείον τής ούλῃς φαίνεται έλαχίστη κοιλότης.

Είς τήν άκτινογραφίαν τής εικόνας 8 φαίνεται ή ούλή μέ έλαχίστην κοιλότητα, δύο περίπου χιλιοστών. 'Η ένδειξις τής καισαρικής τομῃς, ή όποία έγινε έξ μηνας πρό τής άκτινογραφήσεως, ήτο παρατεταμένος τοκετός μέ ίσχυακήν προβολήν. 'Η καισαρική έγινε μετά από 28 ώρας τοκετού.

'Εκ τών 614 μητέρων μέ ούλήν εκ προηγουμένης καισαρικής τομῃς έγεννήθησαν 628 νεογνά εκ τών όποίων 7 ζεύγη διδύμων. 'Εκ τούτων 13 είχον βάρος μικρότερον τών 2,500 γραμμαρίων, 5 έχαρακτηρίσθησαν ως δυσώριμα καί 8 ως πρόωρα. Συνέβησαν 4 νεογνικοί θάνατοι καί ένας θάνατος έμβρύου κατά τήν διάρκεια του τοκετού. 'Η αίτία του θανάτου ήτο ιδιοπαθής αναπνευστική δυσχέρεια τών νεογνών καί είς τάς 4 περιπτώσεις. Τό βάρος τών 3 εκ τών 4 ήτο κάτω τών 2,500 γραμμαρίων, ένώ του ενός ήτο 2,850 γραμμάρια.

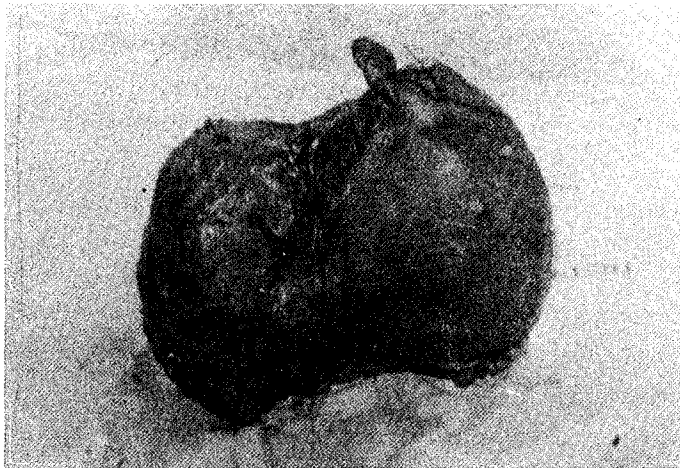
Τά 5 εκ τών προώρων προήρχοντο εκ τής ομάδος τής προγραμματισθείσης καισαρικής τομῃς ένώ 3 μόνον εκ τών περιπτώσεων τής ομάδος τών προγραμματισθεισών νά γεννήσουν διά τής κολπικής όδοϋ.

Ρήξεις ούλῃς.

'Εκ τών 614 τοκετών του Μπέτφορτ τής 'Αγγλίας καί τών 62 τής ήμετέρας κλινικής έσυνέβησαν 5 ρήξεις ούλῃς είς τό Μπέτφορτ καί οϋδεμία είς τήν κλινικήν μας.

"Ομως δέν υπήρξε μητρικός ή έμβρυικός θάνατος.

Εικών 6



Εικών 7



Εικών 8



Εικών 9



Ἡ ἀντιμετώπισις τοῦ προβλήματος τῆς ἐγκύου μέ οὐλὴν ἐπὶ τῆς μήτρας εἶναι συχνή.

Τό ποσοστόν τῶν γυναικῶν μέ τοιαύτην οὐλὴν ἦτο πολύ μικρότερον εἰς τὰ ἔτη πρό τοῦ Β' Παγκοσμίου Πολέμου, ὅτε ἡ ὑψηλή θνησιμότης ἐκ τῆς καισαρικῆς τομῆς ἔκαμνε τὸν μαιευτήρα νά διστάζῃ νά προχωρήσῃ εἰς καισαρικήν τομήν προτοῦ ἐξαντλήσῃ καὶ τὴν τελευταίαν ἐλπίδα διὰ τοκετόν ἐκ τῆς κολπικῆς ὁδοῦ. Ἐξ ἄλλου παρεβλέπετο πλήρως καὶ ἡ ζωὴ τοῦ ἐμβρύου προκειμένου νά ἀποφευχθῇ ἡ καισαρική τομή.

Σήμερον ὅμως, λόγῳ τῆς προόδου τῆς ἱατρικῆς, τῆς ἀνακαλύψεως τῶν ἀντιβιοτικῶν, τῆς βελτιωμένης καὶ ἀσφαλοῦς ἀναισθησιολογίας, τῆς εὐχεροῦς ἐξασφαλίσεως αἵματος ἐκ τῶν τραπεζῶν αἵματος, τῆς καλυτέρας ἐφαρμογῆς τῆς ἀσηψίας καὶ ἀντισηψίας, τῆς ἐφαρμογῆς τῆς διαπεριτοναϊκῆς ἐγκαρσίας τραχηλικῆς τομῆς, ἡ μητρικὴ θνησιμότης ἔχει περιορισθῇ εἰς τὸ ἐλάχιστον ποσοστόν τῶν 0.5%. Ὡς ἐκ τούτου, ἔχουν διευρυνθῇ αἱ ἐνδείξεις διὰ τὴν καισαρικήν καὶ λαμβάνονται ἐξ ἴσου ὑπ' ὄψιν καὶ ἡ ζωὴ τῆς μητρός καὶ ἡ ζωὴ τοῦ ἐμβρύου. Ἐξ ἄλλου ἡ τάσις τῶν γυναικῶν σήμερον νά ὑπανδρεύωνται εἰς μεγαλύτεραν ἡλικίαν παρὰ εἰς τὸ παρελθόν, συμβάλλει ὥστε νά ὑπάρχῃ μία ἐπιπλέον αὐξησις τοῦ ποσοστοῦ τῶν καισαρικῶν τομῶν.

Ἐξ αἰτίας τῶν παραγόντων τούτων, ἐν ποσοστόν 2% — 4% τῶν γυναικῶν αἱ ὁποῖαι προσέρχονται διὰ νά γεννήσουν, ἔχουν οὐλὴν ἐπὶ τῆς μήτρας.

Βεβαίως ὑπάρχουν καὶ οἱ παράγοντες οἱ ὅποιοι τείνουν νά ἐλαττώσουν τὸ ποσοστόν τῶν καισαρικῶν τομῶν, ὡς ἐπὶ παραδειγματι ἡ καλυτέρα σωματικὴ διάπλασις καὶ τὸ μεγαλύτερον ὕψος τῶν γυναικῶν σήμερον παρὰ πρὶν. Ἡ ἐξέτασις ἐξ ἄλλου τοῦ Ph τοῦ αἵματος τοῦ ἐμβρύου ἐλαττώνει τὸν ἀριθμὸν τῶν καισαρικῶν τομῶν, αἱ ὁποῖαι ἐκτελοῦνται λόγῳ ἀνωμαλίας τῶν καρδιακῶν παλμῶν τοῦ ἐμβρύου. Οἱ τελευταῖοι ὅμως οὗτοι παράγοντες δέν ἐπιφέρουν δραματικὴν κάμψιν τοῦ ποσοστοῦ τῶν καισαρικῶν τομῶν.

Ἡ κλασσικὴ τομὴ καταλείπει μίαν ἀδύνατον καὶ εὐένδοτον οὐλὴν καὶ ἔχει, ὡς ἐκ τούτου, σήμερον ἐγκαταλειφθῇ, ἐκτελεῖται δέ μόνον ὑπὸ περιστατικῶν μαιευτῶν ἢ εἰς εἰδικὰς περιπτώσεις.

Εἰς τὰς περιπτώσεις ἐγκύων μέ οὐλὴν ἐπὶ τῆς μήτρας προελθοῦσαν ἐκ κλασσικῆς τομῆς, ἐπιβάλλεται μεγάλη προσοχὴ καὶ περίσκεψις. Προγραμματίζεται καισαρική τομή κατὰ τὴν 38ην ἐβδομάδα τῆς ἐγκυμοσύνης, ἡ ἔγκυος δέ πρέπει νά εἰσέλθῃ εἰς τὴν κλινικὴν τὴν 36ην ἐβδομάδα, διὰ νά εὐρίσκειται μέσα εἰς τὸ νοσοκομεῖον εἰς περίπτωσιν ρήξεως τῆς οὐλῆς, πρᾶγμα τὸ ὅποιον ἡμπορεῖ νά συμβῇ εἰς ποσοστόν 4%.

Ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὴν κλασσικὴν τομήν, ἡ ὁποία ἔχει σχεδόν ἐγκαταλειφθῇ, ἡ χαμηλὴ κάθετος τομὴ εἶναι ἡ ἐγχείρησις τῆς προτιμήσεως ἀρκετῶν μαιευτῶν, ἰδίως τῆς μέσης καὶ μεγαλύτερας ἡλικίας. Ἡ τομὴ αὕτη, ἐνῶ ἔχει τὰ πλεονεκτήματα τῆς κλασσικῆς τομῆς, δηλαδή εἶναι σχετικῶς ἀναίμακτος, ἔχει παραλλήλως σχεδόν τὰ ἴδια μειονεκτήματα καὶ καταλείπει μίαν ἀσθενῆ καὶ εὐένδοτον οὐλὴν λόγῳ τοῦ ὅτι ἐν μεγάλῳ μέρει τῆς οὐλῆς εὐρίσκειται εἰς τὸ ἀνώτερον τμήμα τῆς μήτρας, τὸ ὅποιον κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς λοχείας ἐκτελεῖ περιοδικὰ συσταλτικὰ κινήσεις, μέ ἀποτέλεσμα, ὅπως καὶ εἰς τὴν περίπτωσιν τῆς κλασσικῆς τομῆς, ἡ ἐπούλωσις νά μὴν εἶναι ἱκανοποιητικὴ.

Ἡ ἐφαρμοστέα τακτικὴ εἰς τὸν ἐπόμενον τοκετόν θά πρέπει νά εἶναι ἡ ἴδια μέ τὴν περιγραφείσαν εἰς τὴν κλασσικὴν τομήν, καθότι καὶ εἰς αὐτὴν τὴν περίπτωσιν τὸ ποσοστόν ρήξεως τῆς οὐλῆς εἶναι ὑψηλόν καὶ φθάνει μέχρι 4%. Ἐξ ἄλλου ἡ ρῆξις τῆς οὐλῆς

αυτής, καθώς και της κλασσικής, είναι ιδιαίτερος επικίνδυνος όταν επικάθεται ο πλακοῦς ἐπὶ τῆς οὐλῆς, ὁ ὁποῖος ὄχι μόνον ἀδυνατίζει ἐτι περαιτέρω τὴν οὐλὴν καὶ τὴν προδιαθέτει διὰ ρῆξιν, ἀλλὰ καὶ εἰς τὴν περίπτωσιν ρήξεως ὁ εὐρισκόμενος ἐπὶ τῆς οὐλῆς πλακοῦς ἀποκολλᾶται μὲ ἀποτέλεσμα μεγάλην καὶ επικίνδυνον ἐνδοπεριτοναϊκὴν αἱμορραγίαν.

Ἡ τομὴ ἐκλογῆς σήμερον ἀπὸ τούτους πλείστους μαιευτῆρας εἶναι ἡ χαμηλὴ ἐγκαρσία. Δικαίως ἡ τομὴ αὕτη καθιερώθη διὰ τὴν μεγάλην ἀσφάλειαν τῆς καταλειπομένης οὐλῆς, ἡ ὁποία παρουσιάζει ποσοστὸν ρήξεως μόνον 0.5%.

Ἐκτός ἀπὸ τὴν ἀσφάλειαν τῆς οὐλῆς ἡ μετεγχειρητικὴ νοσηρότης καὶ θνησιμότης τῆς χαμηλῆς ἐγκαρσίας τομῆς εἶναι πολὺ χαμηλότεραι ἀπὸ τὰς ἄλλας μορφὰς καισαρικής.

Ἡ ἀνθεκτικότης τῆς ὀφείλεται εἰς τὸ γεγονός ὅτι εὐρίσκεται ἐπὶ σχετικῶς ἀκινήτου πεδίου κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς λοχείας. Ἐξ ἄλλου ἡ ἐντόπισις τοῦ πλακοῦντος εἰς τὸ σημεῖον τῆς οὐλῆς αὐτῆς εἶναι σχετικῶς σπανία, ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὰς δύο προαναφερθείσας οὐλάς. Ἀκόμη καὶ εἰς τὴν σπανίαν περίπτωσιν ρήξεως τῆς χαμηλῆς ἐγκαρσίας οὐλῆς, τόσον ἡ μητρικὴ ὅσον καὶ ἡ βρεφικὴ θνησιμότης εἶναι ἐλαχίστη καθότι ἡ αἱμορραγία εἶναι περιορισμένη καὶ τὸ ἔμβρυον δὲν ἀποβάλλεται ἐντὸς τῆς περιτοναϊκῆς κοιλότητος.

Ὀλιγώτερον συχνὴ εἶναι ἡ ἀντιμετώπισις τῶν οὐλῶν τῶν ὀφειλομένων εἰς διάτρησιν τῆς μήτρας κατὰ τὴν διάρκειαν ἀποξέσεως καὶ συντηρητικῆς ἰνομυωματεκτομίας. Πάρ' ὅλον ὅτι αἱ οὐλαὶ τῶν δύο αὐτῶν εἰδῶν θεωροῦνται ἀσφαλεῖς, ἐν τούτοις χρειάζεται νὰ ἀντιμετωπίζεται ὁ τοκετός μὲ πολλὴν προσοχὴν καὶ νὰ εἶναι πάντοτε κατὰ νοῦν ἡ πιθανότης ρήξεως τῆς οὐλῆς.

Τὴν παρακολούθησιν καὶ τὸν τοκετὸν τῆς ἐγκύου τῆς ἐχούσης οὐλὴν ἐπὶ τῆς μήτρας πρέπει νὰ ἀναλαμβάνη ἔμπειρος μαιευτὴρ διαθέτων πλήρη ἐξοπλισμὸν καὶ κατάλληλον προσωπικὸν διὰ νὰ ὀργανώσῃ καὶ νὰ ἐκτελέσῃ εἰς πολὺ σύντομον χρονικὸν διάστημα λαπαροτομίαν καὶ καισαρικὴν τομήν. Ἀπαραίτητον εἶναι ἐπίσης νὰ ὑπάρχῃ διαθέσιμον αἷμα διὰ περίπτωσιν ἀνάγκης.

Ὅταν πρόκειται περὶ οὐλῆς ἐκ κλασσικῆς ἢ χαμηλῆς καθέτου τομῆς, προγραμματίζεται καισαρικὴ τὴν 38ην ἐβδομάδα τῆς ἐγκυμοσύνης. Εἰς τὴν περίπτωσιν ὅμως τῆς χαμηλῆς ἐγκαρσίας, μελετᾶται μὲ προσοχὴν τὸ ἱστορικὸν τῆς προηγουμένης καισαρικῆς τομῆς. Αἱ ἐνδείξεις, ἡ διάρκεια τοῦ τοκετοῦ πρὸ τῆς καισαρικῆς καὶ ἡ ἐμφάνισις πυρετοῦ κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς λοχείας πρέπει νὰ ὀδηγήσῃ εἰς προγραμματισμένην καισαρικὴν τομήν μόνον εἰς τὴν περίπτωσιν ὅπου ἀποδεδειγμένως — κατόπιν καλλιέργειας ὑγρῶν ἐκ τῆς ἐνδομητρικῆς κοιλότητος — ὀφείλετο εἰς ἐνδομητρικὴν λοίμωξιν, καθότι ὁ πυρετός εἶναι δυνατόν νὰ ὀφείλετο εἴτε εἰς λοίμωξιν τῶν οὐροφόρων ὁδῶν εἴτε εἰς ἄλλα αἷτια ἄσχετα πρὸς τὴν μήτραν.

Εἰς τὴν περίπτωσιν τῆς ἰσχυακῆς προβολῆς, κατὰ τὴν γνώμην μας, εἶναι καλύτερον νὰ ἀποφεύγεται ὁ μετασχηματισμός καὶ νὰ διενεργῆται καισαρικὴ τομή.

Ἐάν ἡ ἐνδείξις τῆς προηγουμένης καισαρικῆς δέν ἦτο ἕνας ἐπαναλαμβανόμενος παράγων καὶ δέν ἐπεπλάκη μὲ ἐνδομητρικὴν λοίμωξιν ἢ λοχεία, τότε πρέπει νὰ δοθῇ ἡ εὐκαιρία εἰς τὴν ἐπίτοκον νὰ δοκιμάσῃ νὰ γεννήσῃ διὰ τῆς κολπικῆς ὁδοῦ. Εἰς περίπτωσιν ὅπου προηγήθῃ ἀνεπιτυχῶς μακρὸς τοκετός μὲ καλὰς ὠδίνας πρὶν νὰ γίνῃ ἡ καισαρικὴ τομὴ εἶναι καλύτερον νὰ προγραμματισθῇ καισαρικὴ εἰς τὴν παροῦσαν ἐγκυμοσύνην. Ἐάν ὅμως ὁ μακρὸς τοκετός ὀφείλετο εἰς μηχανικοὺς παράγοντας ὅπως ἡ ὀπισθία ἰνίακὴ

θέσις, βρεγματική προβολή, ύδροκέφαλος, αδράνεια της μήτρας κ.λ.π., τότε θά δοθῇ ἡ εὐκαιρία εἰς τὴν ἐπίτοκον νά δοκιμάσῃ νά γεννήσῃ διὰ τῆς κολπικῆς ὁδοῦ, ἐάν ἡ λεκανομέτρησις εἶναι ἱκανοποιητικὴ, καθότι ὁ μακρὸς τοκετός καθ' ἑαυτὸς δέν προδικάζει ἀδύνατον οὐλήν, ὅταν προηγηθῇ καισαρικῆς τομῆς. Ἀπεναντίας ὁ σχηματισμός μακροτέρου κατωτέρου τμήματος τῆς μήτρας κατὰ τὴν διάρκειαν τῶν ὠδίνων δημιουργεῖ πλέον ἀνθεκτικὴν οὐλήν, διότι ἡ τομὴ ἐκτελεῖται εἰς τὸ χαμηλότερον δυνατόν σημεῖον. Ὅταν, ἐν πάσῃ περιπτώσει, ἀποφασισθῇ νά γίνῃ δοκιμαστικός τοκετός, θά πρέπει τὴν 36ην ἐβδομάδα νά γίνῃ τόσον ἐσωτερικὴ ὥσον καὶ ἀκτινολογικὴ λεκανομέτρησις.

Περιπτώσεις μέ μεγάλον ἔμβρυον, πολυδύναμον ἐγκυμοσύνην, ὑδράμνιον, προγραμματίζονται διὰ καισαρικὴν τομήν, διότι ἡ μεγάλη τάσις τῆς μήτρας ἀδυνατίζει τὴν οὐλήν καὶ προδιαθέτει ρήξιν.

Ὁ χρόνος πού μεσολαβεῖ μεταξύ δύο καισαρικῶν τομῶν ἔχει τὴν σημασίαν τοῦ ὅσον ἀφορᾷ τὴν στερεότητα τῆς οὐλῆς. Ἐνα χρονικὸν διάστημα 12 μηνῶν μεταξύ τῶν ἐγκυμοσυνῶν εἶναι ἀρκετὸν διὰ νά ὁργανωθῇ ἱκανοποιητικῶς ἡ οὐλή.

Ὅμως, προκειμένου περὶ χαμηλῆς ἐγκαρσίας καισαρικῆς τομῆς, δέν εἶναι ἀπαραίτητον νά γίνῃ διακοπὴ τῆς ἐγκυμοσύνης ἔστω καὶ ἂν αὕτῃ ἤρχισε 4 μόνον μῆνας μετὰ τὴν τομήν. Εἰς τὴν ἡμετέραν περίπτωσιν ἀρ. 6 οὐδεμία ἀνωμαλία παρατηρήθη ὀφειλομένη εἰς τὸ μικρὸν διάστημα τῶν δύο μηνῶν πού ἐμεσολάβησεν μεταξύ τῆς καισαρικῆς καὶ τῆς ἐπομένης ἐγκυμοσύνης καὶ ἡ ὑστερογραφία διενεργηθεῖσα 3 ἔτη μετὰ τὴν τελευταίαν καισαρικὴν, δείχνει οὐλήν ἱκανοποιητικὴν (εἰκὼν 9), ἡ ὁποία εἶναι ἱκανὴ νά ἀνθέξῃ εἰς τὴν δοκιμασίαν τοκετοῦ.

Ὅμως ἀρκετὰ δραματικὰ περιστατικά, τὰ ὁποῖα περιγράφονται εἰς τὴν διεθνῇ βιβλιογραφίαν πρέπει νά μᾶς καθιστοῦν προσεκτικούς καὶ νά μὴν ἐνθαρρύνωμεν σύντομον ἐγκυμοσύνην μετὰ ἀπὸ τὴν καισαρικὴν. Ἰδίως ὅταν πρόκειται περὶ χαμηλῆς καθέτου ἢ κλασσικῆς τομῆς, πρέπει νά μεσολαβῇ διάστημα ἄνω τῶν 18 μηνῶν μεταξύ τῆς προηγουμένης καισαρικῆς καὶ τῆς ἐπομένης ἐγκυμοσύνης.

Ὁ ἀσφαλέστερος τρόπος διὰ τὴν ἐκτίμησιν τῆς ἀνθεκτικότητος τῆς οὐλῆς ἐκ τῆς χαμηλῆς ἐγκαρσίας τομῆς εἶναι ἡ πλαγία ὑστερογραφία. Ἐάν ἡ κοιλότης εἰς τὸ σημεῖον τῆς οὐλῆς εἶναι μικρότερα τῶν 4 χιλιοστῶν, ἡ οὐλή πρέπει νά θεωρηθῇ ἀσφαλῆς, ἐνῶ ἐάν ἡ κοιλότης εἶναι βαθυτέρα, προγραμματίζεται καισαρικὴ τομή.

Ἡ παρουσία προσθίου προδρομικοῦ πλακοῦντος εἰς τὴν προηγουμένην ἐγκυμοσύνην, παρ' ὅλον ὅτι δέν πρόκειται περὶ ἐπαναλαμβανομένου παράγοντος, πρέπει νά ὀδηγῇ εἰς τὴν προγραμματισμένην καισαρικὴν, διότι ἡ οὐλή εἶναι συνήθως ἀσθενὴς καθότι λόγῳ τῆς μεγάλης αἱμορραγίας, ἡ ὁποία παρατηρεῖται εἰς τὰς περιπτώσεις τοῦ προδρομικοῦ πλακοῦντος, ἡ ραφὴ πιθανόν νά γίνεταί ἐν σπουδῇ καὶ ὅχι πάντοτε ἐπιμελημένη.

Αἱ δύο προηγούμεναι καισαρικαὶ τομαὶ ἔχει ἐπικρατήσῃ νά θεωροῦνται ὡς ἐνδείξεις διὰ καισαρικὴν τομήν καὶ εἰς τὸν τρίτον τοκετόν, ἔστω καὶ ἐάν δέν ἔγιναν λόγῳ ἐπαναλαμβανομένου παράγοντος. Ὑστερογραφίαι ὅμως ἀπέδειξαν ὅτι ἐν ποσοστὸν 92% δίδει ἀσφαλῆ οὐλήν μετὰ ἀπὸ δύο καισαρικὰς, ὅπου ὅμως προηγήθησαν ὠδῖναι. Ἀκόμη καὶ μετὰ ἀπὸ τρεῖς καισαρικὰς, ἐν ποσοστὸν 50% ἔχει ἀσφαλῆ οὐλήν. Ὡς ἐκ τούτου, ἡ περίδεσις τῶν σαλπίνγων μετὰ ἀπὸ τρεῖς καισαρικὰς, δέν πρέπει νά θεωρηθῇ ἀναγκαία.

Ἡ τεχνητὴ πρόκλησις τοκετοῦ ἡμπορεῖ νά γίνῃ εἰς τὰς περιπτώσεις μέ οὐλήν ἐπὶ

της μήτρας, όταν υπάρχει ένδειξις προς τούτο. Ούλη δυναμένη να άνθέξη εις την δοκιμασίαν του τοκετού, πρέπει να άνθέξη και εις τας ώδινας τας προκαλουμένας από την ώκυτοκίνην. Έξ άλλου, εάν τυχόν ακολουθήση καισαρική τομή μετά από άποτυχημένην προσπάθειαν προκλήσεως τοκετού, δέν παρατηρούνται επιπλοκαί όφειλόμεναι εις την πρόκλησιν τεχνητών ώδίνων.

Η πλέον άποτελεσματική μέθοδος τεχνητής προκλήσεως τοκετού είναι ή ρήξις τών ύμένων υπό συνθήκας άσπψίας και άντισπψίας, και άμέσως μετά ή έγχυσις ένδοφλεβίως κατά σταγόνας διαλύματος ώκυτοκίνης μέ μικράν δόσιν εις την άρχήν, μιās διεθνούς μονάδος εις 1000 κ.έ. γλυκόζης 5%. Η πυκνότης της ώκυτοκίνης αύξάνεται σταθερώς μέχρι επιτεύξεως σταθερών και ίκανοποιητικών ώδίνων. Η έναρξις μέ μικράν δόσιν ώκυτοκίνης επιβάλλεται διότι ή εύαισθησία από περιπτώσεως εις περίπτωσιν είναι δυνατόν να διαφέρει.

Η δόσις της ώκυτοκίνης διπλασιάζεται ανά 15' μέχρι άποτελέσματος.

Διά της άνωτέρω μεθόδου είχομεν άριστα άποτελέσματα διά την πρόκλησιν τοκετού ως έμφαίνεται εις τόν πίνακα 20. Βεβαίως ό άριθμός τών περιπτώσεων είναι μικρός αλλά τά άποτελέσματα είναι ένδεικτικά. Αντιθέτως ό Mac Garry ό όποιος έχρησιμοποiei μικράς δόσεις ώκυτοκίνης (βλέπε σελ. 38) είχε μεγάλον ποσοστόν άποτυχίας μέ άποτέλεσμα την επανάληψιν της καισαρικής, είτε λόγω άδυναμίας προκλήσεως τοκετού, είτε λόγω ύποτονικού τοκετού.

Η ώριμότης του τραχήλου, ή όποία είναι εύνοϊκός παράγων διά την όμαλήν εξέλιξιν της τεχνητής προκλήσεως του τοκετού, δέν προδικάζει την επιτυχίαν. Παραλλήλως και ή άπουσία όλων τών δυσμενών παραγόντων ως προς την ώριμότητα του τραχήλου δέν προδικάζει την άποτυχίαν. Εις τας περιπτώσεις όμως όπου υπάρχει ούλη επί της μήτρας, είναι καλύτερον να προγραμματίζεται καισαρική όταν ό τράχηλος δέν είναι ώριμος. Εις ειδικάς περιπτώσεις, όπου ό τράχηλος εμφανίζεται ως μη ώριμος, ήμπορεί να εφαρμόζεται ό καθετήρ Foleys ως περιγράφεται εις την σελ. 55.

Η πλέον επικίνδυνος επιπλοκή έγκυμοσύνης μέ ούλήν επί της μήτρας είναι ή τελεία ρήξις της κλασσικής ή χαμηλής καθέτου ούλης, ή όποία είναι δυνατόν να συμβή άκόμη και κατά τόν τέταρτον ή πέμπτον μήνα αλλά συχνότερον προς τό τέλος της έγκυμοσύνης ή κατά την διάρκεια του τοκετού. Ως εκ τούτου εις περίπτωσιν κλασσικής ούλης ή έγκυος πρέπει να εισάγεται εις κλινικήν τούς δύο τελευταίους μήνας της έγκυμοσύνης.

Η ρήξις της χαμηλής έγκαρσίας τομής είναι όλιγώτερον επικίνδυνος από την ρήξιν της ούλης εκ κλασσικής τομής τόσοιι διά την μητέραν όσοιι και διά τό έμβρυον.

Ιδιαιτέρα μορφή ρήξεως είναι ή άσυμπτωματική ρήξις, ή όποία σχηματίζεται είτε κατά την διάρκεια της έγκυμοσύνης είτε κατά την διάρκεια του τοκετού. Η έν λόγω άτελής ρήξις, εάν διαφύγη της διαγνώσεως δυνατόν να εξελιχθ ή εις τελείαν ρήξιν κατά την έπομένην έγκυμοσύνην. Είναι πολύ σημαντικόν να διαγνωσθ ή ρήξις της ούλης εγκαίρως ή τουλάχιστον να τεθ ή ύποψία ρήξεως μέ την εμφάνισιν τών συμπτωμάτων και να γίνη ή προετοιμασία διά την αντιμετώπισιν τών συνεπειών της. Ενίστε τά συμπτώματα δυνατόν να οδηγήσουν εις λανθασμένην διάγνωσιν ρήξεως, όμως είναι προτιμώτερον να διενεργείται λαπαροτομία μέ την παραμικράν ύποψίαν ρήξεως, ιδίως όταν πρόκειται δι' ούλήν εκ κλασσικής τομής, έστω και άν άποδειχθ ή λανθασμένη ή διάγνωσις, παρά να γίνεται άπώλεια χρόνου έν άναμονή βεβαιότητος διά την ρήξιν. Ο χρόνος ούτος είναι δυνατόν να άποβή μοιραίος τόσοιι διά τό έμβρυον όσοιι και διά την μητέρα.

Μετά τό πέρας τοκετοῦ διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ ἐπιβάλλεται πάντοτε ἡ δακτυλική ἐπισκόπησις τῆς οὐλῆς.

Ἀναφορικῶς πρός τήν θεραπείαν τῆς ραγείσης οὐλῆς, ἐπιβάλλεται ἡ συρραφή της ἐκεῖ ὅπου εἶναι δυνατόν καί νά γίνεται ὑστερεκτομή μόνον εἰς τās περιπτώσεις ὅπου εἶναι ἀδύνατον νά ἐπιτευχθῇ ἡ συρραφή τοῦ τραύματος, εἰς τās περιπτώσεις ὅπου ἡ μήτρα καταρρακώνεται κυριολεκτικῶς.

Ἡ περίδεσις τῶν σαλπίνγων θά διενεργεῖται ὅταν δέν ὑπάρχη ἐνδιαφέρον δι' ἄλλα τέκνα. Ὅταν ὅμως ὑπάρχει τό ἐνδιαφέρον τοῦτο, δέν θά περιδεθοῦν αἱ σάλπιγγες καί εἰς τήν ἐπομένην ἐγκυμοσύνην θά γίνῃ πολύ προσεκτική παρακολούθησις καί ἡ ἔγκυος θά εἰσαχθῇ εἰς τήν κλινικὴν τόν 7ον μῆνα τῆς ἐγκυμοσύνης.

Ἡ καισαρική τομή θά προγραμματισθῇ τήν 38ην ἐβδομάδα.

ΠΕΡΙΛΗΨΙΣ

Εμελετήθησαν 614 (2.6%) περιπτώσεις τοκετών που είχαν ούλην επί της μήτρας, επί συνόλου 22.000 τοκετών εις τό Μπέτφορτ τής Ἀγγλίας, ἀπό τό 1957 μέχρι τό 1968.

Επίσης ἀναλύονται 62 (3.4%) περιπτώσεις που είχαν ούλην επί της μήτρας, επί συνόλου 1800 τοκετών, ἀπό τό 1970 μέχρι τό 1978 εις τήν κλινικήν μας εις Λευκωσίαν.

Από τοκετούς τής Ἀγγλίας 283 (46%) υπέστησαν προγραμματισμένην καισαρικήν, ἐνῶ 331 (54%) ἀφέθησαν νά δοκιμάσουν νά γεννήσουν διά τής κολπικῆς ὁδοῦ. Διά τήν ἐπιλογήν τής μεθόδου τοῦ τοκετοῦ ἐλαμβάνοντο ὑπ' ὄψιν τό ἱστορικόν τής προηγουμένης καισαρικῆς, ὁ χρόνος που διέρρευσε ἀπό τήν προηγουμένην καισαρικήν, ὁ ἀριθμός τῶν προηγουμένων καισαρικῶν, ἡ παρουσία ὕδραμνίου, πολυδυνάμου ἐγκυμοσύνης ἢ μεγάλου ἐμβρύου. Επίσης οἱ ὑστερογραφίες πρὶν ἀπό τόν ἐπόμενον τοκετόν ἔδιδον ἀξιόλογους πληροφορίες διά τήν κατάστασιν τῆς οὔλης.

Από τὰς 331 περιπτώσεις ἐπέτυχον νά γεννήσουν διά τής κολπικῆς ὁδοῦ 275 (83%), ἐνῶ 56 (16.9%) υπέστησαν καισαρικήν μετὰ ἀποτυχίαν κολπικοῦ τοκετοῦ.

Ἰδιαίτερον ἐνδιαφέρον ἐπαρουσίασαν 118 ἐπίτοκοι μέ ούλην ἐπί τῆς μήτρας που ἐχρειάσθη νά τοὺς προκληθοῦν τεχνηταί ὠδῖναι. Ἡ ἀκολουθουμένη τακτική ἦτο ἡ ρήξις τῶν ὑμένων ὑπὸ ἀσήτητους συνθήκας.

Εάν ὁ τοκετός δέν ἤρχιζε εἰς 24 ὥρας τότε ἤρχιζε κατὰ σταγόνας ἐνδοφλέβιος ἐγχυσις ὠκυτοκίνης. Ἀπό τὰς 118 αὐτὰς περιπτώσεις ἐπέτυχαν νά γεννήσουν διά τῆς κολπικῆς ὁδοῦ 97 (82%), ἐνῶ κατέληξαν εἰς καισαρικήν 21 (17.8%). Δέν συνέβη ρήξις τῆς μήτρας ἢ περιγεννητικὴ ἀπώλεια εἰς αὐτὴν τήν ὁμάδα.

Ἐκ τῶν 614 τοκετῶν τοῦ Μπέτφορτ συνέβησαν 5 ρήξεις οὔλης ἐκ τῶν ὁποίων δύο (2) ἀσυμπτωματικαί καὶ οὐδεμία εἰς τήν κλινικήν μας. Ἐπέζησαν καὶ τὰ πέντε (5) ἔμβρυα καθὼς καὶ αἱ μητέρες.

SUMMARY

We studied 614 (2.6%) cases with previous caesarian section out of 22.000 deliveries in Bedford England from 1957-1968. Between the years 1970 and 1978 in Nicosia Cyprus we also studied 62 (3.4%) cases out of 1800 that had a previous caesarian section or hysterotomy.

Of the 614 Bedford cases 283 (64%) had elective caesarian section. The rest 331 (54%) had a trial of labour.

For the choice of the method of delivery the following factors were taken into consideration. The history of previous caesarian section, the time that passed since the previous caesarians, the number of previous caesarians and the presence of hydramnios, multiple pregnancy, or big foetus.

The hystero-graphy preceding the next pregnancy gave reliable information for the condition of the scar.

Out of the 331 cases of trial of labour 275 (83%) succeeded in giving birth through the vaginal road, while 56 (16.9%) failed to deliver vaginally and had caesarian section.

The 118 cases with uterine scar that required induction of labour were of special interest. The method used was to rupture the membranes under aseptic conditions. If labour did not start within 24 hours then intravenous infusion of oxytocin was given.

Of the 118 cases of induction of labour 97 (82%) managed to have a vaginal delivery and 21 (17.8%) had caesarian section. There was no rupture of uterus or perinatal mortality in this group.

Five rupture scars occurred in Bedford and of those two (2) were silent (asymptomatic). There was no rupture in the Cyprus cases. There was not perinatal or maternal mortality in the cases of rupture scar.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Oscar Agüero
Surgery, Gynaecology & Obstetrics
September 1968 pp. 528 — 530.
2. Δ. 'Αραβαντινοῦ
'Ακαδημαϊκή 'Ιατρική
Σελ. 557 — 564 Τόμος 36 'Ετος 1972.
3. Alexander C. Turnbull
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
Jan. 1968 Vol 75 pp. 24 — 31.
4. Βασιλόπουλος Π., 'Ηλιάδης Σ., Κορατζόπουλος
Μ., Κομνηνός Α Β ' Κλινική, 'Ανακοίνωσις Β' Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιευτικής Γυναικολογίας, 'Οκτώβριος 1977.
5. P. Baillie
British Medical Journal
October 1970. 4. 154 — 156.
6. Barbara D. Case
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
March 1971 Vol 78 p.p. 203 — 214.
7. Boatha W.D.
J. Obst. & Gynec. 61: 824, 1951.
8. R. J. Beard
The Journal of Obstetrics and Gynaecology
of British Commonwealth
August 1972 Vol 79 pp. 763.
9. R. J. Eard. and D.A. JONSON
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth.
10. Ζ. Βλυσίδης, Δ. Καρανασάσης και Κ. Φουκάς
'Ακαδημαϊκή 'Ιατρική
'Ετος 1973. Τόμος 37 Σελ. 24 — 32.
11. M. C. Botha
S. A. Medical Journal
January 1969 pp. 39 — 41.
12. F. J. Browne and J. Mc Clave Broune
Postgraduate Obstetrics and Gynaecology
Third Edition. London Butterworths
Page 576.
13. Arthur P. Camilleri
J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth.
Dec. 1968 Vol 75 pp. 1305 — 1308.
14. Colden M.
Am. J. Obst. & Gynec. 78: 890, 1959.
15. A. I. Csapp
Am. J. Obstet. Gynecol. Volume 124 Jan. 1975 No 1 pp. 2—13.
16. R. Clay Burchell
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
June 1968 Vol. 75 pp. 642—651.
17. Dewhurst G. J. 1957
Journal of Obstetrics and Gynaecology of the
British Empire 64—113.
18. Diamond B.
Obst. & Gynaec. 19: 261. 1962.
19. J. S. Dick
The Journal of Obstetrics and Gynaecology of
British Commonwealth
Feb. 1972 Vol 79 pp. 187—189.
20. Ian Danald
Practical Obstetric Problems
Lond — Luke (Medical Books) Ltd 49 Newman Street
London 1969
21. Joseph P. Donnelly
Obstetrics and Gynaecology
Vol. 23, No. 5 May 1964.
22. Douglass R. G. 1967
In Advances in Obstetrics and Gynaecology Edited
by Marcus S. L. and Marcus
CC. William and Wilkins Baltimore Vol 1p 278.
23. James P. Durkan
Obstetrics and Gynecology
Vol. 24, No. 6, pp. 836—840
December 1964.
24. M. P. Embrey — B. G. Mollison
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
Feb. 1967 Vol. 74 p.p. 44—48.
25. Kerin Feeney
British Medical Journal
January 14 1956 pp. 65—73.
26. J. G. Francis
The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British
Commonwealth
July 1970 Vol 77 pp. 594—602.
27. Plentland Friedman 1961
Amer. J. Obst. Gyn. 42. 82—6.
28. Π. Γάβαρη: 'Αρχεῖον 'Ιατρικῶν ἐπιστημῶν
ἔτος ΙΒ' Τόμος 14ος 'Ιανουάριος 1957.
29. Panayitis Georgakopoulos
The Journal of Obstetrics and Gynaecology of
British Commonwealth
September 1974 Vol 81 pp. 730—733.
30. Β. Α. Γεωργούλη: 'Ιατρική, 'Ιανουάριος 1970 'Ιατρική:
Τόμος 17 Τεύχος 1 Σελ. 3—9.
31. H. Crabert
The Journal at Obstetrics and Gynaecology of
British Commonwealth
Dec. 1970 Vol 77 pp. 1142 — 1143.
32. R. K. Galloway
The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the
British Commonwealth
July 1970 Vol 77 pp. 587 — 590.
33. A. P. Camilleri
J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth.
Dec. 1968, Vol. 75 pp. 1305 — 1308.
34. Hassim AM
Am J. Obst. Gynaec.
Volum 101 August 15 1968.
Number 8 pp. 1132 — 1134.
35. Herbert A. Claiborne
December 1, 1967
Am. J. Obst. & Gynaec.
Volume 99 Number 7 pp. 900 — 906.
36. Josey. w. E.
Obst. & Gynec. Surg. 18, 181, 1963.
37. D. A. Johnson
The Journal of Obstetrics and Gynaecology of
British Commonwealth
Sept. 1972 Vol. 79 pp. 860 — 861.
38. William E. Josey
Am J. Obst. & Gynaec.
Vol. 94 Number 1, pp. 29 — 33.
39. Δ. Κασκαρέλης
Μαιευτική — Γυναικολογία, Β' έκδοσις 1976.
40. Α. Κ. Κομνηνός: 'Ιατρική 'Ιούλιος 1974
Τόμος 25, Τεύχος 6.
- 40α. Β. Χρ. Κουτήφαρη.
'Ατλας Μαιευτικής, 'Επιστημονικά 'Εκδόσεις 'Αθήναι
1980.
41. S. M. M. Karim
The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the
British Commonwealth.
August 1972 Vol. 79 pp. 737 — 743.
42. Niels H. Lauersen Am. J. Obstet. Gynaecol.
January 15 1976 Volume 124 Number 2 pp. 169 — 176.
43. J. B. Lawson
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
Dec. 1968 Vol. 75 pp. 1296 — 1300.

44. Νικόλαος Λούρος
Μαιευτική και Γυναικολογία
'Αθήναι 1963 — 1971.
45. Ν. Κ. Λούρος, Π. Ε. Γάβαρη, Ν. Π. Μπάρος
'Αρχεῖον Μαιευτικής και Γυναικολογίας
ἐν 'Ελλάδι Τόμος 6ος Τεύχος 4ον 'Οκτώβριος 1957.
46. Ν. Λούρος, Π. Γάβαρης, Ν. Μπάρος
'Αρχεῖον Μαιευτικής και Γυναικολογίας ἐν 'Ελλάδι
Τόμος 7ος Τεύχος 2ον — 3ον, 'Ιούνιος 1958.
47. James A. Mac. Garry
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
Feb. 1969 Vol. 76 pp. 137 — 143.
48. Ian Mac Gillivray
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
Dec. 1968 Vol. 75 pp. 1301 — 1303.
49. Ian Mac. Gillivray
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
Dec. 1968 Vol. 75 pp. 1301 — 1303.
50. John Mac. Vicar
The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the
British Commonwealth
Nov. 1971 Vol. 78 pp. 1007 — 1009.
51. Mc Nally, N.B. 19 J Obstet. Gynaec. Br.
J. Amer. med. Ass. 1605.
52. Α. Μαρούδης: 'Ελληνική 'Ιατρ. (Hellen iatr.)
932 — 935 'Οκτώβριος 1971.
53. Ν. Μανουηλίδη
'Ιατρική. Μάιος 1965. Τόμος 7. Τεύχος 5. Σελ. 370 — 381.
54. Marshall C. M. 1939 Saesaream section
Lower segment operation
John Bright and sons Bristol.
55. Maxwell S.
Obstetrics & Gynaecology
Vol. 25 No. 5 May 1965 pp.
56. Michael J. Muldoon
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
Nov. 1968 Vol. 75 pp. 1144 — 1150.
57. Millar W. G.
1959 J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 66.353.
58. E. L. Normington
The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the
British Commonwealth
Dec. 1972 Vol. 79 pp. 11.08.1112.
59. B. S. Nottage
British Journal of Obstetrics and Gynaecology
April 1975 Vol. 82 pp. 310 — 313.
60. Novak. E. 1967
Gynaecology and Obstetric Pathology
6th ed p. 509 London and Philadelphia.
61. Π.Π. Παναγιώτου «Σύγχρονος Γυναικολογία»
'Επιστημονικά εκδόσεις
Γ. Κ. Παριστιανός, 'Αθήναι 1973.
62. Caston R. Paloerme
Ame. J. Obst. & Gynaecology 15.2.1966
Volume 94 Number 4 pp. 571 — 576.
63. Sir John Peel
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
Dec. 1968 Vol. 75 pp. 1282 — 1286.
64. J. H. Pinkerton
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
Dec. 1968 Vol. 75 pp. 1287 — 1290.
65. Edgar H. Ritchie
The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the
British Commonwealth
July 1971 Vol. 78 pp. 642 — 648.
66. Peter Renou
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
June 1968 Vol. 75 pp. 629 — 635.
67. Edgar H. Ritchie
The Journal of Obstetrics and Gynaecology
of the British Commonwealth
July 1971 pp. 642 — 648.
68. Riva H. L. 1961
Amer. J. Obstet. Gynaec. Vol. 81 — 501.
69. Robert E. Zeller
Obstetrics and Gynaecology
Vol. 27, No 6 June 1966 pp. 859 — 862.
70. A. J. Russel
The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the
British Commonwealth
Aug. 1969 Vol. 76 pp. 721 — 723.
71. R. Ainslie Jamieson:
Surgical Physiology
E & S Livingstons Ltd Edinburgh and London 1966.
72. Sanford Sall.
PAC. MED. & SURG.
September — October, 1967 pp. 333 — 337.
73. Shirish S Sheth
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
Jan. 1968 Vol. 75 pp. 55 — 58.
74. G. N. Shelkh
The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the
British Commonwealth
Dec. 1970 Vol. 77 pp. 1070 — 1076.
75. S. C. Simmons
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
Sep. 1972 Vol. 79 pp. 816 — 820.
76. Theobald G. W. (1959)
Lancet 1, 59.
77. Theobald G. W. (1956)
J. Ob. Gyn. Brit. Emp. 63, 641.
78. Theobald G. W. (1959)
J. Ob. Gyn. Brit. Emp. 66, 863.
79. Theobald G. W. (1954)
Brit. Med. J. 2, 833.
80. Theobald G. W. — Kelsey H. A. and Mcirhead J.M.B.
(1956) J. Ob. Gyn. Brit. Emp. 63, 641.
81. Theobald G. W. 1963
In Modern Trends in Obstetrics
Edited by Kellar R. J. Butterworth
London p 87.
82. Thomson A. M. Billewicz
1967 Brit. J. prev. Soc. Med. 21 — 137.
83. Richard H. Tipton
The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the
British Commonwealth
Feb. 1972 Vol. 79 pp. 133 — 134.
84. Teppap. Rev. Obstet Gynaec. Venez. 1967. 27. 181.
85. T. E. Torbet & G.C. Tsoutsopledes
J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth
July 1968 Vol. 75 pp. 737 — 740.
86. R. R. Trivedi
J. Obstet. Gynaecol. Brit. Commonwealth
Jan. 1968 Vol. 75 pp. 51 — 54.
87. Allan B. Weingold
Surgery, Gynaecology & Obstetrics
June 1966 pp. 1233 — 1238.
88. Wilson J. St. George (1931)
Journal of Obstetrics and Gynaecology of the
British Empire 38. 504.
89. H. Zucherman
Israel Medical Journal,
Vol. XXIII, No. 10 — 12, 1964 pp. 249 — 255.
90. "Sefer Obstetric Care" Confidential Reporton
Maternal Deaths
Ministry of Health of England 1967.