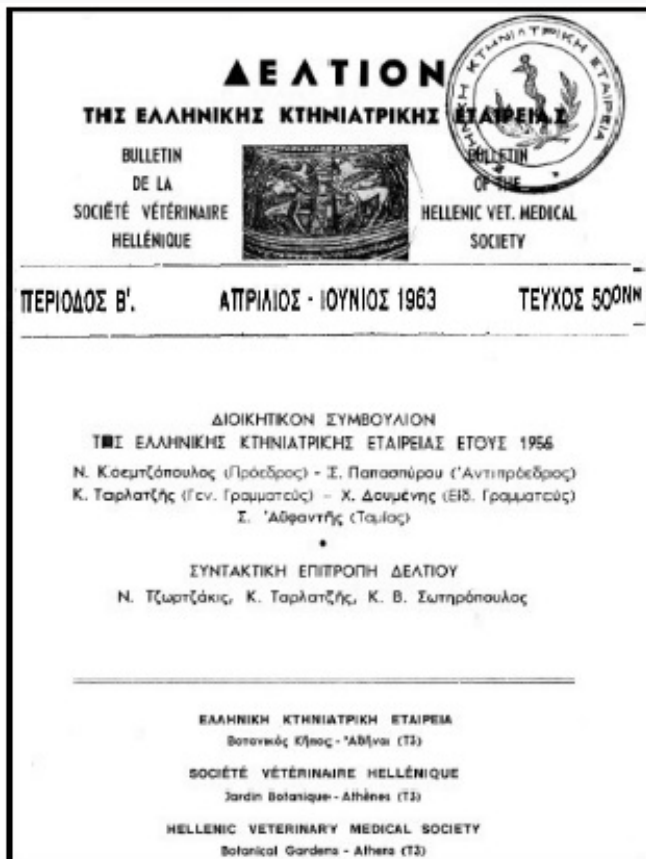


Journal of the Hellenic Veterinary Medical Society

No 2 (1963)



ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΟΙ ΕΙΣ ΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗΝ ΤΗΣ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Κ. ΒΛΑΧΟΣ, Π. ΤΣΑΚΑΛΩΦ, Κ. ΣΕΪΤΑΡΙΔΗΣ

doi: [10.12681/jhvms.18653](https://doi.org/10.12681/jhvms.18653)

Copyright © 2018, Κ.ΒΛΑΧΟΣ Π.ΤΣΑΚΑΛΩΦ Κ.ΣΕΪΤΑΡΙΔΗΣ



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

To cite this article:

ΒΛΑΧΟΣ Κ., ΤΣΑΚΑΛΩΦ Π., & ΣΕΪΤΑΡΙΔΗΣ Κ. (1963). ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΟΙ ΕΙΣ ΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗΝ ΤΗΣ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ. *Journal of the Hellenic Veterinary Medical Society*, (2), 49–70. <https://doi.org/10.12681/jhvms.18653>

ΔΕΛΤΙΟΝ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ VÉTÉRINAIRE HELLÉNIQUE

ΠΕΡΙΟΔΟΣ Β'.

ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 1963

ΤΕΥΧΟΣ 50^{ΟΝ}

ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΟΙ ΕΙΣ ΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗΝ ΤΗΣ ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Υ π ό

Κ. ΒΛΑΧΟΥ - Π. ΤΣΑΚΑΛΩΦ - Κ. ΣΕΪΤΑΡΙΔΟΥ
Καθηγητοῦ Ἐπιμελητοῦ Βοηθοῦ

Εἰσαγωγή :

Εἰς τὴν παροῦσαν ἀνακοίνωσιν ἐκτίθενται τὰ ἀποτελέσματα τῶν εἰς τὴν ἡμετέραν Κλινικὴν ἐφαρμοσθειῶν καισαρικῶν τομῶν. Κύριος ὅμως σκοπὸς ἡμῶν εἶναι ὅπως τονισθῶσιν τὰ ἐξαχθέντα συμπεράσματα, ἐκ τῆς συγκρίσεως τῶν μέχρι τοῦδε περιγραφειῶν εἰς τὴν διεθνή βιβλιογραφίαν μεθόδων καισαρικῆς τομῆς καὶ εἰς ποίας δυστοκίας εὔρομεν ἐκάστην ἐξ αὐτῶν ὡς μᾶλλον ἐνδεικνυομένην δι' ἐκάστην περίπτωσιν κεχωρισμένως. Ἐπὶ τῇ εὐκαιρίᾳ δέον ὅπως τονισθῆ ὅτι ὁ κτηνίατρος τόσον ὀλιγωτέρας φρονίας προσφεύγει εἰς τὴν καισαρικὴν τομήν, ὅσον καλύτερον γνωρίζει τὴν μαιευτικὴν. Αἱ ἄνευ ἀποχρῶντος λόγου καὶ ἀβασανίστως γενόμεναι καισαρικοὶ τομαὶ πολλάκις ἀποβαίνουν πρὸς ζημίαν τοῦ παραγωγοῦ, ἐν ᾧ θὰ ἦτο προτιμότερα ἢ διὰ τῆς φυσιολογικῆς ὁδοῦ ἐξαγωγή τοῦ ἐμβρύου. Κατωτέρω προτάσσεται περιγραφή τῶν μέχρι τοῦδε περιγραφειῶν ἐν τῇ διεθνῇ βιβλιογραφίᾳ καὶ ἐν τῇ ἡμετέρᾳ Κλινικῇ ἐφαρμοσθειῶν μεθόδων καισαρικῆς τομῆς.

Α'. Λαπαροτομή

Ἡ λαπαροτομή εἶναι γνωστὴ εἰς τὰ ζῶα ἀπὸ τῆς ἐποχῆς τῶν Ἑβραίων καὶ τῶν Ῥωμαίων. Ἡ ἱστορία της εἶναι στενὰ συνδεδεμένη μὲ τὴν καισαρικὴν τομήν. Ἡ Λαπαροτομή δύναται νὰ γίνῃ καὶ πρὸς ὑστερεκτομήν ὡς καὶ πρὸς ἐπανάταξιν τῆς συστραφείσης μήτρας.

Α'. Κατάκλισις — ἀναισθησία — τομὴ

1) Εἰς τὰς Ἀγελάδας. Δύναται νὰ γίνῃ ἐπ' ὀρθίου ὡς καὶ ἐπὶ κατακεκλιμένου ζώου. Εἰς τὴν στροφὴν τῆς μήτρας δεόν νὰ γίνηται πάντοτε ἐν ὀρθίᾳ στάσει ἐπὶ τοῦ δεξιοῦ ἢ ἀριστεροῦ κενεῶνος. Τὸ ζῶον στηρίζεται ἐπὶ τοῦ τοίχου διὰ νὰ μὴν ὑποχωρῇ. Τὰ ἄκρα προσδέονται διὰ νὰ μὴ λυκτίζη.

α) Ἡ ἀναισθησία εἶναι δυνατὸν νὰ ἐφαρμοσθῇ ἐπὶ τοῦ ἐγχειρητικοῦ πεδίου μὲ νοβοκαΐνην καὶ ἄδρεναλίνην. Κατὰ τὴν ἔγχυσιν πάντοτε πρέπει νὰ ὑποχωρῇ ἡ βελόνη πρὸς τὰ ὀπίσω. Προτιμᾶται ἡ κατὰ στρώματα ἔγχυσις.

β) Παρασπονδυλικὴ τοπικὴ ἀναισθησία. Αὕτη ἐνεργεῖται ἐπὶ τοῦ XIII θωρακικοῦ, τοῦ I καὶ II ὀσφυϊκῶν μὲ 1% Νοβοκαΐνην. Τὰ σημεῖα ἐγγύσεως κεῖνται εἰς ἀπόστασιν 4 ἐκ. ἀπὸ τὸν ἄξονα τῆς σπονδυλικῆς στήλης, εἰς τὰ σημεῖα συναντήσεως τῶν ἐπιπέδων τῶν φερομένων ἐπὶ τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας τῆς τελευταίας πλευρᾶς, καὶ τῶν ἐγκαρσίων ἀποφύσεων τῶν δύο πρώτων ὀσφυϊκῶν σπονδύλων. Βάθος ἐγγύσεως 6-8 κ. ἐκ.

Ποσότης ἐγγεομένης διαλύσεως νοβοκαΐνης 20-25 ἐκ.

Ἡ τομὴ μῆκος 35 ἐκ. γίνεται καθέτως, καὶ εἰς ἀπόστασιν μιᾶς παλάμης ἀπὸ τὴν τελευταίαν πλευρὰν εἰς τὸ μέσον τοῦ κενεῶνος.

Διὰ τὴν λαπαροτομὴν ἐν κατακλίσει ἐνδείκνυται ἡ ἄνω ἐπισκληρίδιος ραχιαναισθησία, χρησιμοποιουμένης μεγάλης δόσεως Νοβοκαΐνης (120-180 κ. ἐκ.) 1 1/2 - 2 1/2 % νοβοκαΐνης. Ἐν κατακλίσει ἡ λαπαροτομὴ διεξάγεται καλύτερον ἰδίως πρὸς καισαρικὴν τομὴν. Πρὸς τοῦτο προσδέονται τὰ προσθια ἄκρα φερόμενα κάτωθι τοῦ στέρνου, εἰς καρπικὴν κάμψιν διὰ σχοινοῦ (καλύτερον πλατέος) ὅπερ διαστανροῦται εἰς τὴν ἀκρωμίαν, φέρεται πρὸς τὰ ὀπίσω κάτωθι τῆς βάσεως τῆς οὐρᾶς διὰ νὰ μὴ ὀλισθαίνῃ, καὶ κατόπιν πάλιν πρὸς τὴν ἀκρωμίαν ὅπου καὶ προσδέεται. Εἶναι ἀπαραίτητον ὅπως ἡ κεφαλὴ κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἐγχειρήσεως κρατῆται χαμηλὰ ἐπὶ τοῦ ἐδάφους. Τὸ σῶμα τῆς ἀγελάδος καλύπτεται δι' ὀθόνης ἀπεστερωμένης. Ἡ τομὴ ἐνεργεῖται (εἰς μῆκος) 35 ἐκ. Ἡ ἀναισθησία τοῦ δέρματος ἐπιτυγχάνεται διὰ τῆς γενομένης ραχιαναισθησίας. Διὰ τὸν ἔλεγχον τῆς αἰμορραγίας συνιστάται συμπληρωματικῶς καὶ τοπικὴ ἔγχυσις ἐπὶ τῆς γραμμῆς τῆς τομῆς νοβοκαΐνης 60 κ. ἐκ. μὲ ἄδρεναλίνην 1 %.

Ἡ ἄνω ραχιαναισθησία ἔχει τὰ κάτωθι πλεονεκτήματα : 1) ἐπιτυγχάνεται πλήρης ἀναισθησία, 2) παράλυσις πλήρης τῆς ὀπισθίας μοίρας, 3) ἐξουδετέρωσις τῶν συσπάσεων τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων καὶ 4) ἐξουδετεροῦται ἡ ἔξοδος ἐντερικῶν ἐλίκων.

Σημεῖα ἐφ' ὧν δύναται νὰ γίνῃ ἡ τομὴ :

1) Τομὴ εἰς τὴν λευκὴν γραμμὴν. Τὴν τομὴν ταύτην εἰσηγήθη πρῶτος ὁ Blendinger. Εἰς αὐτὴν ἐφαρμόζεται κάτω ἐπισκληρίδιος ραχια-

ναισθησία με νοβοκαΐνην 2% εἰς ποσότητα 40 - 60 κ. ἐκ. ἐν στάσει. Κατόπιν καταρρίπτεται ἡ ἀγελὰς ἐπὶ τῆς τραπέζης καὶ ἐν συνεχείᾳ τοποθετεῖται ὑπτίως ἐν ᾧ ἡ δεξιὰ πλευρὰ αὐτῆς στηρίζεται διὰ σάκκου πλήρους ἀχύρου. Τὰ ἄκρα προσδένονται χωριστὰ τὰ ἐμπρόσθια, χωριστὰ τὰ ὀπίσθια. Ἡ τομὴ μήκους 40 ἐκ. γίνεται πολὺ πλησίον καὶ παραλλήλως πρὸς τὴν λευκὴν γραμμὴν, ἀρχομένη ἀπὸ τὸ πρὸ τοῦ μαστοῦ σημεῖον

Ἐξ ὄλων τῶν ἀπὸ τοῦ ἔτους 1959 περιγραφεισῶν μεθόδων λαπαροτομῆς ἡ πλέον πρακτικὴ ἐκ τῶν ἐν κατακλίσει εἶναι ἡ ὑπὸ τοῦ Van Derplasche, τοῦ Wright καὶ τῆς Σχολῆς του Ἀννοβέρου περιγραφεῖσα.

2) **Μέθοδος Van Derplasche.** Ἡ τομὴ αὕτη μήκους 30 - 40 ἐκ., ἐνεργεῖται 5 - 10 ἐκ. ἀριστερώτερα τῆς ἀριστερᾶς ὑποδορείου κοιλιακῆς φλεβός. Εἰς τὰ ἦτοχα ζῶα ἀρκεῖ ἐλλιπρὰ μόνον ραχιαναισθησία με 12 κ.ἐκ. νοβοκαΐνης καὶ τοπικὴ ἀναισθησία με 100 cc. Διὰ πολὺ ἀνήσυχια ζῶα ἐγχύνεται συνήθως καὶ Anavenol μετὰ τὴν κατάκλισην μέχρις ὅτου κλείσουν τὰ βλέφαρα. Ἡ δόσις εἶναι 170 κ. ἐκ. Ἡ ἔγχυσις ἐνεργεῖται ἐνδοφλεβίως καὶ βραδέως. Διάρκεια ναρκώσεως 40' - 60'. Ἐπειδὴ τὸ ναρκωτικὸν τοῦτο διέρχεται τὸν πλακοῦννα πρέπει μετὰ τὴν νάρκωσιν νὰ γίνῃ ταχύτατα ἡ ἔξαγωγή τοῦ ἐμβρίου.

Μέθοδος Ἀννοβέρου (Merkt). Ὀπισθία παράμεσος. Ἐφαρμόζεται ἐπισκληρίδιος ἀναισθησία καὶ τοπικὴ. Ἡ ἀγελὰς κατακλίνεται ἐπὶ τῆς δεξιᾶς πλευρᾶς. Ἡ τομὴ γίνεται ἐπὶ μήκους 36 ἐκ. Ἄρχεται μερικὰ ἐκ. ἔμπροσθεν τῆς ἐπιγονατίου πτυχῆς. Τέμνεται τὸ δέρμα, κατόπιν ἡ κοιλιακὴ περιτονία (Tunica Flava) ἐν συνεχείᾳ ἡ ἔξω θήκη τοῦ ὄρθου κοιλιακοῦ ἀποχωριζομένης ἀπὸ τῆς περιτονίας πρὸς διευκόλυνσιν τῆς ραφῆς. Πρὸς τὸν σκοπὸν αὐτὸν ἀποχωρίζεται ἐπίσης καὶ ἀπὸ τὴν ἐσω θήκην αὐτοῦ. Καλὸν εἶναι ἡ ὀθόνη νὰ συρράπτεται μετὰ τὰ χεῖλη τοῦ δέρματος.

2) **Εἰς τὰς φορβάδας** ἡ λαπαροτομὴ γίνεται ἐν κατακλίσει κατόπιν : 1) γενικῆς ἀναισθησίας (με χλωράλην ἢ Megarphen - Polamivet), 2) ραχιαναισθησίας καὶ 3) τοπικῆς ἀναισθησίας. Ἡ τομὴ ἐνεργεῖται εἰς τὴν λευκὴν γραμμὴν ἢ προτιμώτερον εἰς τὸν δεξιὸν ἢ ἀριστερὸν κενεῶνα. Ὁ ἔλεγχος τῆς ναρκώσεως γίνεται μετὰ τὴν διὰ μάσκας χορήγησιν χλωροφορμίου.

3) **Εἰς τὰ μικρὰ μηρυκαστικά** γίνεται εἰς τοὺς κενεῶνας δεξιὰ ἢ ἀριστερά. Ἡ τομὴ ἔχει μῆκος 15 - 25 ἐκ. μετὰ κατεύθυνσιν : 1) πλαγίως ἐκ τῶν εἰλεακῶν λόφων πρὸς τὸ στέρον. 2) Καθέτως εἰς τὸ μέσον μεταξὺ τοῦ εἰλεακοῦ λόφου καὶ τῆς τελευταίας πλευρᾶς. 3) Διὰ παραμέσου τομῆς ἤτοι διὰ τομῆς μεταξὺ μαστικῆς φλεβὸς καὶ ἐπιγονατίου πτυχῆς καὶ 4) Ἐπὶ τῆς λευκῆς γραμμῆς. Ἡ ἀναισθησία γίνεται τοπικῶς μετὰ διάλυσιν 1% νοβοκαΐνης διὰ προσθήκης καὶ 5 - 6 κ. ἐκ. 50% Novalgin. Ἐπίσης δυνάμεθα νὰ ἐφαρμόσωμεν καὶ ἐπισκληρίδιον ραχιαναισθησίαν μεταξὺ τελευταίου ὀσφυϊκοῦ καὶ ἱεροῦ 1 - 2% νοβοκαΐνης εἰς ποσότητα 5 - 8 κ. ἐκ. ἔχοντες τὴν ὀ-

πισθίαν μοίραν τοῦ σώματος ὑψωμένην. Δέον ν' ἀποφεύγωμεν εἰς τὴν περιπτωσιν αὐτὴν ἐνδοφλέβιεν νάρκωσιν μετὰ χλωράλην ὡς μὴ δυναμένην νὰ ἐλεγχθῆ. Ὅταν τὴν ἐφαρμοζόμεν ἐγγέρομεν 4 - 5 γρ. ἀνὰ 50 χιλγρ. ζ. β. ἐκ διαλύσεως 10 %.

Εἰς τὸν χοῖρον γίνεται πάντοτε εἰς τὸν δεξιὸν ἢ ἀριστερὸν κενεῶνα. Δέον πάντοτε νὰ προσδέονται τὰ ἄκρα, καὶ τὸ πρόσθιον καὶ ὀπίσθιον μέρος τοῦ σώματος ἐπὶ τῆς τραπέζης, ἐφ' ἧς θὰ γίνῃ ἡ ἐγχείρησις. Ἐν ἀνάγκῃ χρησιμοποιεῖται κλίμαξ. Δέον ν' ἀποφεύγωμεν τὴν διεξαγωγὴν τῆς ἐγχειρήσεως ἐπὶ τοῦ δαπέδου.

Ἄναισθησία 1 % νοβοκαΐνη μετὰ ἀδρεναλίνην τοπικῶς. Εἰς πολὺν νευρικὰ ζῶα ἐγγέονται ἐνδοφλεβίως 10 κ. ἐκ./100 χιλγρ. ζ.β. **Eunargon** εἰς τὴν ὠτικήν φλέβα. **Thiogenal** 1 γρ./50 χιλμ.ζ.β. εἰς 20 % διάλυσιν I.V.

Χλωράλη 6 γρ./50 χιλμ. ζ.β. εἰς 10 - 20 % διάλυσιν. Τὰ βαρβιτουρικά δέον νὰ χρησιμοποιῶνται μόνον ὅταν εἴμεθα βέβαιοι ὅτι τὰ ἐμβρυα εἶναι νεκρά.

Εἰς περιπτώσιν κυκλοφοριακῶν ἀνωμαλιῶν ἀποφεύγονται τὰ βαρβιτουρικά. Προτιμᾶται μικρὰ δόσις χλωράλης I. V. 5 γρ. μόνον πρὸς καθυσύχασιν, καὶ ἐν συνεχείᾳ τοπικὴ ἀναισθησία.

Ἡ τομὴ μήκους 15 - 20 ἐκ. γίνεται : 1) πλαγίως 3 - 4 δάκτυλα ἀπὸ τοῦ εἰλεακοῦ λόφου, πρὸς τὰ ἐμπρός, καὶ κάτω πλαγίως.

2) **Παράμεσος**. Ἡ τομὴ ἐνεργεῖται παραλλήλως πρὸς τὴν μαστικήν φλέβα μερικὰ ἑκατοστὰ ἔξωθι τῶν μαστῶν.

4) **Εἰς τὰ σαρκόδρα** γίνεται εἰς τὴν δεξιὰν ἢ ἀριστερὰν χώραν τοῦ κενεῶνος ἢ εἰς τὴν λευκὴν γραμμὴν. Προτιμωτέρα εἶναι ἡ ἐπὶ τῶν κενεῶνων. Ἄναισθησία 1/4 % νοβοκαΐνη μετὰ ἀδρεναλίνην. Εἰς νευρικὰ ζῶα ἐγχύεται 0,02 - 0,08 μορφίνης πρὸς προετοιμασίαν.

Δύναται νὰ ἐφαρμοσθῆ καὶ ὀσφυϊκὴ ἐπισκληρίδιος ραχιαναισθησία μεταξὺ τελευταίου ὀσφυϊκοῦ καὶ ἱεροῦ σπονδύλου.

Εἰς βοηθὸς κρατᾶ τὴν κεφαλὴν κάτω ἀπὸ τὴν μασχάλην του καὶ πιέζει τὴν ὠμοπλάτην τῆς κυνὸς κάτω ἀπὸ τὸν ἀριστερὸν ἀγκῶνα. Μετὰ τὴν δεξιὰν χεῖρα του φέρει τὰ ὀπίσθια ἄκρα πρὸς τὰ ἐμπρός. Ἐπὶ τῆς οὕτω καμφθείσης σπονδυλικῆς στήλης σχηματίζεται ἐλαφρὰ κοιλότης μεταξὺ τοῦ ἱεροῦ καὶ τοῦ τελευταίου ὀσφυϊκοῦ. Αὕτη γίνεται οὔτω περισσότερον ἀντιληπτὴ παρὰ ὅταν τὸ ζῶον ἴσταται ὄρθιον.

Ἐμπήγνυται καθέτως βελόνη μήκους 4 - 7 ἐκ. ἐπὶ τοῦ σημείου διασταυρώσεως τοῦ καθέτου ἐπιπέδου τοῦ φερομένου ἐπὶ τῆς σπονδυλικῆς στήλης καὶ τῆς γραμμῆς τῆς ἐνούσης τὰς ἔξω λαγωνίους γωνίας, μέχρις ὅτου ἀντιληφθῶμεν τὸ σληρόν ὑπόστωμα τὸ σχηματιζόμενον ἐκ τοῦ συνδέσμου τοῦ σχηματιζομένου μεταξὺ τῶν τόξων τῶν σπονδύλων. Μετὰ τὴν διάτρησιν τοῦ συνδέσμου αὐτοῦ καὶ ἐλαφρὰν ἔλξιν πρὸς τὰ ὀπίσω τῆς βελόνης γίνεται

έγχυσις 2 - 10 κ. έκ. νοβοκαΐνης 1 - 2 % (χωρίς αδρεναλίνη). Ἡ δόσις ρυθμίζεται ἀναλόγως τοῦ μήκους τοῦ σώματος : Μῆκος 40 έκ. = 2 κ. κ., 50 έκ. = 3,5 κ. έκ., 70 έκ. = 6,5 κ. έκ., 90 έκ. = 9,25 κ. έκ. Ἡ κεφαλή κρατεῖται ὑψηλὰ ἐπὶ 5' - 7' μέχρις ὅτου ὁ βραχίων παραλύσῃ.

Κατὰ τὴν ἐγχείρησιν καλὸν εἶναι νὰ μὴ κρατῆται ἡ κεφαλή χαμηλότερον ἀπὸ τὴν ὀπισθίαν μοῖραν. Διάρκεια ναρκώσεως 50' - 60'. εἰς κύνας ἀνησύχους χορηγοῦνται 0,02 - 0,08 γρμ. Μορφίνης $\frac{1}{4}$ τῆς ὥρας πρὸ τῆς ἐγχειρήσεως.

Γενικὴ νάρκωσις. Ὁ αἰθέρ εἰς τὰ σαρκοβόρα εἶναι ἀπαραίτητος. Δίδεται μὲ μᾶσκαν καλῶς ἐφαρμοζομένην, ἀναμεμιγμένος μὲ δξυγόνον καὶ εἰσαγόμενος διὰ τραχειοσωλήνος μετὰ προηγουμένην ἔγχυσιν ἡρεμιστικῶν. Πρὸς ἀποφυγὴν διεγέρσεως, ἣτις ἀκολουθεῖ συνήθως μετὰ τὴν χορήγησιν αἰθέρος, ἐπιβάλλεται ὅπως 40' - 50' πρὸ τῆς ἐγχειρήσεως χορηγεῖται ἐν ναρκωτικὸν π.χ. ἀτροπομορφίνη (0,02-0,08 γρ. Μορφίνης μὲ 0,005-0,030 γρ. ἀτροπίνης ἢ ἡρεμιστικά : Polanidon ἢ Polamivet 1 - 2 mg/χγ. ζ. β. ἢ Megarphen 3 - 4 mg/χγ. ζ. β. Καλὴ νάρκωσις ἐπιτυγχάνεται ἐπίσης μὲ ἐγχύσεις ἐνδομυϊκῶς 2,5-3 mg/χγμ. ζ. β. Megarphen καὶ μετὰ 15' - 30' Polamivet I.V. 1 - 2 mg χλμ. ζ. β.

Τὸ Polamivet δύναται νὰ χρησιμοποιηθῇ ἐνδοφλεβίως 1 κ. έκ./2 χλμ. ζ. β. ἀπὸ τὴν εἰς τὸ ἐμπόριον κυκλοφοροῦσαν διάλυσιν.

Τὰ βαρβιτουρικά (Evipan, Eunarkon, Theogenal, Pernocton) καὶ ὅταν προηγῆται προπαρασκευὴ μὲ ἡρεμιστικά (Megarphen, Largactyl) δὲν ἀπεδείχθησαν τὰ ἐνδεδειγμένα διὰ τὴν καισαρικὴν τομὴν καὶ πρέπει νὰ ἀποφεύγωται. Παρατηροῦνται : 1) κίνδυνοι ἀπνοίας, 2) πῶσις τῆς ἀρτηριακῆς πίεσεως 3) βραχεῖα νάρκωσις, 4) διεγερσις πρὸ καὶ μετὰ τὴν νάρκωσιν. Εἰς τὴν Ἀμερικὴν χρησιμοποιεῖται τὸ Kemithal εἰς 5 - 10 % διάλυσιν I. V., 1 κ. έκ. ἀνὰ 1' ὡς ὀλιγότερον τοξικόν. Ἡ δόσις εἶναι κατὰ μέσον ὄρον 70 - 80 mg/χγμ. ζ. β.

Γαλῆ. Ἐπιτυγχάνεται ἀναισθησία γενικὴ ἐπὶ 60' διὰ τῆς ἐγχύσεως 1% νοβοκαΐνης εἰς ποσοστὸν 1 κ. έκ. κατὰ 10 έκ. μήκους σώματος μεταξὺ τοῦ ἱεροῦ καὶ τοῦ πρώτου κακχυγικοῦ ἢ μεταξὺ τοῦ πρώτου καὶ δευτέρου κοκχυγικοῦ σπονδύλου. Ἐπίσης δύναται νὰ χρησιμοποιηθῇ διὰ μαιευτικὰς ἐπεμβάσεις τὸ Thiogenal - (Merck) 80 - 100 mg (2 κ. έκ. 5% γγμ. ζ. β. ἐνδοπεριτοναϊκῶς. Πρὸς προπαρασκευὴν ἐγγέεται 10' προηγουμένως 5 mg/χγμ. ζ. β. Megarphen.

Ἡ νάρκωσις ἐπιτυγχάνεται 3' - 5' μετὰ τὴν ἐνδοπεριτοναϊκὴν ἔγχυσιν καὶ διαρκεῖ ἐπὶ 1 ὥραν. Μερικὰ ζῶα παρουσιάζουν διεγερσιν πρὸ καὶ μετὰ τὴν νάρκωσιν (12% τῶν ζῶων χρειάζονται συμπληρωματικὴν νάρκωσιν).

Αἰθέρ. Δύναται νὰ χρησιμοποιηθῇ εἰς τὴν γαλῆν. Αἰθέρ - ἀήρ, ἢ αἰθέρ - δξυγόνον ἀναμίξ. Ὁ αἰθέρ προηγουμένως δέον νὰ θερμαίνεται. Ὁ

Muller συνιστᾷ Isopropylchlorid (I P C), αὐτὸ παρουσιάζει τὰ κάτωθι προτερήματα : 1) Δὲν παρουσιάζεται διέγερσις οὔτε εἰς τὴν ἀρχὴν οὔτε εἰς τὸ τέλος, 2) ἐπιτυγχάνεται πλήρης ἀναισθησία, 3) ἀπαιτεῖται ὀλίγη ποσότης καὶ 4) ἡ ἀφύπνισις εἶναι ταχεῖα χωρὶς διέγερσιν. Χρειάζεται εἰδικὸν κιβώτιον χορηγήσεως (κατὰ Hinz).

Εἰς τὰ σαρκοβόρα ἡ τομὴ γίνεται εἰς τὴν πλαγίαν κοιλιακὴν χώραν λοξῶς ἀπὸ τὴν ἔξω λαγώνιον γωνίαν πρὸς τὸν δεύτερον μαστὸν (ἐκ τῶν ἔμπροσθεν). Περιορίζομεν τὸν κίνδυνον αἱμορραγιῶν ἀποφεύγοντες νὰ πιέζωμεν τοὺς μαστικούς ἀδένας.

Ἡ τομὴ εἰς τὴν λευκὴν γραμμὴν ἐπιβάλλεται εἰς ὑδροπικίας, εἰς περιπτώσεις ἑνὸς ἔμβρου νεκροῦ καὶ δὴ ὅταν ἐπιβάλλεται ὑστερεκτομή. Εἰς περιπτώσεις ὑστεροβουβωνοκίλης ἐπιβάλλεται ἡ τομὴ νὰ γίνηται εἰς τὸ σημεῖον τῆς κήλης.

Β' Συρραφή

Συρράπτεται τὸ περιτόναιον μὲ Cat - Gut διὰ συνεχοῦς ραφῆς. Τὸ μέγεθος τῆς κλωστῆς εἶναι ἀνάλογον πρὸς τὸ μέγεθος τοῦ ζώου. Εἰς τὰ μηρυκαστικά καὶ σαρκοβόρα καλὸν εἶναι νὰ συμπεριλαμβάνωμεν εἰς τὴν ραφήν καὶ τὸν λοξὸν κοιλιακὸν μῦν. Οἱ ὑπόλοιποι μῦς καλὸν εἶναι νὰ συρράπτωνται κατὰ κόμβους μὲ Cat - Gut, ἢ μεταξωτὴν κλωστὴν ἐναλλάξ.

Τὸ δέρμα συρράπτεται μὲ μεταξωτὴν κλωστὴν κατὰ κόμβους ἢ κατὰ τὸν τύπον U.

Ἰδιαίτερα προσοχὴ δέον νὰ δίδηται εἰς τὴν συρραφήν τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος, ὅταν ἡ τομὴ γίνηται εἰς τὴν λευκὴν γραμμὴν.

Ὁ Van Derplasche συρράπτει τὸ περιτόναιον μὲ τὸν ὀρθὸν κοιλιακὸν διὰ συνεχοῦς ραφῆς μὲ Cat - Gut No IV, τὴν κοιλιακὴν περιτονίαν συρράπτει εἰς ραφήν τύπου U μὲ Cat - Gut καὶ τὸ δέρμα μὲ μεταξωτὴν κλωστὴν No 4 - 6.

Εἰς τὸ δέρμα ἐφαρμόζομεν ἐπίσης τὸν U τρόπον ραφῆς.

Εἰς τὰ σαρκοβόρα τὸ περιτόναιον μὲ τὸν ὀρθὸν κοιλιακὸν συρράπτεται κατὰ κόμβους, μὲ μεταξωτὴν λεπτὴν κλωστὴν.

Ἡ τομὴ δέον νὰ καλύπτηται εἰς τὸν χοῖρον καὶ τὰ φυτοφάγα μὲ ἀλοιφήν ὡς ταννοφορμ μὲ βάμμα ἰωδίου καλυπτομένην διὰ στρώματος βάμβακος. Εἰς τὰ σαρκοβόρα ἐπιχρίεται ἡ τομὴ μὲ ἀλοιφὰς χρυσομυκίνης, τερραμυκίνης ἢ μὲ κόνεις καλυπτομένας μὲ βάμβακα ὅστις σταθεροποιεῖται ἐκεῖ μὲ λευκοπλάστην, ἢ διὰ τοποθετήσεως καλύμματος συρραπτομένου διὰ μερικῶν ραφῶν ἐπὶ τοῦ δέρματος.

Εἰς τὴν γαλῆν σταθεροποιεῖται τὸ στρῶμα βάμβακος μὲ λευκοπλάστην. Ὁ ἐπίδεσμος εἰς τὰ σαρκοβόρα δέον ὅπως ἀλλάσεται τὴν 4ην ἡμέραν.

Β' Καισαρική τομή

Μέχρι τοῦ 1945, λόγω τοῦ μικροῦ ποσοστοῦ ἐπιβιώσεως τῆς μητρὸς εἰς τὰς καισαρικὰς τομὰς, τὸν πρωτεύοντα ρόλον εἰς τὰς μαιευτικὰς ἐπεμβάσεις ἔπαιζαν αἱ ἐμβρυοτομαί. Ἔνεκα τούτου διάφοροι μέθοδοι καὶ τεχνικαὶ ἐμβρυοτομῆς, ὡς καὶ τὰ ἐπινοηθέντα ἐργαλεῖα εἶχον ἀναπτυχθῆ εἰς μεγάλον βαθμόν.

Μετὰ τὸ 1945, καὶ δὴ ἀπὸ τῆς ἀνακαλύψεως τῶν ἀντιβιοτικῶν, εἰς πλείστας περιπτώσεις αἱ ἐμβρυοτομαὶ ἤρχισαν νὰ ἀντικαθίστανται ὑπὸ τῆς καισαρικῆς τομῆς. Δι' αὐτῆς ἐπιτυγχάνεται μὲ ὀλιγώτερον κοπιώδη ἐργασίαν ἢ διάσωσης τῆς τε μητρὸς καὶ τοῦ ἐμβρύου.

Εἰς τὴν Ἑλλάδα αἱ καισαρικαὶ τομαὶ ἤρχισαν νὰ ἐφαρμόζονται κυρίως ἀπὸ τοῦ ἔτους 1955 ὅτε ἤρχισεν ἡ λειτουργία τῶν κλινικῶν τῆς Κτηνιατρικῆς Σχολῆς. Ἐκτοτε μὲ τὴν ἀνακάλυψιν τῶν εὐρέως φάσματος ἀντιβιοτικῶν καὶ τὴν τελειοποίησιν τῶν μεθόδων ἐπεμβάσεως, ἡ καισαρική τομή ἤρχισεν ἐφαρμοζομένη καὶ ὑπὸ τῶν Κτηνιάτρων εἰς τὴν ὑπαιθρον.

Εἰς τὴν παροῦσαν μελέτην, πρὸς κατατοπισμὸν τῶν ἀσκούτων τὴν κτηνιατρικὴν πράξιν, ἐθεωρήσαμεν σκόπιμον ὅπως περιγράψωμεν ἐν συντομίᾳ τὰς ἐφαρμοζομένας μεθόδους καὶ ποίας ἐξ αὐτῶν ἐκ τῆς ἐν τῇ ἡμετέρᾳ κλινικῇ ἀποκτηθείσης πείρας εὐρομεν ὡς τὰς πλέον ἐνδεδειγμένας εἰς τὰς διαφόρους περιπτώσεις δυστοκιῶν.

Ὅρισμός. Καισαρικὴν τομὴν ὡς γνωστὸν ἐννοοῦμεν τὴν λήψιν τοῦ ἐμβρύου ἢ τῶν ἐμβρύων διὰ παρακάμψεως τῆς φυσιολογικῆς γεννητικῆς ὁδοῦ κατόπιν διανοξέως τῆς κοιλιακῆς καὶ ἐν συνεχείᾳ τῆς μητρικῆς κοιλότητος. Ἡ προτίμησις τῆς καισαρικῆς τομῆς ἀντὶ τῆς ἐμβρυοτομῆς ἢ ἄλλης ἐπεμβάσεως ἐξαρτᾶται ἀπὸ δύο παράγοντας ἦτοι: 1) ἐκ τῶν **ἐνδείξεων** ὑπὲρ τῆς καισαρικῆς καὶ 2) ἐκ τῶν **προϋποθέσεων** τῶν ἐπιτρεπουσῶν τὴν ἐφαρμογὴν τῆς μεθόδου ταύτης. Αἱ **ἐνδείξεις**, δύνανται νὰ εἶναι ἀπόλυτοι, ὅταν δὲν ὑπάρχει ἄλλη δυνατότης πρὸς διάσωσιν τῆς μητρὸς καὶ τοῦ ἐμβρύου καὶ **σχετικά**, ὅταν ὑπάρχουν μὲν καὶ ἄλλαι δυνατότητες, πλὴν ὅμως αἱ πιθανότερες ἐπιτυχίας εἶναι ὀλιγώτεραι.

Αἱ **προϋποθέσεις** διὰ τὴν ἐπέμβειν δύνανται νὰ εἶναι δύο εἰδῶν: 1) προϋποθέσεις **ἔσωτερικαὶ** ἀναφερόμεναι εἰς τὸ ὑπὸ χειρουργήσιν ζῶον, καὶ ἀφορῶσαι εἰς τὴν κατάστασιν τῆς γεννητικῆς ὁδοῦ καὶ τὴν γενικὴν κατάστασιν τοῦ ζῶου, δηλαδὴ ἐφ' ὅσον αἱ ἀνωτέρω προϋποθέσεις εἶναι εὐνοϊκαὶ ἀπὸ τῆς πλευρᾶς τῆς μητρὸς ἦτοι: ἐὰν ἡ μητὴρ εἶναι ἀπύρετος, ἐὰν δὲν ὑπάρχη μόλυνσις τῆς μητρικῆς κοιλότητος, ἐὰν τὸ ἔμβρυον εἶναι ζῶν, ἐὰν δὲν προηγήθησαν ἐπεμβάσεις καὶ δὴ ἐκ μέρους πρακτικῶν κ.λ.π., τότε μόνον δυνάμεθα νὰ ἀναμένωμεν εὐνοϊκὸν ἀποτέλεσμα. Εἰς πᾶσαν ὑποψίαν ὅτι ἡ

γεννητικὴ ὁδὸς εἶναι μεμολυσμένη, δέον κατὰ τὴν ἐγχείρησιν νὰ λάβωμεν ὅλα τὰ μέτρα πρὸς ἀποτροπὴν μολύνσεως τῆς περιτοναϊκῆς κοιλότητος καὶ καταπολεμήσεως τῆς μικροβιακῆς χλωρίδος.

2) Αἱ **ἔξωτερικαί** προϋποθέσεις ἀναφέρονται εἰς τὴν καταλληλότητα τοῦ χώρου, τοῦ βοηθητικοῦ προσωπικοῦ, τῶν ἐργαλείων κ.λ.π.

Ἡ καισαρική τομὴ δύναται νὰ εἶναι : 1) συντηρητικὴ, ἥτοι χωρὶς ἀφαιρέσειν τῆς μήτρας καὶ 2) μετὰ ὑστερεκτομῆς. Κατωτέρω θέλομεν περιγράψαι ἀποκλειστικῶς τοὺς τρόπους ὑστερεκτομῆς, παραλείποντες τὴν νάρκωσιν καὶ λαπαρατομήν, αἵτινες εἶναι κοινὰ δι' ὅλους τοὺς τρόπους ὑστερεκτομῆς.

Α' Συντηρητικὴ καισαρική τομὴ

Ἡ συντηρητικὴ καισαρική τομὴ διὰ νὰ εἶναι ἐπιτυχῆς πρέπει : 1) ἡ μητρικὴ κοιλότης νὰ μὴν εἶναι μολυσμένη, ἢ νὰ ἔχουν εἰσχωρήσῃ μόνον ὀλίγα μικροβία καὶ 2) τὸ ἔμβρυον νὰ εἶναι ζῶν. Μὲ αὐστηρὰ προφυλακτικὰ μέτρα δύναται νὰ ἐπιχειρηθῇ ἡ ἔξαγωγή καὶ ἐμφυσηματικοῦ ἐμβρύου (Βοοειδές, χοῖρος).

I. Βοοειδῆ.

1) Ἐν ὀρθίᾳ στάσει : α) Ἐπὶ τοῦ δεξιοῦ κενεῶνος ἡ τομὴ μήκους 30 - 40 ἐκ., γίνεται καθέτως, εἰς ἀπόστασιν μιᾶς παλάμης ἀπὸ τὴν τελευταίαν πλευράν, ἢ πλαγίως πρὸς τὴν κατεύθυνσιν τοῦ ἔσω λοξοῦ κοιλιακοῦ ὑπὸ τὴν προϋπόθεσιν ὅτι λαμβάνονται ὅλα τὰ μέτρα, ὥστε ἡ ἀγέλας νὰ ἴσταται ὀρθία. Εἰς τοῦτο μᾶς βοηθεῖ ὁ ἠλεκτρικὸς διεγέρτης. Μετὰ τὴν λαπαρατομήν γινομένην κατὰ τοὺς γνωστοὺς τρόπους, τὰ ἔντερα, ἡ μεγάλη κοιλία καὶ τὰ δύο πέταλα τοῦ ἐπιπλόου, ἔφ' ὅσον δὲν ἐπιτυγχάνεται ἡ ἀπόθησις διὰ τῶν χειρῶν, ἀπωθοῦνται πρὸς τὰ πρόσω μὲ ἀπεστερωμένην δθόνην δι' ἑνὸς βοηθοῦ. Ἡ διάνοξις τῆς μήτρας κατορθοῦται μὲ τομὴν μήκους 40 ἐκ. ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου, ἐλχομένου ἔξωθι τῶν χειλέων τῆς τομῆς τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος. Τὸ ἔμβρυον ἔλκεται ἐκ τῶν ἄκρων διὰ τῶν χειρῶν, ἢ τῇ βοηθείᾳ βρόχων, προσέχοντες ὥπως μὴ χυθοῦν ἐμβρυϊκὰ ὑγρὰ εἰς τὴν κοιλιακὴν κοιλότητα. Ἐὰν ὁ πλακοῦς ἀποκολλᾶται εὐκόλως, ἀφαιρεῖται συγχρόνως μὲ τὸ ἔμβρυον ἄλλως ἀφίεται εἰς τὴν μητρικὴν κοιλότητα. Ἡ συρραφὴ τῆς τομῆς τῆς μήτρας γίνεται δι' ἀπλῆς ραφῆς κατὰ Lembert Cat - Gut No V, ἢ VI, προσέχοντας νὰ μὴν συμπεριλάβωμεν καὶ τὸν πλακοῦντα. Ἡ συγκράτησις τῆς μήτρας κατὰ τὴν ἔξοδον τοῦ ἐμβρύου καὶ τῆς συρραφῆς δέον νὰ γίνηται μὲ εἰδικὴν λαβίδα ἐφοδιασμένην μὲ ἐλαστικούς δίσκους. Καὶ ὅταν ἀκόμη δὲν ὑπάρχει ὑπόνοια μολύνσεως τῆς μητρικῆς κοιλότητος, ἐπιβάλλεται νὰ τοποθετοῦνται 2 - 3 ὑπόθετα χρυσομυκίνης ἢ τερραμυκίνης πρὸ τῆς συρραφῆς καὶ ἔγχυσις 30 - 40 μονάδες Pituitrin εἰς τὰ τοιχώματα



ΕΝΑΙΩΡΗΜΑ ΧΡΥΣΟΜΥΚΙΝΗΣ ΕΝΕΣΙΜΟΝ

2,5 %

Ένα πραγματικά νέον μέσον καταπολεμήσεως τῶν ἀναπνευστικῶν νόσων τῶν πτηνῶν καὶ ἰδιαίτερος τῆς ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ, ἡ ὁποία προκαλεῖ τεραστίας ζημίας εἰς τὴν πτηνοτροφίαν εἶναι τὸ ΕΝΑΙΩΡΗΜΑ ΧΡΥΣΟΜΥΚΙΝΗΣ ΕΝΕΣΙΜΟΝ 2,5 % τὸ ὁποῖον περιέχει 25 χιλιοστόγραμμα ΧΡΥΣΟΜΥΚΙΝΗΣ καὶ 0,15 % συμπετυκνωμένης Τοκοφερόλης (Βιταμίνης Ε) εἰς ἕκαστον κυβικὸν ἑκατοστόν.

Ἡ ἐλαιώδης διάλυσις ἡ ὁποία ἀποτελεῖ τὸ ἐναιώρημα εἶναι ἀπεστερωμένη καὶ χάρις εἰς μίαν εἰδικὴν οὐσίαν μὲ τὴν ὁποίαν εἶναι ἀναμεμιγμένη, ἀπορροφᾶται βραδέως καὶ τοιουτοτρόπως ἔχει μεγαλυτέραν ἀποτελεσματικότητα.

Δοσολογία : 1-2 κυβικὰ ἑκατοστά ἐνδομυϊκῶς ἀναλόγως τῆς ἡλικίας τῶν πτηνῶν.

Παρατήρησις : Εἰς περιπτώσεις σοβαροῦ κατάρρου τῶν ὀρνίθων, τὸ ἐναιώρημα δύναται νὰ ἐνταλαχθῆ μέσα εἰς τοὺς ῥώθωνας.

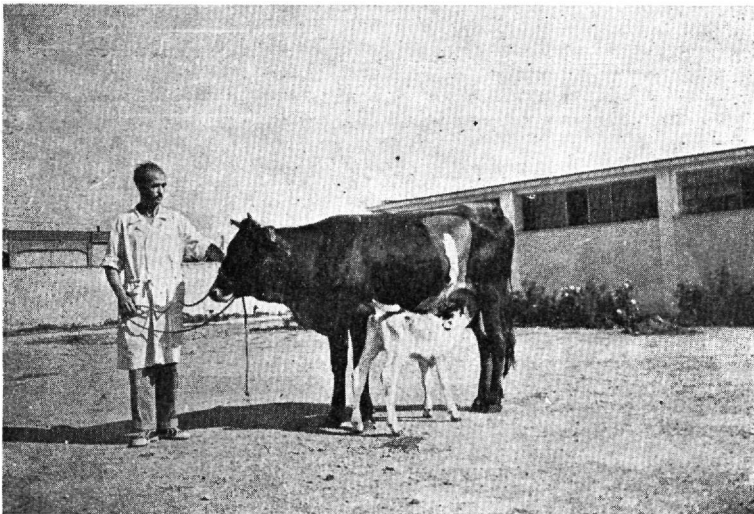
Παρασκευάζεται ὑπὸ τῆς :

CYANAMID GMBH - Μόναχον

Ἀποκλειστικοὶ ἀντιπρόσωποι : **ΛΑΠΑΦΑΡΜ Α. Ε.**
Σωκράτους 50 — Τηλ. 535-603 — Ἀθῆναι
Μητροπόλεως 37 — Τηλ. 70-064 — Θεσ/νίκη

τῆς μήτρας μετὰ τὴν συρραφήν. Ἐγχύνομεν εἰς τὴν περιτοναϊκὴν κοιλότητα 2 - 3 ἑκατομμύρια πενικιλίνης, στρεπτομυκίνης 3 - 5 γρ. ἢ 100 cc γαλάκτωμα Surgonal, ἢ ἐλαιώδη τετραμυκίνη πρὸ τῆς συρραφῆς τῆς τομῆς τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος. Εἰς περίπτωσιν νεκροῦ ἐμβρύου καὶ δὴ ὅταν τοῦτο ἔχει συμπτώματα ἀποσυνθέσεως, ἢ εἰς περίπτωσιν κατακρατήσεως τοῦ πλακοῦντος, ἢ ἔγχυσις ἀντιβιοτικῶν δέον ὅπως συνεχισθῆ ἐπὶ 3 - 4 ἡμέρας.

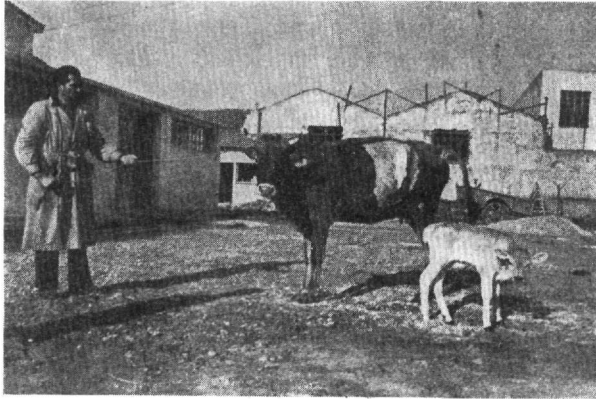
β) Ἐπὶ τοῦ ἀριστεροῦ κενεῶνος κατὰ τὸ πρότυπον τῆς γαστροτομῆς. Αὕτη γίνεται ἐν ὀρθίᾳ στάσει μὲ τοπικὴν ἀναισθησίαν, διὰ διαποτίσεως καὶ στελεχειαίας παρασπονδυλικῆς ἐπὶ τοῦ ἀριστεροῦ κενεῶνος. Πλεονεκτήματα : Οὐδέποτε, ἢ πολὺ σπανίως προβάλλουν ἔλικες ἐντέρων εἰς τὴν τομὴν καὶ δὲν μᾶς ἐμποδίζουν τὰ εἰς τὴν δεξιὰν πλευρὰν συνήθως ὑπάρχοντα πέταλα τοῦ μεσεντερίου. Τὴν μεγάλην κοιλίαν ἀπωθοῦμεν πρὸς τὰ ἔμπροσ τῆ βοήθεια ἀπεστερωμένης ὀθόνης. Περαιτέρω διὰ τῆς συλλήψεως τῶν ἄκρων μέσω τοῦ τοιχώματος τῆς μήτρας μὲ τὰς δύο χεῖρας, ἔλκεται ἡ μήτρα πρὸς τὴν τομὴν. Οἱ μετέπειτα χειρισμοὶ γίνονται ὅπως καὶ εἰς τὸν δεξιὸν κενεῶνα. (Εἰκῶν 1, 2, 3).



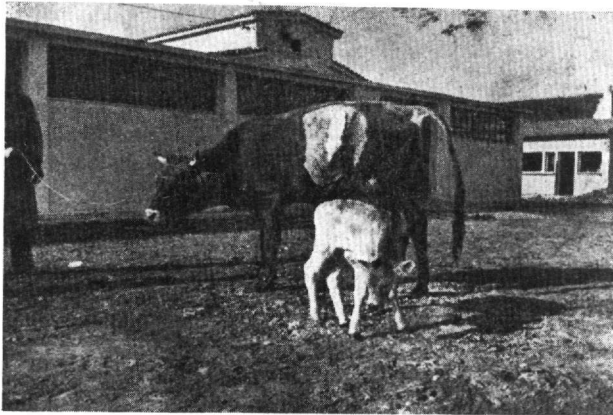
Εἰκῶν 1. — Καισαρική τομή ἐνεργηθεῖσα εἰς ὀρθιον ζῶον διὰ λαπαροτομῆς ἐπὶ τοῦ ἀριστεροῦ κενεῶνος. (Θεσσαλονίκη)

2) Ἐπὶ κατακεκλιμένου ζώου : α) Ἐπὶ τοῦ δεξιοῦ κενεῶνος Ἡ κατάκλισις γίνεται οὐχὶ πλαγίως, ἀλλὰ μὲ τὰ ἄκρα ὑπὸ τὸ σῶμα (κατάκλισις στερνοκοιλιακή). Ὁ χειρουργὸς καὶ ὁ βοηθὸς δύνανται νὰ διεξάγουν τὴν ἐγχείρησιν καθήμενοι ἐπὶ σκαμνίου ἀμέλγματος. Μετὰ τὴν διάνοιξιν τῆς κοιλιακῆς κοιλότητος ἀπωθεῖται τὸ ἐπίπλου πρὸς τὰ ἔμπροσ. Ὅταν δὲν κατορθοῦται τέμνεται διὰ ψαλλίδος, ἀποκαλυπτομένου οὕτω τοῦ δωδεκαδακτύλου. Περαιτέρω οἱ χειρισμοὶ γίνονται ὅπως καὶ ἐν ὀρθίᾳ στάσει.

β) Ἐπί τοῦ ἀριστεροῦ κενεῶνος μὲ κατάκλισιν στερνοκοιλιακῆν. Γίνεται ὅπως καὶ ἐν ὄρθιῃ στάσει. Μετὰ τὴν διάνοξιν τῆς κοιλιακῆς κοιλότητος ἀπωθεῖται ἡ μεγάλη κοιλία ὑφ' ἐνὸς βοηθοῦ δι' ὀθόνης πρὸς τὰ πρόσω. Κατόπιν χωρὶς νὰ ἐμποδιζόμεθα ἀπὸ τὰ ἔντερα καὶ τὸ ἐπίπλουον



Εἰκὼν 2.—Καισαρική τομὴ ἐνεργηθεῖσα εἰς ὄρθιον ζῶον διὰ λαπαρατομῆς ἐπὶ τοῦ ἀριστεροῦ κενεῶνος (Θεσσαλονίκη)



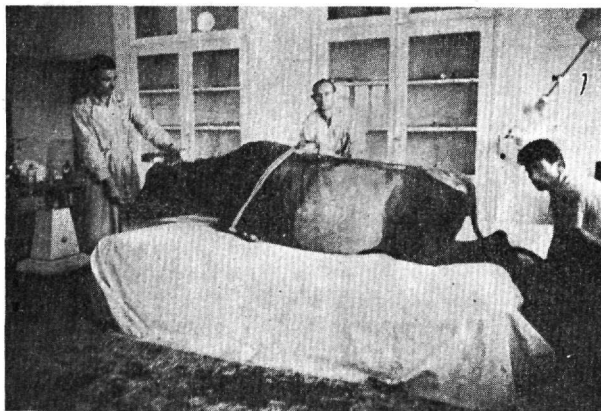
Εἰκὼν 3.—Καισαρική τομὴ ἐνεργηθεῖσα εἰς ὄρθιον ζῶον διὰ λαπαρατομῆς ἐπὶ τοῦ ἀριστεροῦ κενεῶνος (Θεσσαλονίκη)

συλλαμβάνομεν τὴν μήτραν μετὰ τμήματος τοῦ ἐμβρύου (ἄκρα) καὶ ἔλκομεν αὐτὴν πρὸς τὴν τομὴν, μέχρις ὅτου προβληθῇ ἔξω τῆς τομῆς. Κατὰ τὰ λοιπὰ γίνεται ὅπως καὶ εἰς τὸν δεξιὸν κενεῶνα. (Εἰκὼν 4).

γ) Κατὰ μῆκος τῆς λευκῆς γραμμῆς. Ἐν ὑπτία κατακλίσει (Blendinger). Εἰς τὴν περίπτωσιν αὐτὴν πρέπει τὰ ἔντερα καὶ τὸ ἐπίπλουον δι' ἀπεσειρωμένης ὀθόνης ν' ἀπωθοῦνται πρὸς τὰ ὀπίσω. Πρὸ τῆς διανοξέως

φέρομεν τὴν ἀγελάδα ὀλίγον πλαγίως διὰ νὰ διευκολύνωμεν τὴν ἐξαγωγήν τῆς μήτρας καὶ ἀποφύγωμεν τὴν εἴσοδον τοῦ περιεχομένου τῆς μήτρας εἰς τὴν περιτοναϊκὴν κοιλότητα.

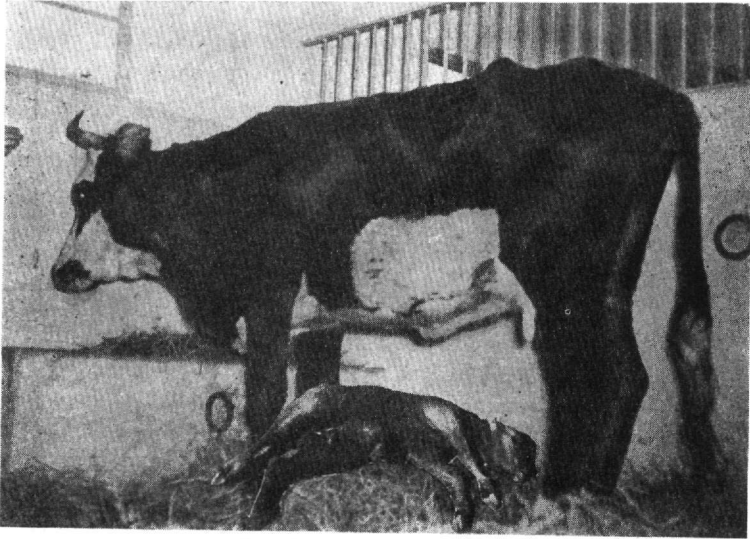
δ) **Εἰς προσθίαν ἀριστερὰν παράμεσον τομήν.** Αὕτη περιεγραφή τὸ πρῶτον ὑπὸ τοῦ Van Derplasche. Μετὰ τὴν τομὴν τοῦ δέρματος τέμνε-



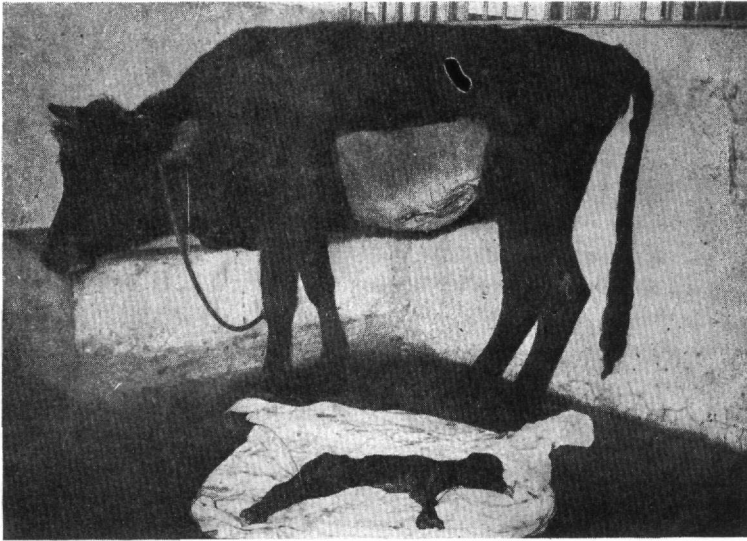
Εἰκὼν 4. — Καισαρική τομή ἐν στερνοκοιλιακῇ κατακλίσει μετὰ λαπαροτομήν ἐπὶ τοῦ ἀριστεροῦ κενεῶνος.
(Θεσσαλονίκη)

ται ὁ κοιλιακὸς χιτὼν κατόπιν ἢ ἔξω θήκη τοῦ ὀρθοῦ κοιλιακοῦ, ὅστις διανοίγεται χωρὶς μαχαιρίδιον διὰ τὸν δακτύλῳ. Κατόπιν τέμνεται ἡ ἔσω θήκη τοῦ ὀρθοῦ καὶ τέλος τὸ περιτόναιον μετὰ τὴν ψαλλίδα. Τὸ ἐπίπλουν ἀπωθεῖται πρὸς τὰ ἔμπροσθιν εἰσάγονται ἀμφότεραι αἱ χεῖρες βαθῶς ἐντὸς τῆς κοιλιακῆς κοιλότητος καὶ ἐξάγεται τὸ πρόσθιον ἄκρον τοῦ κνοφοροῦντος κέρατος ἔξω τῆς τομῆς. Ἐνεργεῖται τομὴ μήκους 20 - 25 ἐκ. κατὰ μῆκος τοῦ μείζονος τόξου. Συλαμβάνονται διὰ βρόχου τὰ ἄκρα ὁπότε διευρύνεται ἡ τομὴ περισσότερον καὶ ἐξάγεται τὸ ἔμβρυον. Τὰ προβάλλοντα τμήματα πλακοῦντος ἀπωθοῦνται ἐντὸς τῆς μητρικῆς κοιλότητος. Ἡ συρραφὴ γίνεται μετὰ Cat - Gut No V καὶ VI. Πρὸ τῆς συρραφῆς εἰσάγονται ὑπόθετα γαιωμυκίνης καὶ μετὰ 2 ἡμέρας ἐκ νέου. Παρεντερικῶς ἐνεργεῖται ἔγχυσις πενικιλίνης 3 ἑκατομμυρίων μονάδων καὶ 4 γραμμάρια στρεπτομυκίνης. Μετὰ τὴν συρραφὴν τῆς μήτρας αὕτη καὶ τὰ ἔντερα ἐπανακαλύπτονται μετὰ τὸ ἐπίπλουν. Ὁ τρόπος αὐτὸς τῆς καισαρικῆς τομῆς ἐνδείκνυται εἰς περιπτώσεις ἐμφυσηματικοῦ ἢ μομμοποιημένου ἔμβρυου ὅταν ἡ ἐξαγωγή του ἐκ τῆς μήτρας εἶναι δύσκολος. Ἀπαιτεῖται διπλῆ ραφὴ τῶν τοιχωμάτων τῆς μήτρας. Κατὰ τὸν Van Derplasche ἡ θνησιμότης εἶναι 7,5% ἢ κατακράτησις πλακοῦντος 38%. Ἡ γαλακτοπαραγωγή διατηρεῖται εἰς καλὴν κατάστασιν εἰς τὰ 60%, ἐπιλόχειος μόλυνσις παρατηρεῖται εἰς τὰ 50%, ἡ γονι-

μότης ἀνέρχεται εἰς 64%. Μεταξὺ αὐτῶν ἀποβολαὶ παρατηροῦνται τὸν 7ον μῆνα τῆς κυοφορίας εἰς ποσοστὸν 4%. (Εἰκῶν 5, 6, 7).

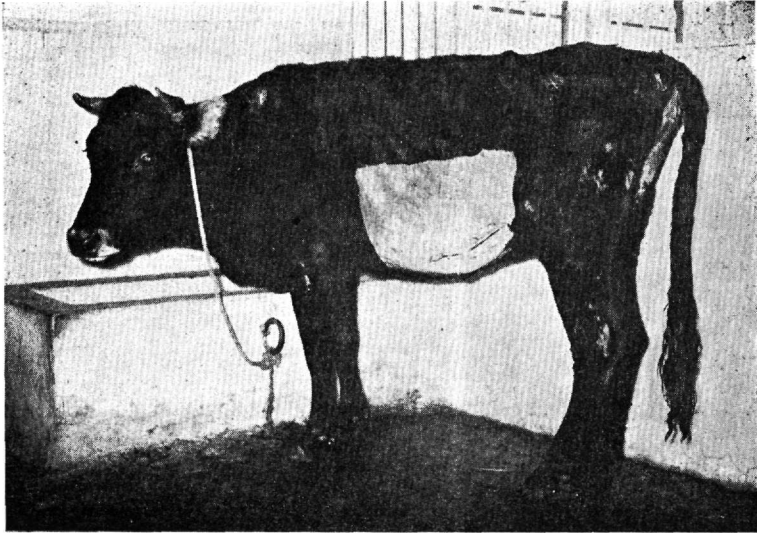


Εἰκὼν 5. — Καισαρική τομή ἐν πλαγίᾳ κατακλίσει διὰ προσθίας ἀριστερᾶς παραμέσου λαπαροτομῆς (ἔμβρυον ἐμφυσηματικόν) (Θεσσαλονίκη)



Εἰκὼν 6. — Καισαρική τομή ἐν πλαγίᾳ κατακλίσει διὰ προσθίας ἀριστερᾶς παραμέσου λαπαροτομῆς (ἔμβρυον ἐμφυσηματικόν) (Θεσσαλονίκη)

ε) Είς προσθίαν δεξιάν παράμεσον τομήν (κατὰ Wright). Αὕτη γίνεται ὅπως καὶ ἡ προηγουμένη, λόγῳ ὅμως τῶν κινδύνων καταπληξίας δὲν προτιμᾶται.



Εἰκὼν 7. — Καισαρική τομή εἰς πλαγίαν κατάκλισην διὰ ἀριστερᾶς προσθίας παραμέσου λαπαροτομῆς. (Θεσσαλονίκη)

στ') Ὁπισθία παράμεσος Ἀννοβέρου (κατὰ Merkt) (Ventrolateral). Ἐνεργεῖται μεταξὺ τῆς ἀριστερᾶς ἐπιγονατίου πτυχῆς καὶ τῆς βάσεως τοῦ μαστοῦ. Μετὰ τὴν ἀπώθησιν τοῦ ἐπίπλου πρὸς τὰ ἔμπρὸς φέρομεν τὴν κορυφὴν τοῦ κυφοροῦντος κέρατος πρὸς τὴν τομήν, προσπαθοῦντες νὰ φέρωμεν πρὸς τὰ ἔξω τὰ ἄκρα, ἢ τὴν κεφαλὴν τοῦ ἐμβρύου. Ἀποφεύγοντες τὰ πλακούντια, τέμνομεν προσεκτικὰ τὰ τοιχώματα τῆς μήτρας καὶ ἀνοίγομεν τὴν τομήν διὰ τῆς ψαλλίδος εἰς τρόπον ὥστε ἡ ἔξαγωγή τοῦ ἐμβρύου νὰ εἶναι δυνατὴ χωρὶς κίνδυνον ρήξεως τῆς μήτρας. Ἡ ἔλξις γίνεται μὲ βρόχον. Ἐὰν εἶναι ἐνσφηνωμένον εἰς τὴν πύελον δέον νὰ ἀπωθῆται διὰ τοῦ κόλπου. Ἀποφεύγομεν τὴν εἴσοδον μητρικῶν ὑγρῶν εἰς τὴν κοιλιακὴν κοιλότητα διὰ τῆς ἔξαγωγῆς τῆς μήτρας, ὅσον τὸ δυνατόν περισσότερον πρὸς τὰ ἔξω καὶ καλύψεως τοῦ σώματος τῆς ἀγελάδος πέριξ τῆς τομῆς δι' ὀδόνης ἀπεστερωμένης (ἀδιαβρόχου). Πρὸ τῆς ἐνάρξεως τῆς συρραφῆς τῆς μήτρας δέον διὰ λαβίδος νὰ φέρονται τὰ χεῖλη τῆς τομῆς ἐγγὺς πρὸς ἀλληλα. Ἡ συρραφὴ γίνεται κατὰ Lembert, τοποθετοῦνται ἀντιβιοτικὰ ἐντὸς τῆς μήτρας καὶ ἐνίενται παρεντερικῶς. Μετὰ πλῆσιν δι' ἀπεστερωμένου φυσιολογικοῦ ὄρου τοῦ προβάλλοντος τμήματος τῆς μήτρας ἐπανατάσσεται αὕτη εἰς τὴν κοιλιακὴν κοιλότητα. Τὸ περιτόναιον συλλαμβανόμενον μὲ λαβίδας Pean,

συρράπτεται μετὰ τῆς ἔσω θήκης τοῦ ὀρθοῦ. Διὰ τὴν περιτονίαν προτιμᾶται ἡ κλωστή Filvet - Bengen. Ὁ τρόπος οὗτος λόγῳ τῆς εὐκολίας μεθ' ἧς εἶναι δυνατόν νὰ ἐξαχθῇ ἡ μήτρα προτιμᾶται εἰς τὴν ἡμετέραν κλινικὴν (Εἰκὼν 8).



Εἰκὼν 8. — Καισαρικὴ τομὴ ἐν πλαγίᾳ κατακλίσει δι' ὀπισθίας ἀριστερᾶς παραμέσου λαπιοτομῆς (Ἄννοβέρου) πρὸς ἐξαγωγὴν ἐμβρύου μωμιοποιημένου (Θεσσαλονίκη)

II. Μικρὰ μηρυκαστικά. Τὸ λεπτὸν κοιλιακὸν τοίχωμα εἰς τὸν δεξιὸν ἢ ἀριστερὸν κενεῶνα διανοίγεται προσεκτικὰ καὶ κατὰ στρώματ' ἐπὶ μήκους



Εἰκὼν 9. — Καισαρικὴ τομὴ εἰς αἶγα ἐν κατακλίσει διὰ λαπαροτομῆς ἐπὶ τοῦ ἀριστεροῦ κενεῶνος. (Θεσσαλονίκη)

15 - 20 εκ. Εἰς δεξιάν τομήν ἢ μήτρα καλύπτεται ὑπὸ τοῦ ἐπίπλου, εὐκόλα συλλαμβάνεται ἢ κορυφή τοῦ κέρατος καὶ φέρεται πρὸς τὴν τομήν τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος. Ἡ τομὴ ἐπὶ τῆς μήτρας γίνεται ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου. Ἐὰν ὑπάρχη κίνδυνος μὴ ἀποκολλήσεως τοῦ πλακοῦντος καλύτερον εἶναι νὰ γίνηται ὑπερεκτομή. Ἀποφεύγεται ἡ καισαρική εἰς ἐξηντηλημένας καὶ ὑπερήλικας αἰγας, διότι ἡ θνησιμότης εἶναι μεγάλη. (Εἰκῶν 9).

III. Χοῖρος. Μετὰ τὴν διάνοιξιν τῆς κοιλιακῆς κοιλότητος ἀνευρίσκομεν ποσότητα τινὰ διαυγοῦς ἐξιδρώματος τὸ ὁποῖον εἰς νοπὰς περιπτώσεις εἶναι ἄοσμον καὶ ἄχρουν. Τὸ ὑγρὸν αὐτὸ καλὸν εἶναι ν' ἀπομακρύνηται. Κατόπιν συλλαμβάνομεν τὰ δύο πρώτα ἔμβρυα τὰ εὐρισκόμενα εἰς τὸ δεξιὸν κέρασ πλησιέστερον πρὸς τὸν τράχηλον (τομὴ δεξιοῦ κενεῶνος) καὶ ἐξάγονται ἀπὸ τὴν τομήν τῆς κοιλίας. Ἀνοίγομεν τὸ κέρασ ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου πλησίον τοῦ τραχήλου ἐπὶ μήκους 15 - 20 εκ. ἢ εἰς τὸ σῶμα τῆς μήτρας δι' ἐγκαρσίου τομῆς (Tillman) καὶ ἀπὸ τὴν τομήν αὐτὴν ἐξάγονται ὅλα τὰ ἔμβρυα. Μετὰ τὴν ἐξαγωγήν τοῦ πρώτου τὰ ἄλλα ἀπωθοῦνται πρὸς τὴν τομήν διὰ μαλάξεως ἔξωθεν. Διὰ τὰ ἀπομεμακρυσμένα εἶναι δυνατὸν νὰ εἰσάγωμεν τὴν χεῖρα βαθέως ἐντὸς τῆς μήτρας. Μετὰ τὴν ἐκκένωσιν τοῦ δεξιοῦ κέρατος ἐξάγονται καὶ τὰ ὑπόλοιπα τοῦ ἀριστεροῦ ἀπὸ τὴν ἰδίαν τομήν. Διὰ τὸν ἔλεγχον καλὸν εἶναι νὰ ἐξάγηται ὀλόκληρος ἡ μήτρα ἔξω μέχρι τῶν ὠοθηκῶν.

Δὲν πρέπει νὰ ἀφαιροῦμεν τοὺς πλακοῦντας τῶν ἐμβρύων τὰ ὁποῖα ἐξάγονται ζῶντα, διότι ἔχομεν αἱμοραγίαν, ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὰ νεκρὰ τῶν ὁποίων ὁ πλακοῦς ἀποκολλᾶται εὐκόλως. Δύναται νὰ ἐφαρμοσθῇ καὶ εἰς περιπτώσιν ἐμφυσηματικῶν καὶ ἀποσυντεθειμένων ἐμβρύων πλὴν ὅμως αἱ χεῖρες μας δὲν πρέπει νὰ ἔλθουν εἰς ἐπαφήν μὲ τὸ περιτόναιον. Εἰς τὴν περιπτώσιν ταύτην καλὸν εἶναι νὰ γίνηται τομὴ εἰς τὸ μέσον ἐκάστου κέρατος, πλῆσις τῶν κεράτων μὲ ἀπεστερωμένον φυσιολογικὸν ὄρον καὶ καθάρισμα τῆς πέριξ τῆς τομῆς τοῦ δέρματος χώρας μὲ ταμπὸν ἐμπεποτισμένον μὲ Sublime - Alcohol. Εἰς τὴν κοιλιακὴν κοιλότητα ἐγχύνεται 0,5 - 1 κ. εκ. τῆς ὑδατικῆς ἢ ἐλαιώδους πενικιλίνης, ἢ πενικιλίνης μετὰ στρεπτομυκίνης. Ἐπὶ 2 - 3 ἡμέρας ἐγχύνεται παρεντερικῶς 1 ἑκατομμύριον/100 χλγ. ζῶντος βάρους πενικιλίνη - στρεπτομυκίνη. Ἡ τομὴ καλύπτεται μὲ κόνιν τετραμμυκίνης ἢ ἀλοιφήν χρυσομυκίνης.

Ὁ Russ εἶχεν ἐπὶ 105 καισαρικῶν τομῶν 78 - 88 % ἐπιτυχίαν, ὁ Stubenrauch 79 %. Εἰς τὴν Βιέννην ἐπὶ 96 ἐπεμβάσεων αἱ 92 ἦσαν ἐπιτυχεῖς.

IV. Κύων. Μετὰ τὴν διάνοιξιν τῆς κοιλιακῆς κοιλότητος συνήθως ἐκ τοῦ δεξιοῦ κενεῶνος ἔλκεται πρὸς τὰ ἔξω τὸ πρόσθιον ἄχρον τοῦ δεξιοῦ κέρατος καὶ κατόπιν ὀλόκληρον τὸ δεξιὸν κέρασ. Διὰ νὰ δυνηθῶμεν νὰ ἐξαγάγωμεν ὅλα τὰ ἔμβρυα ἀπὸ ἐν ἄνοιγμα ἐνεργοῦμεν ἀναλόγως τοῦ μεγέθους τοῦ ζώου τομήν μήκους 5 - 10 εκ. ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου κατὰ μῆκος τοῦ

κέρατος ἐπὶ τοῦ πλησιεστέρου πρὸς τὸ σῶμα τῆς μήτρας εὐρισκομένου ἐμβρύου, ἀρχομένην ὅπισθεν τοῦ πλακοῦντος.

Ὁ πλακοὺς ἀποκολλᾶται διὰ μαλάξεως ἐνεργουμένης ἐκ τῆς ἐξωτερικῆς ἐπιφανείας τοῦ μητρικοῦ τοιχώματος, ἐνῶ συγχρόνως ἐξασκεῖται ἔλξις ἐκ τοῦ λόρου διὰ τῆς ἄλλης χειρὸς εἰς τρόπον ὥστε μὲ τὴν ἔξοδον τοῦ ἐμβρύου ν' ἀποκολληθῇ καὶ ὁ πλακοὺς.

Ἡ ἐπακολουθοῦσα μικρὰ αἰμορραγία ἐκτὸς τῆς μητρικῆς κοιλότητος εἶναι ἀκίνδυνος. Μετὰ τὴν ἐκκένωσιν τοῦ δεξιοῦ κέρατος ἀπωθοῦμεν τὰ ἐμβρυα τοῦ ἀριστεροῦ πρὸς τὴν τομήν, ὁπόθεν συλλαμβάνοντες αὐτὰ διὰ δύο δακτύλων ἔλκομεν πρὸς τὰ ἔξω. Μετὰ τὴν ἐκκένωσιν καθαρίζεται ἡ ἐξωτερικὴ ἐπιφάνεια μὲ ξηρὰν γάζαν καὶ ἀρχίζει ἡ συρραφή μὲ λεπτὴν κλωστὴν Cat - Gut κατὰ κόμβους ἢ διὰ συνεχοῦς ραφῆς. Μετὰ τὴν συρραφὴν τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος ἐνίονται 5 - 10 μονάδες Pituitrin,

Εἰς τὴν κλινικὴν τῆς Βιέννης ἀπὸ τοῦ 1947 - 1957 ἔγιναν 1290 συντηρητικαὶ καισαρικαὶ τομαὶ μὲ 97,7% ἐπιτυχίαν καὶ 402 μὴ ὑστερεκτομὴν μὲ 88% ἐπιτυχίαν. Εἰς τὸ αὐτὸ χρονικὸν διάστημα ἐπὶ γαλῶν ἔγινε μία συντηρητικὴ τομὴ καὶ 76 καισαρικαὶ μὲ ὑστερεκτομὴν μὲ ποσοστὸν ἐπιτυχίας 77,6%. (Εἰκὼν 10).



Εἰκὼν 10. — Καισαρική τομή ἐπὶ κυνὸς διὰ λαπαροτομῆς ἐπὶ τοῦ δεξιοῦ κενεῶνος ἐνεργηθεῖσα λόγῳ ἀτονίας τῆς μήτρας προκληθεῖσης ἀπὸ ὑπερβολικὸν ἀριθμὸν ἐμβρύων (13). (Θεσσαλονίκη)

Β' Ριζικὴ Καισαρική (μὲ ὑστερεκτομὴν).

Συνίσταται εἰς ἀφαίρεσιν καὶ τῆς μήτρας συγχρόνως.

Ἐνδειξεις. Ἐνεργεῖται εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις, εἰς ἃς ἡ μήτρα παρουσιάζει εἰς τὰ τοιχώματά της σοβαρὰς μορφῆς φλεγμονώδεις ἀλλοιώσεις, ρήξεις καὶ περιέχει σηπτικὸν ὑγρὸν ἢ παρουσιάζει πλήρη ἀτονίαν.

Ἐξ ὄλων τῶν ζῶων τὴν μεγαλυτέραν ἀντοχὴν εἰς τὰς μολύνσεις παρουσιάζουν τὰ βοοειδῆ καὶ ὁ χοῖρος καὶ ὡς ἐκ τούτου εἰς αὐτὰ εἶναι δυνατόν νὰ μὴ ἐφαρμοσθῇ ἡ συντηρητικὴ.

Τεχνική. Ἀπαραίτητος ὄρος διὰ τὴν ἐπιτυχῆ ἔκβασιν εἶναι ἡ ἀποφυγὴ μολύνσεως τῆς περιτοναϊκῆς κοιλότητος μετὰ σηπτικὰ ὑγρά τῆς μήτρας.

Μετὰ τὴν **Λαπαροτομήν** (δέον νὰ προτιμᾶται ἡ τοπικὴ ἀναισθησία πλὴν τῆς γαλῆς) ἀναζητοῦνται τὰ εἰς τὰ κέρατα τῆς μήτρας ὀδεύοντα ἀγγεῖα (εἰς τὰ μικρὰ μηρυκαστικά καὶ ἡ μέση μητρικὴ προσδέεται διὰ κλωστής). Ἐν συνεχείᾳ ἀποχωρίζονται οἱ πλατεῖς σύνδεσμοι μετὰ πρόσδεσιν τῶν αἰμοφόρων ἀγγείων. Ἡ ἐργασία αὕτη δέον νὰ γίνηται κατόπιν ἐξαγωγῆς ἀμφοτέρων τῶν κεράτων ἔξωθι τῆς κοιλιακῆς κοιλότητος ἐπὶ τῆς διόνης, ἢ τουλάχιστον ἐφ' ὅσον τοῦτο δὲν εἶναι δυνατόν, τῶν ἀκρῶν τῶν κεράτων. Κατόπιν ἀφαιρεῖται τὸ περιεχόμενον τῆς μήτρας προσέχοντες ὅπως μὴ τὸ συνήθως μολυσμένον ὑγρὸν ἔλθῃ εἰς ἐπαφὴν μετὰ τὴν περιτοναϊκὴν κοιλότητα, τοὺς πέριξ ἱστῶν ἢ καὶ τὰς χεῖρας ἡμῶν καὶ τοῦ βοηθητικοῦ προσωπικοῦ.

Εἰς τὰ σαρκώδη δέον νὰ δίδηται ἰδιαιτέρως προσοχὴ κατὰ τὴν ἀπομάκρυνσιν τοῦ εἰς τὸν τραχήλον ἐνσφηνωθέντος νεκροῦ ξηροῦ ἐμφυσηματικοῦ ἐμβρίου πρὸς ἀποφυγὴν ρήξεως. Ἡ ἀπόθῃσις αὐτοῦ δέον νὰ γίνηται ἔξωθεν μέσω τῶν τοιχωμάτων τῆς μήτρας καὶ τοῦ τραχήλου.

Ὁ ἀκρωτηριασμός τῆς μήτρας καὶ ἡ περαιτέρω περιποίησις τῆς τομῆς δύναται νὰ γίνῃ κατὰ δύο τρόπους :

1) **Μέσω τοῦ κόλπου.** Προσδέεται τὸ σῶμα τῆς μήτρας ὅσον τὸ δυνατόν πλησιέστερον πρὸς τὸ σημεῖον διχασμοῦ τῶν κεράτων, ἰσχυρῶς διὰ μεταξωτῆς κλωστῆς εἰς τὴν κύνα, καὶ διὰ λινοῦ δεσμοῦ εἰς τὰ μηρυκαστικά. Κατόπιν δ' ἀπεστειρωμένης γάζης προφυλάσσεται πλήρως ἡ κοιλιακὴ κοιλότης καὶ τέμνεται ἡ μήτρα ἐν ᾧ τὸ σημεῖον τῆς τομῆς ἀπολυμαίνεται διὰ βάμματος ἰωδίου ἢ ἄλλου ἀπολυμαντικοῦ. Κατόπιν διὰ λαβίδος μέσω τοῦ κόλπου ἔλκομεν πρὸς τὰ ἔξω τὸν ἀκρωτηριασμένον τραχήλον καὶ διὰ νὰ μὴ ὀλισθήσῃ ἐκ νέου ἐντὸς τῆς κοιλιακῆς κοιλότητος τοποθετοῦμεν λαβίδα. Μετὰ τὴν συρραφὴν τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος προσδένομεν τὸ κολόβωμα διὰ λεπτοῦ δεσμοῦ ἐλαστικοῦ, ὅσον τὸ δυνατόν πλησιέστερον πρὸς τὰ χεῖλη τοῦ αἰδοίου, τὸν ὁποῖον δεσμὸν προσδένομεν καὶ διὰ μεταξωτῆς κλωστῆς καὶ ἀποκόπτομεν τὸ κολόβωμα εἰς τὸ μεταξὺ τοῦ ἐλαστικοῦ καὶ τοῦ ἀρχικοῦ δεσμοῦ σημεῖον. Ὁ ἐλαστικὸς δεσμὸς συνήθως ἐντὸς 12 - 14 ἡμερῶν ἀποπίπτει μετὰ τοῦ νεκροῦ πλέον ὀπισθεν αὐτοῦ τμήματος τοῦ τραχήλου.

Ἐνδοπεριτοναϊκός χειρισμός τοῦ κολοβώματος. Πρὸς τοῦτο γίνεται συρραφή τῶν χειλέων τῆς τομῆς τῆς μήτρας διὰ λεπτῆς κλωστῆς Cat - Gut. Ἡ τομή γίνεται μετὰ προηγουμένην σύλληψιν τοῦ σώματος τῆς μήτρας διὰ δύο λαβίδων αἰμοστατικῶν καὶ ἐφαρμογῆς τῆς τομῆς μεταξὺ αὐτῶν. Προηγουμένως προσδέονται εἰς τὰ πλάγια τοῦ τραχήλου ἐνυπάρχοντα ἀγγεῖα καὶ τὰ χεῖλη τῆς τομῆς συρράπτονται ὡς ἀνωτέρω προσέχοντες ὥστε ὁ βλεννογόνος νὰ μὴν προβάλλῃ. Ἡ ἀπλῆ πρόσδεσις τῆς μήτρας διὰ μεταξωτῆς κλωστῆς δὲν ἀποτελεῖ ἀσφαλῆ τρόπον ἐπεμβάσεως.

Πρόγνωσις. Ἡ πρόγνωσις συνήθως εἶναι δυσμενής, διότι ἡ ἐφαρμογὴ τῆς γίνεται ὅταν πρόκειται συνήθως περὶ νεκρῶν ἐμφυσηματικῶν ἢ ἀποσυντεθειμένων ἐμβρύων, ὅποτε ἡ ἐφαρμογὴ τῆς συντηρητικῆς καισαυρικῆς δὲν ἐνδείκνυται. Εἰς τὰ μηρυκαστικά καὶ σαρκοβόρα ἢ ἔκβασις δὲν εἶναι δυσμενής, ἐνῶ εἰς τὸν **χοῖρον** τὸ ποσοστὸν τῶν ἀποτόμων θανάτων μετὰ τὴν ὑστερεκτομὴν εἶναι ὑψηλὸν πιθανῶς λόγω τῆς ἀποτόμου ἀφαιρέσεως ἐνὸς μεγάλου ἀγγειοβριθοῦς ὄργάνου. Διὰ τὸν λόγον αὐτὸν εἰς τὴν σὺν καὶ εἰς περιπτώσιν νεκρῶν ἐμφυσηματικῶν ἐμβρύων δέον νὰ προτιμῶμεν τὴν συντηρητικὴν μέθοδον.

Ὑστερεκτομὴ εἰς περιπτώσιν ὑστεροβουβωνοκῆλης εἰς τὰ σαρκοβόρα. Διαφέρει ἀπὸ τὸν συνήθη τρόπον ὑστερεκτομῆς κατὰ τὸ ὅτι ἐδῶ ἡ λαπαροτομή γίνεται πάντοτε εἰς τὸ σημεῖον τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος τὸ ἀντιστοιχοῦν εἰς τὸν βουβωνικὸν δακτύλιον.

Τεχνικὴ. Ἀναισθησία τοπικὴ πέριξ τοῦ δακτυλίου μὲ ἐλαφρὰν προπαρασκευὴν διὰ μορφίνης, ὡς καὶ διὰ γενικῆς ναρκώσεως εἰς πολὺν νευρικὰ ζῶα. Ἡ τομή τοῦ δέρματος γίνεται ἐκ τῶν ὀπισθεν καὶ ἔξω πρὸς τὰ πρόσω καὶ ἐντὸς (πρὸς τὸν ὀμφαλόν). Τὸ μεσωθῆκιον τὸ ὁποῖον εἰς τὴν κῆλην εἶναι βραχὺ ἀποκόπτεται διὰ προσδέσεως κατόπιν διευρύνσεως τοῦ βουβωνικοῦ δακτυλίου (κατόπιν ἀναισθησίας διὰ διαποτίσεως). Ἡ τομή γίνεται διὰ ψαλλίδος πρὸς τὴν κατεύθυνσιν τοῦ ὀμφαλοῦ.

Ἰδιαίτερος δέον ὅπως προσέχωμεν κατὰ τὸ κλείσιμον τοῦ κηλικοῦ δακτυλίου. Εἰς τὴν ὀπισθίαν γωνίαν τοῦ ἔξω βουβωνικοῦ δακτυλίου ὑπάρχει εὐμεγέθης φλέψ (Truncus pudendo-epigastricus). Διὰ νὰ πλησιάζωμεν καλύτερον τὰ χεῖλη τοῦ κηλικοῦ δακτυλίου κατὰ τὴν συρραφὴν ἀποκόπτομεν διὰ ψαλλίδος τὰ τοιχώματα τοῦ κηλικοῦ σάκκου μέχρι τοῦ πόρου. Κατὰ τὴν συρραφὴν δέον ν' ἀποφεύγωμεν νὰ θίξωμεν τὴν φλέβα. Κατὰ τὸν αὐτὸν τρόπον γίνεται ἡ ἐγχείρησις ὅταν ἐντὸς τοῦ κυφοροῦντος κέρατος ἔχει εἰσέλθῃ τμημα πυομήτρας. Συνήθως εἰσέρχεται ὀλόκληρον ἢ τμημα τοῦ κέρατος.

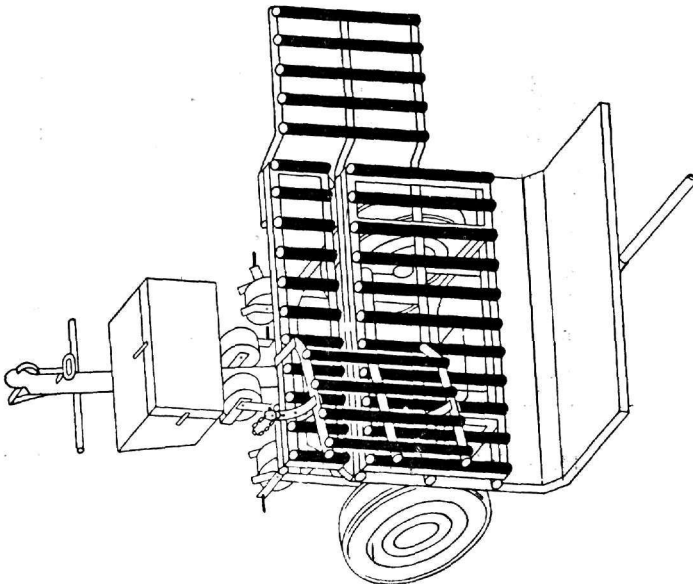
Συμπέρασμα

1) Εἰς τὴν πρᾶξιν τὰ ἀποτελέσματα ἐπὶ τῶν εἰς καλὴν γενικὴν κατάστασιν εὐρισκομένων ἀγγελάδων ἦσαν καλύτερα ὅταν ἡ καισαρική τομὴ ἐγένετο ἐν ὀρθίᾳ στάσει, τῆς τομῆς ἐφαρμοζομένης ἐπὶ τοῦ ἀριστεροῦ κενεῶνος κατὰ τὸ πρότυπον τῆς γαστροτομῆς.

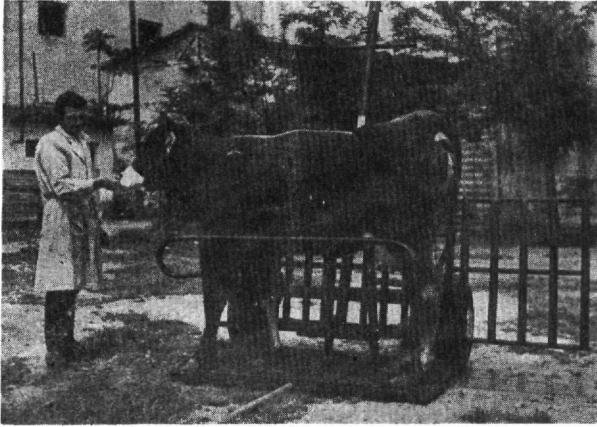
2) Ἐφ' ὅσον τὸ ζῶον δὲν ἦτο εἰς θέσιν νὰ ἴσταιται ὀρθιον καλύτερα ἀποτελέσματα εἶχομεν μὲ τὴν στερονοκοιλιακὴν κατάκλισιν, τῆς τομῆς ἐφαρμοζομένης κατὰ προτίμησιν ἐπὶ τοῦ ἀριστεροῦ καὶ μόνον ἐν ἀνάγκῃ ἐπὶ τοῦ δεξιοῦ κενεῶνος.

3) Εἰς περίπτωσιν μουμποποιημένου ἢ ἐμφυσηματικοῦ ἐμβρύου τὰ καλύτερα ἀποτελέσματα εἶχομεν μὲ τὴν μέθοδον τῆς ὀπισθίας ἢ ἐμπροσθίας ἀριστερᾶς παραμέσου λαπαρατομῆς ἐν πλαγίᾳ κατακλίσει.

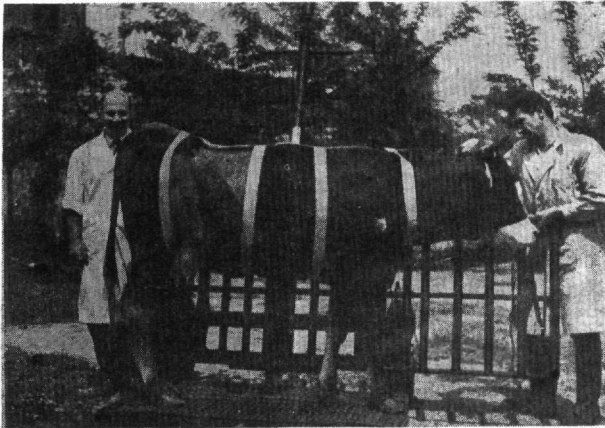
4) Δίαν πρακτικὴν διὰ τοὺς εἰς τὴν ὑπαιθρον ἐργαζομένους κτηνιάτρος εὗρομεν τὴν φορητὴν τράπεζαν τῆς Ἀνοβέρου δι' ἣς εἶναι ἀνάγκη ὅπως ἐφοδιασθῶσι τὰ Ἀγροτικά Κτηνιατροεῖα δεδομένου ὅτι αὕτη δύναται νὰ χρησιμοποιηθῇ ἐπὶ τόπου οὐχὶ μόνον διὰ καισαρικὰς τομὰς ἐπὶ τῶν ἀγγελάδων ἀλλὰ καὶ δι' ἄλλας ἐπεμβάσεις (μαστοῦ, νεκροβακιλώσεις χηλῶν κλπ.) ὡς καὶ ἐπὶ ἄλλων ζώων ὡς χοίρων καὶ μικρῶν μηρυκαστικῶν. (Εἰκ. 11, 12, 13, 14).



Εἰκὼν 11 — Σχεδιάγραμμα φορητῆς τροχοφόρου Μαιευτικῆς τραπεζῆς (Σχολῆς Ἀνοβέρου) ἐλκομένης εὐκόλως ὑπὸ τοῦ αὐτοκινήτου τοῦ κτηνιάτρου. (Θεσσαλονίκη)

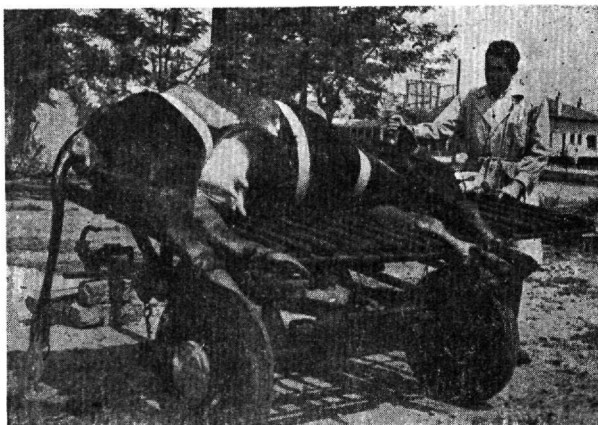


Εἰκὼν 12. — Ὁδήγησις τῆς ἀγελάδος εἰς τὴν φορητὴν τροχοφόρον τράπεζαν μετὰ προηγουμένην κάλυψιν τῶν ὀφθαλμῶν διὰ μελανῆς ὀθόνης. (Θεσσαλονίκη)



Εἰκὼν 13. — Πρόσδεσίς τῆς ἐπὶ τῆς τραπέζης. (Θεσσαλονίκη)

5) Εἰς τὴν Μαιευτικὴν Κλινικὴν τῆς Κτηνιατρικῆς Σχολῆς ἐνηργήθησαν ἐν συνόλῳ 37 καισαρικοὶ τομαὶ ἐξ ὧν 18 ἐπὶ ἀγελάδων μὲ 70 % ἐπιτυχίαν, 3 ἐπὶ ἀμνάδων μὲ 75 % ἐπιτυχίαν, 2 ἐπὶ αἰγῶν μὲ 50 % ἐπιτυχίαν, 4 ἐπὶ συῶν μὲ 75 % ἐπιτυχίαν, 6 ἐπὶ κυνῶν μὲ 90 % ἐπιτυχίαν καὶ 4



Εἰκὼν 14. — Ὁριζοντίωσις τῆς τραπέζης καὶ προετοιμασία
διὰ τὴν ἐπέμβασιν ἐπὶ τοῦ δεξιοῦ κενεῶνος. (Θεσσαλονίκη)

ἐπὶ γαλῶν μὲ 50 %, ἐπιτυχίαν. Αἱ καισαρικαὶ αὗται τομαὶ ἐνηργήθησαν κατὰ τὰς ἀνωτέρω περιγραφείσας μεθόδους πρὸς σύγκρισιν αὐτῶν καταλήξαντες εἰς τὰ ἀνωτέρω συμπεράσματα.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- 1) Albrecht, M. : Handbuch der Tierärztlichen Geburtshilfe 5 Aufl. (1954).
- 2) Arbeiter, K. : Wiener Tierärztl. Monatschr. 154-179, (1958).
- 3) Baier, W. : Berliner-Münchners Tierärztl. Wschr. 69-324 (1956).
- 4) Baier, W. und Schätz, F. in Stoss A. O. : Tierärztliche Geburtskunde 3 Aufl. (1958).
- 5) Benesch, F. : Lehrbuch der tierärztlichen Geburtshilfe und Gynäkologie 2 Aufl. (1957).
- 6) Blendiger, W. : Tierärztliche Umschau 10-82 (1955).
- 7) Cooper C. W. : North Amerlc. Veter. 38-39 (1957).
- 8) Derivaux, J. : Rec. Med. Vet. 131-937 (1945).
- 9) Freiler, R. : Wien Tierärztl. Msehr. 44-741 (1957).
- 10) Hutchins, D. R. and Blood, D. C. : Austral. Vet. J. 31-135 (1955).
- 11) Müller : Dtsch. Tierärztl. Wschr. 63-118 (1956).
- 12) Richter, J. und Götz, R. : Lehrbuch der Tiergeburtshilfe 2 Aufl. (1960).
- 13) Schaeetz, F. : Tierärztl. Umschau, Konstanz 4-246 (1949).
- 14) Schreiber, J.' Schaller O. : Wien. Tierärztl. Mschr. 51-385 (1954).
- 15) Teuscher, R. und Scheiblich, D. : Berliner-Münchner Tierärztl. Wschr. 67-170, 180, 202, 232 (1954).
- 16) Tillmann H. : Der Kaiserschnitt beim Schwein und Wiederkäuer (1954).
- 17) Ulner W. : Dtsch. Tierärztl. Wschr. 64-455 (1957).
- 18) Ullner, W. : Dtsch. Tierärztl Wschr. 13-46 (1958).
- 19) Wanderplache, M. : Berliner-Münchner Tierärztl. Wschr. 71-111 (1958).
- 20) Waight, J. G. : Veterinary Obstetrics (1950).
- 21) Zindel, W. : Schweiz. Archiv. Tierhik. 92-706 (1961).

ZUSAMMENFASSUNG

Aus der Klinik für Rinderkrankheiten und Geburtshilfe
der Veterinär-Med. Fakultät der Aristoteles Universität von Thessaloniki

**ANGEWENDETE KAISERSHNITTMETHODEN AN DIE GEBURTHILFLICHEN KLINIK
DER TIERÄRZTLICHEN FAKULTÄT DER ARISTOTELES UNIVERSITÄT VON THESSALONIKI**

V o n

Prof. Dr. KONSTANTIN VLACHOS, P. TSAKALOF, K. SEITARIDIS

1) In der Praxis hatten wir bessere Resultate beim Rinde, wenn der Kaiserschnitt an der linken Flanke im Stehen, wie es bei der Fremdkörper-operation geschieht erfolgte. (Abb. 1, 2, 3).

2) Wenn das Tier nicht stehen konnte, bevorzugten wir die Brust-Bauchlage wobei der Schnitt an der linken und notfalls an der rechten Flanke erfolgte (Abb. 4).

3) Im Falle einer mumifizierten oder emphysematöser Frucht, die beste Erfolge hatten wir durch die Methode der hinteren, oder vorderen linken paramedianen Laparotomie in Seitenlage (Abb. 5, 6, 7, 8).

4) Sehr praktisch für die am Lande arbeitenden Tierärzten und am geeignetsten fanden wir den tragbaren Operationstisch der Tierärztlichen Hochschule Hannover, welcher von allen Tierspitälern an gie verschiedene Teile des Landes besorgt werden sollte, da er nicht nur für den Kaiserschnitt des Rindes verwendbar ist, sondern auch für andere Eingriffe (Milchdrüse, Nekrobacillose, Klauen u.s.w.), sowie auch für Schweine und kleine Wiederkäuer. (Abb. 11, 12, 13, 14).

5) An der Klinik wurden im ganzen 37 Kaiserschnitte gemacht. Davon 18 an Rindern mit 70 % Heilungserfolg, 3 an Schafen mit 75 % Heilungserfolg, 2 an Ziegen mit 50 % Heilungserfolg, 4 an Sauen mit 75 % Heilungserfolg, 6 an Hunden mit 90 % Heilungserfolg, und 4 an Katzen mit 50 % Heilungserfolg.