# گزارش ۸۶ مورد پارگی رحم حامله در بیمارستانهای دانشگاه اصفهان

دکتر محمد میردامادی ـ دکتر مرتضی ذوالفقاری *

مجله نظام پزشکی
سال چهارم ، شماره ۱ ، صفحه ۷۹ ، ۱۳۵۳

بررسی شرح حال ۸۶ تن بیمارانی که درحین حاملگی پارگی رحم پیدا کرده‌اند نشان‌داده که جدا شدن لایه‌های محل (Dehisence) سزارین‌های قبلی موجب خونریزی شدید نشده وبعلاوه مرگ ومیر مادر و جنین دراین موارد بسیار کم است . پارگیهای خودبخود و ضربه‌ای گرچه نادراند ولی کشنده‌تر میباشند.

استعمال بیجای پیتوسین در ۴۲ مورد ازاین گروه موجب پارگی رحم شده‌است، یعنی معادل (۴۷/۵٪).

**آمار** ـ میزان پارگی رحم درحین حاملگی برطبق آمارهای جهانی بین $\frac{۱}{۹۳}$ تا $\frac{۱}{۸۷۳۱}$ متغیر است (جدول شماره ۲). درمدت ۱۰/۵ سال ، در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه اصفهان ، ۸۶ مورد پارگی رحم بین ۲۰۷۱۳ حاملگی اتفاق افتاده‌است که میزان آن $\frac{۱}{۲۴۳/۵}$ میباشد .

**طبقه‌بندی** ـ دراینجا فقط پارگی‌های رحم را درهنگامی که‌جنین قابل زنده بودن است بررسی میکنیم و عوامل مؤثردرپارگی‌های رحم را به۳ گروه تقسیم می‌نمائیم :

۱ـ پارگی اسکار قبلی.

۲ـ پارگیهای خودبخود رحمهای سالم.

۳ـ پارگیهای ضربه‌ای در رحمهای سالم (۱و۲و۸).

پارگیهای اسکار رحمی : در گزارشهای بیمارستانهای مختلف جهان ، جدا شدن محل جوشگاه پیشین رحم شایع‌ترین علت پارگی رحم ذکر گردیده است . بعضی از مقاله‌ها حاکی از پارگی رحم متعاقب اتساع و کورتاژ ، حاملگی خارج رحمی و میومکتومی میباشد ، ما در بیمارستان‌های خود چنین مواردی نداشته‌ایم وبطورکلی این نوع پارگیها نادرند .

**جدول شماره ۱**

**آمار پارگی رحم‌های باردار دربیمارستانهای دانشگاه اصفهان**

| نسبت | تعداد پارگی | تعداد زایمان | سال |
|---|---|---|---|
| ۱:۶۱۳/۵ | ۲ | ۱۲۲۷ | ۱۳۳۸ |
| ۱:۱۴۶ | ۹ | ۱۳۱۵ | ۱۳۳۹ |
| ۱:۲۴۳/۷ | ۶ | ۱۴۶۲ | ۱۳۴۰ |
| ۱:۲۲۳/۸ | ۷ | ۱۵۶۷ | ۱۳۴۱ |
| ۱:۱۵۹/۴ | ۱۰ | ۱۵۹۴ | ۱۳۴۲ |
| ۱:۱۱۶/۷ | ۱۴ | ۱۶۳۲ | ۱۳۴۳ |
| ۱:۲۴۶ | ۷ | ۱۷۲۳ | ۱۳۴۴ |
| ۱:۳۹۱/۷ | ۳ | ۱۱۷۵ | ۱۳۴۹ |
| ۱:۳۹۳/۸ | ۷ | ۲۲۶۷ | ۱۳۵۰ |
| ۱:۲۴۷ | ۱۴ | ۳۴۶۰ | ۱۳۵۱ |
| ۱:۴۷۰ | ۷ | ۳۲۹۱ | ۶ ماه اول‌سال۱۳۵۲ |
| ۱:۲۴۰/۸ | ۸۶ | ۲۰۷۱۳ | جمع |

از ۸۶ مورد پارگی‌مورد بحث دراین‌مقاله، ۱۲ مورد یعنی ۱۴٪ پارگی‌هامتعاقب سزارین‌قبلی‌رخ داده که۸مورد آن‌متعاقب سزارین عرضی‌درقطعه تحتانی‌و۴ مورد آن متعاقب سزارین‌عادی بوده‌است. ظاهراً چنین‌بنظرمیرسدکه پارگیهای رحم درسزارین نوع عرضی درقطعه تحتانی بیشتر از نوع عادی است ولی باتوجه به‌آمارنوع سزارین متوجه این اشتباه ظاهری میشویم .

* اصفهان ـ دانشکده پزشکی، دانشگاه اصفهان .

**جدول‌شماره۲**

**تعداد و نسبت پارگی رحم‌های باردار مندرج در مقاله‌هایی‌که ازسال ۱۹۴۴ تاکنون درجهان منتشرشده است .**

| مولف | سال | تعدادپارگی | نسبت پارگی |
|---|---|---|---|
| Delfs, Easman | ۱۹۴۴ | ۵۳ | ۱:۱۰۰۰ |
| Keifer | ۱۹۵۲ | ۲۱ | ۱:۵۳۰۴ |
| Sall,al | ۱۹۵۴ | ۳۳ | ۱:۱۳۹۸ |
| Ferguson, Reid | ۱۹۵۵ | ۸۴ | ۱:۱۹۰۴ |
| Davis | ۱۹۴۶ | ۸۴ | ۱:۱۷۵۷ |
| Rotanda | ۱۹۴۷ | ۳۴ | ۱:۱۶۸۰ |
| Dugger | ۱۹۴۸ | ۱۰۵ | ۱:۳۰۲۹ |
| Maisel | ۱۹۵۰ | ۱۱ | ۱:۱۹۲۹ |
| Burkons | ۱۹۵۱ | ۴ | ۱:۸۷۴۱ |
| Erving | ۱۹۵۶ | ۳۷ | ۱:۲۵۹۸ |
| Pedowiths | ۱۹۵۸ | ۸۷ | ۱:۱۵۰۸ |
| Rendle–Short | ۱۹۵۸ | ۱۷۱ | ۱:۹۳ |
| Golden, Betson | ۱۹۵۸ | ۲۳ | ۱:۱۵۷۰ |
| Kreshna-Menon | ۱۹۵۹ | ۱۶۴ | ۱:۴۱۰ |
| Meredith | ۱۹۶۰ | ۳۶ | ۱:۱۵۸۸ |
| Bak, Hayden | ۱۹۶۱ | ۵۲ | ۱:۱۳۷۵ |
| Keifer | ۱۹۶۲ | ۲۱ | ۱:۵۳۵۴ |
| Palerme, Freidman | ۱۹۶۲ | ۷۶ | ۱:۱۳۰۱ |
| Cavanaugh | ۱۹۶۳ | ۴۱ | ۱:۱۲۱۶ |
| Sall, al | ۱۹۶۴ | ۵۲ | ۱:۱۳۱۰ |
| Farrell | ۱۹۶۵ | ۲۶ | ۱:۱۸۰۰ |
| Claiborne | ۱۹۶۶ | ۵۶ | ۱:۲۰۱۱ |
| Hale | ۱۹۶۶ | ۱۱ | ۱:۶۱۰۷ |
| Yus-man, Haynes | ۱۹۶۶ | ۲۸ | ۱:۱۲۳۰ |

(۳ و ۸)

در بیمارستانهای‌وابسته‌بدانشگاه‌اصفهان‌درمدت۱۱سال، ۸۳۲سزارین انجام گرفته که۷۶۱ موردآن بطور عرضی‌درقطعه‌تحتانی و۷۱ مورد بطورعادی(کلاسیك) بوده‌است. بنابراین‌نسبت‌پارگی‌درنوع‌عرضی $\frac{۸}{۸۳۲}$ یعنی‌درهر۱۰۴ تن‌یك‌مورداست، درحالیکه‌درنوع کلاسیك‌این‌نسبت $\frac{۴}{۷۱}$ یعنی در۱۸ بیمار یك مورد اتفاق افتاده‌است. با توجه باین نکته ملاحظه میکنیم سزارین‌های نوع کلاسیك ۵/۳ مرتبه بیشتر از سزارین‌های نوع عرضی منجربه پارگی رحم‌گردیده است .

در بیمارستانهای دانشگاه اصفهان‌کلیه سزارین‌های‌کلاسیك را در حاملگی‌بعدی مجدداً سزارین میکنند در صورتیکه درنوع عرضی بعضی‌ازبیمارانی‌که دیربه‌بیمارستان‌آمده‌اند بامراقبت‌کامل از راه مهبل‌زایمان انجام می‌پذیردوپس‌ازوضع‌حمل‌بادست داخل‌رحم‌آنها جهت تشخیص‌پارگی‌کاوش میشود. ازاین۱۲مورد، تشخیص‌پارگی در ده موردهنگام سزارین مجدد داده شد و۲ مورد پس‌از زایمان در امتحان رایج ومرسوم‌که از بیماران بعمل‌آمد مشخص گردید.

۳ تن از این‌گروه احتیاج به‌تزریق خون پیدا کردند که ۲–۴ شیشه خون و بطـور متوسط ۲/۷ شیشه خون بهریك از آنهـا تزریق گردید .

معالجه این‌گروه – رحم ۱۰ تن ترمیم‌گردید و۲ موردی‌که‌پس از زایمـان تشخیص داده شد یك تن فقط تحت نظر قرار گرفت ویکنفر علاوه برتحت نظر قرارگرفتن مجبور شدیم ۴ شیشه‌خون نیز بوی تزریق کنیم . (۵و۱۰).

سن متوسط دراین‌بیماران ۳۲ ودفعات متوسط زایمان‌آنها۳بود. دراین دسته یك جنین‌مرد ولی هیچ‌کدام از مادرها فوت‌نکردند.

پارگیهای خودبخود رحم‌های سالم :

این‌نوع‌پارگی دراین‌گروه در۵۳ مورد اتفاق افتاده‌که در۴۲تن متعاقب تزریق وریدی اکسی‌توسین بوده است . یکی از بیماران دچار هیدرامنیوس باجنین انانسفال‌بود وبیمار دیگرهیدرامنیوس باجنین هیدروسفال داشت .

۴۶ مورد ازاین پارگیها درقطعه تحتانی‌وبقیه بجسم رحم‌هم‌کشیده شده بود .

در ۳ تن از این بیمـاران شریان رحمی طرف راست پـاره شده بودکه قبل ازعمل‌اصلی مبادرت به‌بستن شریان هیپوگاستریك‌شد. دریك مورد شریـان رحمی دو طرف بسته شد ورحم ترمیم گردید ولوله‌های بیمار نیز بسته شد .

**جدول شماره ۳**

**انواع پارگیهای رحم درسطح جهانی.**

| مولف | شماره پارگیها | درصد اسکارقبلی | درصدپارگیهای خودبخود | درصدپارگیهای ضربه‌ای |
|---|---|---|---|---|
| Krishna, Menon | ۱۶۴ | ۲۳/۱ | ۵۷/۸ | ۱۸/۸ |
| Keifer | ۴۶ | ۴۶/۷ | ۱۴/۲ | ۳۶/۱ |
| Ferguson, Reid | ۸۴ | ۷۱ | ۱۸ | ۱۱ |
| Rendle–Short | ۱۷۱ | ۲۲ | ۶۴ | ۱۴ |
| Delfs, Easman | ۵۳ | ۱۹ | ۳۲/۱ | ۴۸/۹ |
| Meredith | ۳۶ | ۶۱/۱ | ۵/۶ | ۳۳/۳ |
| Golden, Betson | ۲۳ | ۳۰/۵ | ۴۸ | ۲۱/۲ |
| Stephens, Browm | ۴۸ | ۲۳/۹ | ۲۵/۵ | ۵۲/۱ |
| Palerme,Friedman | ۷۶ | ۷۸/۹ | ۱۳/۲ | ۹/۲ |
| O, Driscoll | ۱۴۳ | ۳۰/۱ | ۳۹/۹ | ۳۰ |
| Claiborne | ۵۶ | ۲۵ | ۲۶/۸ | ۴۸/۲ |
| Sall, al | ۳۳ | ۶۳/۷ | ۲۱/۲ | ۱۵/۱ |
| Sall, al | ۵۲ | ۳۱/۴ | ۳۳/۳ | ۳۵/۳ |
| Cavanaugh | ۴۱ | ۶۵/۹ | ۲۲ | ۱۲/۱ |
| Fasrell | ۲۶ | ۵۴ | ۱۵/۴ | ۳۸/۶ |
| Yussman, Hyanes | ۲۸ | ۳۸/۵ | ۲۸/۴ | ۳۵/۸ |

۴۳ تن ازاین‌بیماران پارگی‌کامل و۱۶ تن پارگی ناقص داشتند. در۴۰ بیمار رحم برداری‌کامل ودر۲ بیمار بعلت وخیم‌بودن حال عمومی ونبودن خون‌کافی، جهت‌کم‌کردن مدت عمل، رحم‌برداری ناکامل(Subtotal Histerectomy) انجام گردید.

مقدار خون داده شده دراین بیماران ۳–۱۰ واحد وبطور متوسط ۵ واحد ودفعات زایمان آنها بین ۵–۱۵ بامتوسط ۷ بوده است دراین‌گروه ۴۸ نوزاد و ۶ مادر فوت شده‌اند .(۴)

۵۱ تن از بیماران ذکرشده درخارج بیمارستانهای دانشگاه‌یعنی در روستاها وشهرستانهای مجاور اصفهان دچار پارگی رحم شده وباحالت وخیم به‌بیمارستان آورده شدند وعلت بـالا بودن مرگ ومیر مادر وجنین مربوط بهمین مساله است .

پارگیهای ضربه‌ای رحم سالم :

این نوع پارگی در۲۱مورد یعنی ۲۴/۲٪ اتفاق افتاده است. ۳ مورد ازاین گروه ۲۱ نفری دراثر چرخش داخلی وکشش ایجاد گشته‌است. یك بیمار در اثر ضربه شاخ گاو مبتلا به‌پارگی ناقص سطح قدامی رحم شده و جدار شکم وی نیز بـاز بود و در روی رحم مثل اینکه سزارین‌کلاسیك شده باشد شکاف طولی بطول۱۵ سانتیمتر ایجاد شده بود . کیسه آب سالم بود وجنین را بـاپاره کردن‌کیسه‌آب از همین محل خارج ورحم را ترمیم نمودیم .

خارج کردن‌جنین درنمای‌کامل‌ته (Total Breech Extraction) منجر بپارگی رحم ۱۲ تن از بیماران فوق‌گشته است . یك‌بیمار از این گروه هنگامی به بیمارستـان آورده شدکه رحم وی پاره و سرجنین داخل آن باقی بود . تاریخچه بیمار حکایت از آن داشت‌که بیمار دوقلوحامله‌بوده ونوزاد اول را خود بخود درمنزل زایمان‌کرده و برای زایاندن جنین دوم‌که بانمای ته (Breech) بوده‌کشش بکارمیرود وتنه واندامها خارج میگردد وسروبدن رادر ناحیه‌گردن ازهم جدا میسازند .

یك بیمار از گروه ضربه‌ای دراثر سقوط از بـام مبتلا به‌پارگی کبد وطحال ورحم گردیده بود . پس ازبـازکردن شکم مشاهده شد درسطح خلفی رحم پارگیهای متعدد ناقص وجود دارد . بیمار سزارین گردید وپارگیها ترمیم شد جنین وی مرده بودکبدبیمار دوخته و طحال وی بیرون آورده شد .

۴ پـارگی رحم ازگروه فوق‌الذکر دراثر فورسپس میانی و یـا چرخشی بوجود آمده بود .

سن بیماران این گروه بین ۲۰ـ۴۰ سال وبطور متوسط ۳۲سال بوده تعداد زایمان (Parity) در این گروه بین ۴ـ۱۵ متغیر و متوسط‌آن ۵ بوده است .

خـون داده شده بین ۲ـ۱۰ شیشه متغیر و متوسط ۴ واحد بوده است .

معـالجه دراین دسته : سزارین ۲مورد، هیستر کتومی۱۲ مورد، هیستر کتومی‌کامل ۵ مورد، ترمیم یك مورد باتحت مراقبت قرار دادن، انجام گردیده است .

در این دسته ۲ مادر و۱۰ جنین فوت‌کرده‌اند .

سن و دفعات زایمان : سن متوسط کل بیمـاران ما ۲۴ سال در صورتیکه سن بیمارانی‌که پارگی‌رحم داشته‌اند بین ۱۹ـ۴۲سال متفاوت بود که متوسط آن ۳۴ سال‌است. متوسط دفعات حاملگی بیماران بیمارستانهای ما ۳۲ . درحالیکه تعداد زایمان بیمارانی که پارگی رحم داشته‌اند بین ۲ـ۱۵ بامعدل ۶ بوده استوبیشتر از ۸۰٪ بیماران باپارگی رحم، دفعات زایمان ۵ ببالا داشته‌اند.

مرگ ومیر : در تمام آمـارهای موجود بیش از ۵٪ مرگ ومیر مادران‌مربوط به‌پارگی رحم‌است.جدول شماره ۴ و۵ مرگ‌ومیر مادروجنین‌را نشان‌میدهد،میزان‌مرگ‌بین۰ـ۲/۳۶٪برای‌مادران وبین۵/۱۹ـ۱۰۰٪ برای جنین متفاوت است (جدول‌شماره ۵). درگروه مورد مطالعه ما ۸ مادریعنی ۹/۳٪ فوت‌کرده‌اندومرگ جنین ۵۹ تن یعنی ۶۸/۵٪ بوده است (جدول شماره ۴) .

محل پارگی : ۱۹ مورد پارگی درجسم رحم و۶۷ مورد پارگی درقطعه تحتانی بوده است .

**جدول ۴و۵**

**جدول مقایسه‌ای انواع پارگی رحم ومرگ‌ومیر جنین ومادر دربیمارستانهای ماباگزارش مربوط به Claiborne .**

| انواع پارگی | | مرگ جنین | مرگ‌مادر |
|---|---|---|---|
| پارگی اسکار | ۱۴ | ۱ | ۰ |
| پارگی خودبخود | ۱۵ | ۱۰ | ۲ |
| پارگی ضربه‌ای | ۲۷ | ۱۰ | ۲ |
| جمع | ۵۶ | ۲۱ | ۴ |
| اسکار سزارین | ۱۲ | ۱ | ۰ |
| پارگی خودبخود | ۵۳ | ۴۸ | ۶ |
| پارگی ضربه‌ای | ۲۱ | ۱۰ | ۲ |
| جمع | ۸۶ | ۵۹ | ۸ |

رقم ۵۶ مورد پارگی مربوط بمقاله Claiborne میباشد .

**معالجه:** برای ۲بیماررحم برداری ناکامل‌انجام شد و۳ نفر مورد مراقبت قرارگرفتند . برای ۱۸ مورد سزارین ورحم برداری ، ۱۶موردترمیم و۴۷مورد رحم‌برداری‌کامل‌ازراه شکم‌انجام گرفت.

**جدول شماره ۶ـ میزان مرگ ومیرمادر وجنین‌درتمام مقالاتی‌که تاکنون در سطح جهانی منتشرشده است.**

| مولف | | درصد مرگ مادر | درصدمرگ جنین |
|---|---|---|---|
| Menon | | ۱۰/۵ | ۸ـ۱۰۰ |
| Keifer | (۱۹۵۲) | ۴/۸ | ۷۱ |
| Keifer | (۱۹۶۲) | ۴/۶ | ۳۷ |
| Ferguson-Raid | | ۵/۹ | ۲۹/۴ |
| Rendle Short | | ۳۶/۳ | ۸۲ |
| Delfs, Easman | | ۲۲/۶ | ۴۱/۵ |
| Meredith | | ۱۱/۱ | ۳۳/۳ |
| Golden, Betson | | ۹ | ۴۱ |
| Stephen, Brown | | ۴/۳ | ۷۵ |
| Palerme Freidman | | ۱/۳ | ۱۹/۵ |
| O, Driscoll | | ۱۰/۵ | - |
| Claiborne | | ۷/۱ | ۳۷/۵ |
| Sall, al | (۱۹۵۴) | ۱۵/۱ | ۶۰/۶ |
| Sall, al | (۱۹۶۴) | ۱۱/۵ | ۴۲/۳ |
| Cavanaugh | | ۰ | ۳۰ |
| Fairell | | ۴ | ۵۰ |
| Yussman, Haynes | | ۰ | ۱۴/۲ |

حاملگی بعداز ترمیم‌پارگی ـ از ۱۶تن بیماران ما که رحمشان ترمیم گشته بود ۱۲ تن آنها ۱۸ حاملگی داشتند که منجربه ۳ سقط گردید. ۱۱مورد توسط سزارین و۴ مورد دیگرازراه مهبل زایمان کردندکه برای دونفرشان فورسپس گذارده‌شد. مرگ‌ومیر مادر وجنین مشاهده نشد (۱۱و۱۲).

بحث : عده‌ای از مصنفین معتقدندکه جدا شدن محل سزارین‌قبلی یکی‌از مهمترین‌علل پارگی رحم است بطوریکه دربعضی‌ازآمارها حتی تا میزان ۷۹٪ ذکر گردیده است (۸). در گروه ما ۱۲تن یعنی۱۴٪ مربوط به‌اسکار سزارین بوده وفقط ۱مورد جنین مرده است. علت پائین‌بودن آمار مانسبت به نقاط دیگر جهان اینستکه پارگی‌های انواع دیگربمقدار قابل توجهی ازنقاط مختلف‌استان به‌بیمارستانهای ماآورده شده است بعلاوه همه سزارین‌هـای نوع کلاسیك و اکثر سزارین‌هـای عرضی را سزارین مجدد کرده‌ایم وباین وسیله تاحد زیادی از پارگیهای این دسته کاسته‌ایم .

پارگی خودبخود در ۵۳ مورد یعنی ۶۱/۸٪ بیماران مابوده که منجربمرگ۴۸جنین و ۶مادر گشته‌است. بزرگترین رقم موجود جهان مربوط به Krishna Menon است، که ۵۷/۸٪ میباشد واکثریت قریب باتفاق این دسته پـارگیهای مربوط به پیتوسین بیجائی است‌که توسط عده‌ای از پزشکان ومامای محلی‌وافراد بی‌صلاحیت در رشته مامائی تجویز شده است .

بزرگترین رقم پارگی‌های رحم ازنوع ضربه‌ای مربوط‌بگزارش Stephens و Brown میبـاشدکه ۵۲/۱٪ را نشان میدهد . رقم مربوط بما ۲۱ یعنی ۲۴/۲٪ است‌که مرگ ۱۰ جنین ودو مادر همراه داشته است .

نتیجه : اکثر پارگیهای مورد بررسی‌ما که منجر بمرگ جنین ومادر شده پارگیهائی‌استکه‌از نقاط مختلف استان‌به‌بیمارستانهای دانشگاه آورده شده‌اند . دست‌کاریها و تجویز پیتوسین بی‌توجه بسن ودفعات حاملگی بیمار عامل مهم‌پارگی‌های رحم‌بوده‌است. ممکن است با تشکیل دوره‌های بازآموزی برای پزشکان عمومی و تعلیم ماما جهت روستاهای کشور و تربیت متخصصین زنـان و مامائی جهت شهرستانهـا و ایجاد بانـك خون در محـل‌های فوق‌الذکر و احداث جاده‌های خوب بین روستاها و شهرستانهـا و بخصوص دور نگاهداشتن پیتوسین در شرایط فعلـی از دسترس ماماها وکسانیکه صلاحیت درامر زایمان ندارند وبرحذر داشتن پزشکان ازتجویز نابجای پیتوسین، میزان‌پارگیهای رحم‌را ۶۰٪ کاهش داد .

دربیمارستانها از چرخش داخلی وخارج‌کردن جنین بانمای‌کامل ته (Total Breech Extraction) باید جداً خودداری شود وهر زایمان بانمای‌ته(Breech) سخت بهتراست سزارین گردد ونیزدر تمام‌زایمان‌های بانمای ته(Breech)وزایمانهائی‌که باوسیله انجام میشود رحم مادر راجهت تشخیص‌پارگی‌کاوش‌کرده واگر پارگی درکار است فوراً وبی‌گذراندن وقت به‌ترمیم آن همت‌گماریم. هرگاه بیمار اولادکافی‌نداشته باشد درصورت امکان ، پارگی‌های رحم‌را بهتر است ترمیم نمود واگر اولادکافی دارد لوله‌های‌اورا جهت جلوگیری از حاملگی ببندیم .

REFERENCES :


1- Obstetrics J. P. Greenhill 1966 Pages 935,941, 1158, 1167, 1174.
2- Williams, Obstetrics 1971, Pages 930-950.
3- Gynecology and Obstetrics, Davis-Carter Volume 1, Chapter 19, Page 3.
4- Awais, G.M., and Lebherz, T. B Ruptured uterus, a Complication of Oxytocini induction and high Parity. Obstet Gynec 36: 465, 1970.
5- Seth, R S. Results of treatment of rupture of the uterus by suturing. J. Obstet Gynec Brit conn 75:55, 1968.
6- Obstetrics and Gynecology Robert Willson; 1971, Pages 482,483.
7- Fareel P.J: Rupture of uterus. Amer. J. Obstet. Gynec 97:332, 1967.
8- Rupture of the Gravid uterus. Amer. J. Obstet and Gynec. December 1967.
9- Rupture of Gravid uterus. Amer. J. Obstet and Gynec 36: 115: 115, 1970.
10- Ferguson, R.K. and Reid D.E. Am. J. Obstet and Gynec. 76, 172, 1968.
11- Pregnancy Follwing Previous uterine rupture Am J. Obstet. Gynec 34: 387, 1969.
12- Troconis, R. Rupturs uterinas. Rev Obstet Gynec Venezuela 26: 287, 1966.