

CONCLUSIES.

I. Er bestaat geen wezenlijk verschil tusschen de wijze van ontstaan van kolpaporrhesis en uterusruptuur.

II. Bij kolpaporrhesis kunnen de weeën, evenals bij uterusruptuur, plotseling, reflectorisch ophouden.

III. Bij de spontane kolpaporrhesis bestaat geen praedilectieplaats voor den zetel der scheur.

IV. Scheedegewelfrupturen zijn zeer overwegend compleet.

V. Het prolabeeren van darmen of net door de scheur in de vagina heeft geen ongunstigen invloed, mits deze spoedig worden gereponeerd en niet tot buiten de vulva komen.

VI. Het verbloedingsgevaar is bij kolpaporrhesis veel geringer dan bij uterusruptuur.

VII. Het grootste gevaar bij kolpaporrhesis is de infectie.

VIII. De prognose is bij scheedegewelfverscheuringen veel gunstiger dan bij uterusrupturen.

IX. De kolpaporrhesis, welke in de kliniek ontstaan, hebben verreweg de beste prognose.

X. De incomplete kolpaporrhesis hebben een betere prognose dan de complete; de violente een betere dan de spontane.

XI. Patienten met kolpaporrhesis, welke niet verlost zijn, mogen niet vervoerd worden.

XII. Is eene patiente met kolpaporrhesis verlost, dan dient bij elk geval afzonderlijk beslist te worden, of vervoer wenschelijk is.

XIII. De niet operatieve behandeling (verlossing langs vias naturales, drainage, tamponade, naad van de scheur van uit de vagina) geeft bij kolpaporrhesis betere resultaten dan de operatieve (verlossing per laparotomiam, abdominale naad van de scheur, totale of supravaginale uterusexstirpatie).

XIV. Bij kolpaporrhesis is het zich bevinden van het kind, de placenta of van beide in de vrije buikholte op zich zelf geen indicatie voor laparotomie.

XV. Patienten, bij welke eens eene kolpaporrhesis is opgetreden, moeten bij een volgende graviditeit 2 maanden, voordat zij à terme zijn, in eene kliniek worden opgenomen.