Beziehung zwischen Uterustonos und Uterusdurchblutung

H.

Sauter

Zürich

Die durch Wehenmittel und Adrenalin verursachte Absenkung des Ruhetonus beim graviden wie beim puerperalen Uterus ist nicht nur allein mit gefäßerweiternden Mitteln zu beheben, sondern kann auch durch zusätzliche Sauerstoffatmung, durch i.v. Injektion von Traubenzucker oder Verabreichung von Redoxsystemen zum Teil rückgängig gemacht werden.

Kohlensäure- oder Stickstoffatmung haben Erschlaffung des Uterus zur Folge. Gefäßdilatierende Pharmaka zeigen hier keine Wirkung, wohl aber Injektion von Traubenzucker sowie von Redoxsystemen.

Daraus geht hervor, daß im ersten Falle die Uteruserschlaffung durch Gefäßkonstriktion und der darauffolgenden Ischämie der Uterusmuskulatur, im zweiten Falle durch Hypoxämie hervorgerufen ist.

Auch bei Spätgestosen (Nephropathie, Präeklampsie und Eklampsie) bewirken außer gefäßdilatierenden Mitteln auch Sauerstoffatmung, i.v. Traubenzuckerzufuhr und Redoxsysteme jedes für sich Tonussteigerung. Damit erfährt die Annahme, daß bei Spätgestosen Ischämie der Uterusmuskulatur besteht, eine weitere Bestätigung.

Aus diesen Untersuchungsergebnissen sind folgenden Schlußfolgerungen zu ziehen: Atonische Blutungen, die trotz Wehenmittel nicht zum Stehen kommen, können durch gefäßerweiternde Pharmaka behoben werden, vorausgesetzt, daß der Kreislauf und der Allgemein-

Koller und Abt

419

zustand der Patientin gut ist. Ist das letztere nicht der Fall, ermöglichen Sauerstoffatmung und Traubenzuckerinjektion den Uterus in einen funktionsfähigen Zustand zu bringen und damit den Circulus vitiosus zu unterbrechen. Es ist auch für die Hebung des Kreislaufes zu sorgen. Für die Behandlung der Spätgestosen muß gefordert werden, so früh wie möglich gefäßerweiternde Medikamente zu verabfolgen. Zusätzliche Sauerstoffatmung ist auch für früh auftretende Gestosen, vor allem aber unter der Geburt sowie bei der Stroganoff-therapie empfehlenswert, besonders bei der letzteren, da durch das Morphin die Atemtätigkeit herabgesetzt wird.

(Die ausführliche Arbeit erscheint in der Schweiz. Med. Wschr.)

Das vertikale Partogramm als zusätzliche Kontrolle des Geburtsverlaufes

Von Th. KOLLER und K. ABT (Basel)

Im Mai 1948 hat mein Chef, Herr Professor Koller, an der Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie kurz die Möglichkeit angegeben, den Geburtsverlauf graphisch darzustellen. Dies kann auf zwei Arten geschehen, nämlich durch Aufzeichnung in 1. das horizontale und 2. das vertikale Diagramm (Koller i). Beim horizontalen Diagramm werden die zwei oberen Quadranten des Koordinatensystems als Grundlage benützt. Die Ordinate stellt die O-Zeitachse dar und gibt die Muttermundgröße beim Blasensprung wieder. Dies bedingt, daß der Geburtsverlauf erst vom Moment des

Fruchtwasserabganges fortlaufend eingezeichnet werden kann. Andererseits können viele Geburtsverläufe in ein und demselben Diagramm dargestellt werden. Wir verwenden es deshalb zur wissenschaftlichen Auswertung unseres Geburtenmaterials (Deuel-Zogg², Koller 4, Abt1). Der Vorteil des vertikalen Diagrammes, welches nur einen Quadranten als Grundlage hat, besteht in der Möglichkeit, die Geburt fort-