

(Tartu Ülikooli Naistekliinikust. Ajut. juhat.: prof. E. Masing.)

## Emakavälisest rasedusest.

Arkadi Tamm.

(2 kõveraga.)

Emakaväline rasedus (evr.) esineb viimasel ajal günekooloogilises praksises järjest sagedamini. J. Miländer'i andmeil järgneb normaalne rasedus keskmiselt 1,8 aasta pärast ja emakaväline rasedus 4,1 aasta pärast peale viimast rasedust. Pikemat aega olid enne sigimatud need naised, kellel juba esimene rasedus osutus emakaväliseks. Enamasti esineb evr. sünnitanud naistel 30. ja 40. eluaasta vahel.

Tartu linna haiglais opereeriti 1920.—1937. a. (incl.) ligikaudu 700 evr. juhtu. Üksi Ülikooli Naistekliinikus opereeriti selle aja vältel 429 juhtu, milledest 328 juhul oli tegemist tubaarabordiga ja 93 juhul munajuha ruptuuriga; peale selle esines 4 juhul *graviditas ovarica* ja 4 juhul *graviditas abdominalis secund.*

Harilikult areneb evr. munajuhas, seal esilekutsudes tubaarabordi või munajuha ruptuuri; see sõltub sugutatud muna arenemiskohast. Kui ta hakkab arenema munajuha volditipus — *columna's*, siis tekib harilikult abort; kui ta areneb munajuha voltide (*columna'de*) vahel, siis uuristavad koorionihatud munajuha seina läbi ja tekib ruptuur; kui ruptuuri asemel tekivad väikesed perforatsioonid, siis nimetatakse seda usuuriks. Munajuha-raseduse puhul esineb evr. kõige sagedamini ampullaarosas, selle järel *pars isthmica's* ja kõige harvemini interstitsiaalses osas (umbes 1% evr. juhtudest, mis vastab Naistekliiniku andmeile).

Esimesena kirjeldas evr. interstitsiaalses osas Schmid 1801. Täni on avaldatud umbes 250 niisugust juhtu. 90%

juhtudel lõpeb interstitsiaalne evr. välise lootekesta rebenemisega II—III kuus. M a n g e r'i järgi interstitsiaalse raseduse puhul on kahel juhul arenenud elus laps. On kirjeldatud intramuraalse raseduse juht, kus muna arenes emaka seinas, kuhu ta oli sattunud arvatavasti emaka näärmete käikude kaudu (W. F r e u n d, H. P e r l i).

Peale selle võib evr. harukordseil juhtudel areneda munasarja pinnal või folliikulis, viimasel juhul võib ta ka lõpuni areneda. Vahel juhtub, et muna eraldub *fimbria*'st või munajuha ampullaarosast ja satub kõhuõõnde, kus platsenta hakkab arenema *omentum*'il, sooltel, kõhuõõne seinal jne. Nii-sugust juhtu nimetatakse sekundaarseks peritoneaalseks raseduseks.

Samuti esineb harva tubo-ovariaalne rasedus, mis primaarselt areneb munasarjas ja munajuhas.

Vahel esineb korraga emakasisene kui ka emakaväline rasedus. L. M u r r a y ning A. G e m m e l'i järgi on 1932. aastani kirjeldatud 213 niisugust juhtu. K. P o d l e s c h k a järgi võib kaksikrasedus esineda järgmisil kujudel: mõlemate munajuhade rasedus, emakasisene ja emakaväline rasedus ja kaksikrasedus ühel poolel. Tema andmeil moodustab emakavälise kaksikraseduse sagedus 0,5% evr. juhtudest. Tartu Ülikooli Naistekliinikus on olnud ainult üks juht, mil oli tegemist emakasisese ja emakavälise rasedusega (R. K l e i t s - m a n).

Harva leidub lõpunikantud evr. ja W. S c h o r s c h'i järgi on 1933. aastani selliseid juhte kirjeldatud umbes 280. Tartu Ülikooli Naistekliinikus pole 1920.—1937. a. olnud ühtegi lõpunikantud evr. juhtu. Evr. esines

VI kuus	1	juhul
V	2	„
IV	2	„
III	7	„
I ja II	„	kõik ülejäänud

Kõik juhud raviti operatiivselt ja üldine suremus peale operatsiooni oli 1,9%. Meie juhtude surma põhjuseks oli

4 juhul äge väheveresus, 2 juhul südamenõrkus, arvatavasti väheveresuse tõttu, ja 2 juhul peritoniit.

Evr. diagnoosimine tüüpilisel juhtudel ei tekita erilist raskust, küll aga on raske seda diagnoosida atüüpilisel juhtudel. Selle töö ülesanne ei ole kirjeldada harilikke evr. tunnuseid, nagu menstruatsiooni ärajäämisele järgnev korratu verejooks, minestus, hoogvalud allkõhus, küljes ja palpeerimisel emaka kõrval leiduv tuumor jne. Siin tuleks peatuda nende tunnuste juures, mis on günekoloogilises kirjanduses viimasel ajal käsitlemist leidnud evr. diagnoosimisel. H. Buschbeck soovitab evr. diferentsimisel tähelepanu pöörata nn. „veritsevale anamneesile“. Ta eristab evr. puhul kolme tüüpi menstruatsiooni:

1) Amenorroiline tüüp: 1—2 nädalat pärast menstruatsiooni ärajäämist, vahel ka hiljemini, ilmuvad järsku ägedad kõhuvalud, minestus — munajuha ruptuur.

2) Amenorröa ja kestev verejooks: mõni päev peale menstruatsiooni ärajäämist algab verejooks, mis vältab pikemat aega.

3) Atüüpiline menstruatsioon: intervall ja kestev verejooks; menstruatsioon algab õigel ajal, teda on kas liiga vähe või palju või ta vältab lühikest aega; sellele järgneb mõnepäevane vaheaeg ja siis algab uuesti korratu verejooks, mis vältab pikemat aega — kuni operatsioonini.

H. Buschbeck jälgis 143 evr. juhtu ja neist ainult kahel ei vastanud anamnees ülaltähendatud tüüpidele.

G. Wagner soovitab evr. diagnoosimiseks tarvitada pituitriini süsteid. Kui pärast viiepäevast süstimist verejooks vaibub, siis tema arvates adneksi tuumor on põletikulist laadi, vastasel korral võib arvata evr.; 96% juhtudel andsid süsted õige tulemuse.

Suurt tähtsust omab evr. diagnoosimisel Zondek-Aschheim'i bioloogiline rasedusreaktsioon, mis seisab selles, et kui süstida valgeile infantiilsele hiirtele naha alla raseda naise uriini, siis ilmuvad 100 tunni pärast hiirte munasarjades verepunktid. See reaktsioon on positiivne elusate koorioni-

hattude puhul ja jääb positiivseks kuni 10 päeva peale trofoblastide surma, vahel koguni kuni 3 nädalat. Selle reaktsiooni tähtsus on eriti suur sel puhul, kui on tarvis kindlaks teha, kas on tegemist põletikulaadilise adneksi tuumoriga või evr.-ega, ja kui teised diagnoosimisvõtted osutuvad puudulikeks. Meie oleme Naistekliinikus evr. puhul 22 juhul määranud Zondek-Aschheim'i reaktsiooni (või tema modifikatsiooni — Friedman'i järgi) ja neist osutus see kahel korral negatiivseks, kusjuures ühel juhul oli tegemist matsereerunud lootega ja teisel juhul *mola*'ga.

Kui evr. puhul ägedaid tunnuseid ei leidu, vaid haigus võtab enam kroonilise iseloomu, võib Douglas'e *haematocele*'t ära tunda pulsatsiooni järgi, mis tunda tupe võlvis. Selle kindlaksmääramiseks tuleb nimetissõrmega ettevaatlikult suruda sel kohal, kus emakakael puutub tupega kokku; tugeval surumisel see pulsatsioon kaob.

Evr. diagnoosimiseks tarvitame Ülikooli Naistekliinikus alati Douglas'e õõne punktsiooni ja loeme seda positiivseks vana hüübinud vere saamise puhul. Granzov'i järgi osutus evr. puhul 92% juhtudel Douglas'e punktsioon positiivseks. Selle punktsiooni tagajärjel pole me märganud mingit kahju, ehk küll mõned autorid, nagu E y m e r, hoiatavad, väites, et see soodustavat infektsiooni sisseviimist.

Kui meil on tegemist evr.-ega, mille diagnoos ei ole täiesti selge, ehk küll on olemas korratu verejooks ja adnekside kohal tuumor, siis me määrame veresettimist ja leukotsüüte. Osutub veresete ja leukotsüütoos normi piirides, siis räägib see põletiku vastu. Kui veresete on tõusnud ja näitab 2 tunni jarel 30—80—100 mm, siis ei eita see veel evr. võimalust, vaid näitab, et võib tegemist olla mõne vana evr. juhuga.

Meie andmeil kõikus veresete evr. puhul 1,75—103 mm piirides: enamasti oli ta 1,75 ja 30 mm vahel; 16 juhul 30 ja 50 mm vahel; 12 juhul 50 ja 103 mm vahel, viimastest 3 juhul 90 ja 103 mm vahel. Neil kordadel oli tegemist vana evr. juhuga. Ka leukotsüütide arv veres näitas õige tugevaid kõikumisi: 4120—15 040. Enamasti oli leukotsüüte kuni 8 000

1 mm<sup>3</sup>; 40 juhul oli neid 8 000—12 000 ja ainult 5 juhul oli üle 12 000.

Kui leukotsütoos on suurenenud üle 15 000 ja Douglas'e punktsioon osutub negatiivseks, võib õige tõenäoliselt eeldada põletikulist protsessi.

Esineb veresete ja leukotsütoos normi piirides, kuid Douglas'e punktsioon osutub negatiivseks, siis me määrame enne operatsiooni veel Zondek-Aschheim'i bioloogilise reaktsiooni ja selle positiivse tulemuse korral võtame operatsiooni ette.

18 a. vältel võisime Ülikooli Naistekliinikus märkida evr. samal isikul teiskordselt 12 korral.

Ravitud haigeist olid: abielus 387, lased või lahutatud 15, vallalised 27.

Nende keskmine eluiga oli 31 a., kõikumisega 19 ja 44 a. vahel. 66,4%-il juhtudest esines evr. 25 ja 35 a. vahel. Abielunaistel konstateerisime evr. keskmiselt 7,8-aastase abielu järel ja keskmiselt 4,4 aasta järel peale viimast rasedust, mis on 0,3 a. võrra pikem J. M i l ä n d e r'i andmeist.

Meie 429 juhust olid enne emakavälist rasedust: ainult sünnitused 163 juhul; ainult abordid 59 juhul; sünnitused ja abordid 123 juhul; neist 45 juhul järgnes evr. peale sünnitust ja 78 juhul — peale aborti; ei ühtegi aborti ega sünnitust 84 juhul.

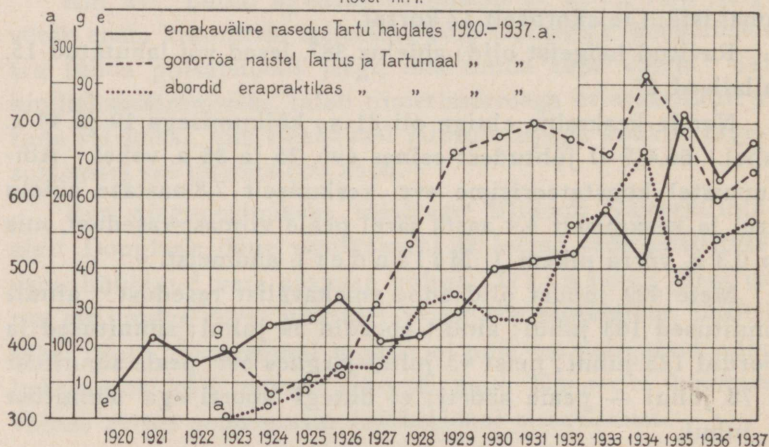
Peale selle võisime märkida, et evr. järgnes peale sünnitusi enamasti neil naistel, kes olid enne vähem kordi rasedad ja peale aborti nendel, kes olid enne palju kordi rasedad.

Meie andmeist selgub, et evr. esines peamiselt neil naistel, kellel olid enne sünnitused (ligi 48,5% juhtudest) ja abordid (ligi 31,9%). Sellest võime järeldada, et nähtavasti sünnituste ja abortide järel olid munajuhades tekkinud põletikud, mis rikkusid munajuhade läbikäidavuse (funktsiooni) ja soodustasid evr. tekkimist.

Vaadeldes evr. esinemist Tartu haiglais üksikute aastate järgi näeme, et ta näitab pidevat ning õige suurt tõusu. Kui 1921. a. opereeriti 22 evr. juhtu, siis 1935. a. on see arv tõusnud 83-le — neljakordseks! (köver 1). Niisugune suur evr.

tõus tõstab esile küsimuse, millest on see tingitud. Et üle 50% juhtudest on pärit Tartust ja Tartumaalt, siis vaatleme evr. põhjuste selgitamiseks sünnituste, abortide ja suguhai-guste kõikumist Tartu linnas ja maal 1920. aastast kuni 1937. aastani. Nagu Riigi Statistika Keskbüroo andmeist selgub, püsib meil sünnituste arv enam-vähem ühel tasemel, näidates tendentsi vähenemise poole, kaasa arvamata 1937. a. (köver 2). Et abortide kohta täpsate andmete saamine on võimatu, tuleb piirduda kaudsete andmeiga, mis näitavad suhteliselt, kas on märgata tõusu või langust.

Köver nr. 1.

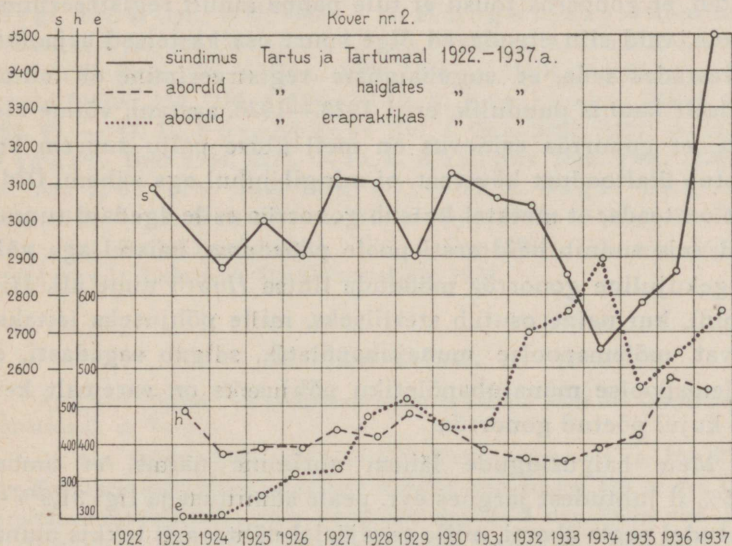


Köverast 2, mis näitab abortide kõikumist Tartu haiglais ja erapraktikas, nähtub, et haiglais ei näita abortide arv erilist tõusu, kaasa arvamata 1936. ja 1937. a. Erapraktikas seevastu on märgata pidevat abortide tõusu. See tõendab, et abortide ravi on haiglaile üle minemas eraarstide kätte ja muutumas statsionaarsest ambulatoorseks. Ambulatoorse ravi pahe aga seisab suuremas komplikatsioonide võimaluses. Peale selle võib nende kaudsete andmete põhjal oletada, et abortide arv näib meil üldiselt avaldavat tõusu tendentsi.

Mis puutub suguhaigusisse, siis tuleks siin kõne alla gonorröa, mis põhjustab naistel sagedasti mõlemapoolset munajuhapõletikku, mis võib soodustada evr. tekkimist. Üldiselt

püsib gonorröa meil, võrreldes 1923. aastaga, ühesugusel tasemel, tehes kõikumisi nii üles kui alla. Kui aga lähemalt analüüsida gonorröa kõikumist üleriigiliselt, siis näeme, et linnades näitab ta langust, maal aga tõusu.

Et käesolevasse töösse on koondatud evr. juhud Tartu linna haiglaist, kuhu on toodud haigeid peamiselt Tartust ja Tartumaalt, siis peaks lähemalt vaatlema gonorröa kõikumist Tartus ja Tartumaal. Riigi Statistika Keskbüroo andmeil sel-



gub, et Tartu linnas näitab gonorröa meestel, võrreldes 1923. aastaga, langust, naistel aga tõusu. Tartumaal leiame tõusu nii meestel kui naistel. Sellest võib järeldada, et gonorroiline infektsioon on levimas Tartumaal nii meestel kui naistel ja Tartus naistel, ehk küll viimase 2—3 aasta jooksul on märgata väikest tagasiminekut. Arvesse võttes, et gonorröa on võrreldes 1923. aastaga linnades langenud peaaegu  $\frac{1}{4}$  võrra, maal aga tõusnud kolmekordselt, ja eeldades, et sõja ajal see infektsioon oli levinud peamiselt linnades meeste seas, näeme nüüd, et see infektsioon on üle läinud linnadest maale ja levinud rahvakihtides, eriti naiste seas.

Võttes gonorröa tõusu maal lähema vaatluse alla, peab

tähendama, et võib olla vähene gonorröa esinemine 1923.—1926. a. oli tingitud puudulikust registreerimisest. Gonorröa registreerimisele võis mõju avaldada sunduslik suguhaiguste registreerimine, mis sisse seati 1926. a. märtsis, samuti ka maksuta ravi, mis pandi maksma 1926. a. detsembris. Kui 1930. aastast hakati võimaldama maksuta ravi ainult puudustkannatanuile, siis näitas gonorröa uuesti langust, kuid selle peale vaatamata tõuseb ta 1934. aastal uuesti (ajutiselt), mis näitab, et gonorröa tõusu ei tule panna ainult registreerimise arvele, vaid siin etendavad õige suurt osa ka teised asjaolud. Arvestades seda, et suguhaiguste registreerimine on olnud üldiselt kaunis puudulik, eriti 1923.—1926. aastani, võime oletada, et gonorröa esinevus on meil üldse palju suurem kui nähtub ülaltoodust kõverast, ei mingil juhul aga vähem. Üldiselt on teada, et meestel kutsub gonorröa esile ägedaid tunnuseid, mis sunnib neid arsti poole pöörduma, naistel aga võib kergekujuline gonorröa mööduda lihtsa *fluor*'i nime all. Hiljemini, kui naine osutub steriilseks, mille põhjuseks leitakse olevat mõlemapoolse munajuhapõletik, selgub sagedasti, et mõlemapoolse munajuhapõletiku põhjuseks on varemalt kergel kujul põetud gonorröa.

Meie haiguslugude lähem uurimine näitas, et umbes 48,5%-il juhtudest järgnes evr. peale sünnitust ja ligi 31,9%-il juhtudel peale aborti, mille tagajärjel nähtavasti tekkis munajuhades põletik, mis tõi enesega kaasa munajuhade funktsioonihäire ja ühes sellega evr. võimaluse. Neist põletikke põhjustavaist infektsioonest tuleks mainida streptokokk-, stafülokokk-, kolibatsill- ja õige suurel määral gonokokk-infektsiooni, nii nagu seda arvavad ka *StoECKel*, *Baltac* ja mõned teised. See gonorroiline infektsioon võis enne sünnitust või aborti püsida varjatud kujul emakakaelas ja peale sünnitust või aborti levida munajuhadele, esile kutsudes bilateraalset adneksiiti.

Arvesse võttes ülaltoodud statistilisi andmeid, võib oletada, et gonorröa tõus naistel ja näiline abortide tõus võis mõju avaldada meil evr. arvu suurenemisele.

## Kirjandus.

1. J. Kiss: ref. Batisweileri järgi. Zbl. f. Gyn. 1934, 667. — 2. J. Miländer: Eesti Arst 1922, nr. 8/9. — 3. C. Baltac: ref. Rieper'i järgi. Zbl. f. Gyn. 1935, 1736. — 4. Dusenber: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 102, 30, (1936). — 5. W. Sehmisch: Zbl. f. Gyn. 1936, 268. — 6. H. Manger: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 104, 192, (1937). — 7. H. Perli: Zbl. f. Gyn. 1924, 2841. — 8. Th. Pütz: Ibid. 1937, 1747. — 9. W. Weibel: Lehrbuch der Frauenheilkunde 1937. — 10. Halban-Seitz: Handbuch. Bd. VII<sub>2</sub>. — 11. W. Schorsch: Arch. f. Gyn. 162, 371, (1936). — 12. S. Goldberg: Zbl. f. Gyn., 1932, 1943. — 13. P. Logwinsky: Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 100, 25. — 14. L. Murray ja A. Gemmel: ref. Rontal'i järgi, Zbl. f. Gyn., 1934, 1245. — 15. K. Podleschka: Archiv f. Gyn. 157, 250, (1934). — 16. R. Kleitsman: Eesti Arst 1932, 90. — 17. H. Buschbeck: Zbl. f. Gyn. 1937, 1877. — 18. G. Wagner: Ibid. 1934, 2572. — 19. E. Kaplun: Ibid. 1934, 1826. — 20. Luis Morillo: Ibid. 1935, 477. — 21. E. Säga: Eesti Arst, 1932, nr. 2. — 22. Granzow: Zbl. f. Gyn. 1934, 2569. — 23. Eymer: ref. Schäfer'i järgi, Zbl. f. Gyn. 1935, 713. — 24. W. Stoeckel: Lehrbuch der Geburtshilfe 1920.

## Deutsches Referat.

ARKADI TAMM: **Über Extrauteringravidität.** (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Tartu.)

In den Jahren 1920—1937 sind in Tartu insgesamt ca. 700 Fälle von Extrauteringravidität operiert worden, von diesen 429 in der Universitäts-Frauenklinik. Ein Vergleich der Zahl der Fälle von Jahr zu Jahr zeigt, dass diese Zahlen deutlich ansteigen. Während 1921 nur 22 Fälle von Extrauteringravidität vorkamen, waren es 1935 schon 83. Die Zahlen sind somit um das vierfache gestiegen. Mehr als 50% der Fälle stammen aus Tartu und aus dem Kreise Tartu.

Um die Ursachen der Extrauteringravidität zu klären, vergleicht Verfasser die Schwankungen der Geburten, Aborte und Gonorrhöefälle bei Frauen mit den Schwankungen der Extrauteringravidität und kommt zum Entschluss, dass der Anstieg der Abortzahl und die Verbreitung der gonorrhöischen Infektion bei Frauen einen Einfluss auf die Entstehung der Extrauteringravidität auszuüben scheinen.