

Eraldine äratõmme ajakirjast EESTI ARST 1936, nr. 1.

(Tartu ülikooli naistekliinikust. Juhataja: Prof. J. Miländer.)

Salpingeuryxis naisesisigimatuse ravivahendina.**Jüri Haldre ja Rein Kleitsman.**

(Jooniseiga.)

Hüsterosalpingograafia diagnostilise võttena on leidnud günekoloogiliste haiguste, eriti aga sigimatuse diagnoosimisel täit tunnustust. Samal võttel on sageli ka terapeutiline väärtus, muutes munajuhad läbistatavaks. Juba 1927 Samuel kirjeldas 4 juhtu, mil munajuhad muutusid 180—210 mm Hg rõhkel läbistatavaks. Ka Carlos Heuser 1928 teatab juhust, mil hüsterosalpingograafia andis terapeutilist efekti. Leibov ja Goldstein kirjeldavad muu hulgas 2 hüsterosalpingograafiliselt negatiivset juhtu, — ühel neist näitas 6. päeval tehtud kontrollülesvõtte, et õli oli tunginud kõhuõõnde, kuna teisel juhul 5 kuud hiljem opereeriti emakavälist rasedust. Francillon-Lobre ja üldse prantsuse kool pooldab kõrget rõhet kuni 300 mm Hg, mis võib munajuhad muuta läbistatavaks. Seesugust kõrget rõhet peab G. K. F. Schultze ohtlikumaks kui operatsiooni. Viimane nõuab rõhke 50—100 mm Hg pikemaajalist tarvitamist, kuna tema on näinud, et säärase rõhke 1½-tunnisele tarvitamisele on järgnenud spontaanne munajuhade täitumine.

Hüsterosalpingograafia lähem kirjeldus leidub E. Arstis 1932, nr. 1. Üks meist (Grünthal) on eraldi juhtinud tähelepanu ka tähtsamaile tingimustele, mille täitmisel võib alati kindel olla, et haigel ei ole karta midagi halba. Samuti juhib üks meist (Kleitsman) tähelepanu lipiodooli kahjuta toimele, vastupidi H. Perli väitekirja juhtlausele nr. 2.

Lipiodooli rõhet tuleb tõsta aeglaselt, manomeetriga kontrollides. Aeglane rõhketõstmine on vajalik, sest oleme, eriti pertubatsiooni puhul, märganud, et kiire rõhketõstmine võib põhjustada pertubatsiooni negatiivset tulemust. Kui ka aeglase rõhketõstmisega ei ole märgata, et munajuhad oleksid läbistatavad, siis oleme süstinud skopolamiini või atropiini. Kõik need võtted on tarvilikud, et emaka ärritamisel *cornu uteri* piirkonnas sageli esinevat silelihastekrampi kõrvaldada või mitte esile kutsuda. Ainult sel teel jõuame selgusele, kas munajuhade mitteläbistatavuse põhjuseks on funktsionaalne või orgaaniline põhjus.

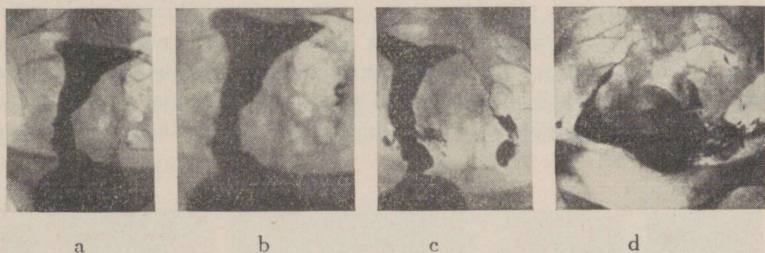
Sellest asjaolust oligi meil tingitud aeganõudev hüsterosalpingograafia läbiviimine. Süstla abil aeglaselt lipiodooli rõhet tõstes, vaatlesime röntgenoskoopia abil emaka ja munajuhade täitumist, kuna vahetevahel ettevõetud ülesvõtted võimaldasid fikseerida täitumise üksikuid momente ja uurida seda peensusini, hoides kogu aeg rõhet maksimaalsel kõrgusel 220—230 mm Hg. Sedaviisi toimetades hüsterosalpingograafiat, võisime ühel juhul märgata, et peale ühe tunni rõhke all hoidmist manomeeter langes äkki 220 mm-ilt Hg 100 mm-ile. Kiirelt tehtud ülesvõte näitas, et senini emakas püsinud lipiodool oli pääsenud ühe munajuha kaudu kõhuõõnde *). Munajuha oli lipiodooli tugevast rõhkest muutunud läbistatavaks. See juht näitas, et hüsterosalpingograafial on teatud tingimusil terapeutiline efekt. Selle efekti saavutamise tingimuste uurimise võtsimegi endale ülesandeks. Ajajooksul oleme arendanud hüsterosalpingograafiast erilise meetodi — *salpingeuryisis*'e, mis võimaldab korduvalt negatiivseid pertubatsiooni juhte muuta positiivseiks ehk läbikäidavaks.

Selle meetodi järgi hoiame emakasisest lipiodooli rõhet 200—220 mm Hg kõrgusel vähemalt 2 tundi. Oleme võinud konstateerida, et kui selle aja jooksul munajuhad ei muutu läbistatavaks, siis seda ei juhtu ka üle 2 tunni rõhke all hoid-

*) Juht on meie poolt kirjeldatud ajakirjas „Röntgenpraxis” 1935, H. 5, 323 (juht nr. 1).

misel. Vastupidiselt võime tõendada, et lõpetades mingil põhjusel *salpingeурysis*'e enne 2 tunni möödumist, on selle tulemus ebakindel. Meil on juhte, mis näitavad *salpingeурysis*'e enneaegse lõpetamise mitteotstarbekohasust. Kogu aeg peab alaliselt jälgima nii haiget kui ka manomeetrit ja korduvalt valmistatud röntgenogrammel lipiodooli edasijõudmist. Selles seisabki *salpingeурysis*'e erinevus hüsterosalpingograafiast.

On arusaadav, et kirjeldatud meetodi läbiviimiseks on 5 minutist vähe, kuna *Leibow* ja *Goldstein* vajavad hüsterosalpingograafia jaoks harilikult 3—5 min. Samuti on või-



Joonised I a—d: a — lipiodooliga täitunud emakas (musta kolmnurkse laiguna), millest vasemal pool vaevalt märgatav must täpp; b — viimane suurenenud $\frac{1}{4}$ tunni jooksul (S-kujuline); c — vasem munajuha täitunud lipiodooliga (musta joonena), mis on sattunud ka kõhuõõnde; d — kontrollülesvõtte, millel näha lipiodool laialivalgunult kõhuõõnde (musta laiguna).

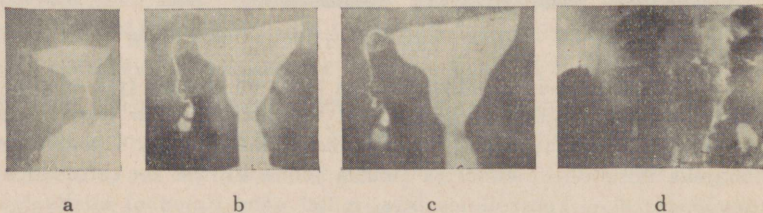
matu *salpingeурysis*'t läbi viia manomeetrita, nagu seda hüsterosalpingograafia puhul soovivad *Temesvary*, *Leibow*, *Goldstein* jt. Manomeetrita oleks võimatu hoida rõhet tarvilikul kõrgusel, mis on aga vajalik, et mitte töötada alarõhkega, kuna viimane ei ole suuteline munajuhades kõrvaldama takistusi, ega ka tarvitada rõhet, mis võiks haigele muutuda ohtlikuks.

Võib arvata, et haiged suudavad taluda lühiajalise hüsterosalpingograafiaga põhjustatud valu ning ei vaja erilist uimastust, nagu seda *Cotte*, *Leibow* ja *Goldstein* jt.

teevad. Kuid pikaajaline *salpingeuryasis* nõuab kindlasti haige uimastamist, milleks oleme tarvitanud *eucodali* 0,02, *scopolamini hydrochlor.* 0,0005, *ephedrini* 0,025, *aq. destill.* 1,0. Osalt aitab selle vahendi süstimine kõrvaldada ka silelihaseis esinevaid krampe.

Et ülevaadet saada *salpingeuryasis*'e läbiviimisest, selleks toome alljärgnevalt mõned haiguslood. Viimased näitavad küllalt selgelt, et hüsterosalpingograafia ei suuda abistada negatiivse pertubatsiooni puhul, tulemusi võib loota vaid *salpingeuryasis*'elt.

Juht 1. H. K. (Joonised 1 a-d.) 36 a. vana, 5 a. abielus. 14 a. eest III k. abort. 1. III 32. Pertub. (230 mm) negat. 2. III 32. *Salpingeuryasis*. Ülesvõtteil kuni 1½-tunnise rõhumiseni on näha ainult lipiodooliga täitunud emakas. Enne kavatsetavat lõppu ülesvõttel on näha väljaspool emakat kontrastaine-täpp, mis ¼ tunni jooksul suurenes. Järgneval ½-tunnisel rõhke all hoidmisel vasem munajuha muutus läbistuvaks, mida kinnitas ka 24 tundi hiljem tehtud kontrollülesvõte.



Joonised 2 a—d: a — lipiodool ainult emakas (valge kolmnurkse laiguna); b — lipiodool paremas munajuhas (valge joonena); c — lipiodool paremas munajuhas rohkenenud ja ka vasemasse munajuhasse sattunud; d — kontrollülesvõte, millel näha vasemast munajuhast kõhuõõnde sattunud lipiodool (valged laigud joonise parema alumise nurga juures).

Juht 2. L. O. (Joonised 2 a-d.) 27 a. vana, 6 a. abielus. 5 a. eest normaalne sünnitus. 10. III 34. Pertub. (250 mm) negatiivne. 5. IV 34. *Salpingeuryasis*. Ühetunnisel rõhke all hoidmisel tungis lipiodool paremasse ampulli. Enne 1½ tundi väldanud *salpingeuryasis*'e lõpetamist tehti ülesvõte, millel aga ei märgatud kohe, et lipiodool on tunginud ka vasemasse munajuhasse. 24 t. hiljem tehtud kontrollülesvõte näitab, et vasem munajuha on lipiodooli läbilasknud. 10. IV

34. Laparotoomia. Paremas munajuhas, umb. 2 cm abdominaalsest otsast arvates, on väike kott, mis täidetud lipiodooliga. Narmastik (*fimbria*) ei ole kokku kleepunud. Vasem munajuha on lahti ja lipiodool on kõhuõõnes. Tehtud *suspensio uteri per. lig. rotunda*. Selle järel kõhuhaava lahtiolekul ettevõetud pertubatsioon näitas, et mõlemad munajuhad on läbistatavad peale seda kui parema munajuha valendikus vabastati liited.

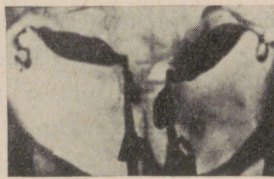
Juht 3. L. R. (Joonised 3 a ja b.) 35 a, vana. 2 korda abielus: I korda 5 a., II korda 7 a. Rase ei ole olnud. 9. IV 35. Pertub. negat. 11. IV 35. *Salpingeuryisis*. Paremale asetatud emakal on sarve kuju. Vasemale viimasest asetseb ümmargune lubjastunud tuumori vari. Kontrollülesvõte on tehtud peale lipiodooli tagasitõmbamist emakast sama süstlaga. Võimalik et emakasse jäi osa lipiodooli, mis pildil laatub tuumori varjuga. 12. IV 35. Laparotoomia. Suur rasvik on tugevasti liitunud põie piirkonnaga. Liite kohal asub umbes kanamunasuurune kivistunud ese (arvatavasti parem adneks, kuna viimast ei ole leida). Vasem emaka sarv on rudimentaarne. Viimasega on ühenduses lahtise narmastikuga (*fimbria*) munajuha ja tsüstiliselt degenereerunud munasari. Rasvik vabastati, kivine ese ja vasem munasari eemaldati.



3 a



3 b



4

Joonised 3 a—b: a — lipiodooliga täitunud parempoolne emaka-sarv (valge pikliku laiguna), milles lipiodool on tunginud *pars isthmica*'sse, ja emakast mediaalselt asetsev ümmargune valgelaiguline lubjastunud tuumor; b — tuumori varjuga liitunud osa emakasse jäänud lipiodooli.

Joonis 4. Lipiodooliga täitunud kaheline emakas (mustade piklikkude laikudena), millest lipiodool on sattunud munajuhadesse.

Juht 4. A. A. (Joonis 4.) Järelevaatusel leidub kaheline tupp ja emakas. Hüsterosalpingograafia näitab kujukamalt kui ükski teine abinõu, et siin on tegemist kahelise emakaga (*uterus duplex*).

Toodud *salpingeuryisis*'e kirjeldused ja joonised näitavad kujukalt, et õilirõhe suudab paremini vabastada munajuha va-

lendikku liiteist kui õhkrõhe. Et *salpingeuryisis* peab esinema paratamatult negatiivsena, näitab juht 3. Sel juhul saime pildistada ainult parempoolset emakasarve, kuna vasem osutus, nagu operatsiooni näitas, rudimentaarseks. Sellest paremast emakasarvest ei pääsenud lipiodool munajuhasse põhjusel, et viimase aset täitis kivistunud ese. Kuivõrd ebakindel on enne aegne *salpingeuryisis*'e katkestamine, näitab meile juht 2, kus enne süstla eemaldamist tehakse veel viimane ülesvõte. Järgmisel päeval seda viimast ülesvõtet täpsamalt järele vaadates selgus, et ka vasemas munajuhas oli lipiodooli. Kontrollülesvõte näitas, et vasemast munajuhast on sattunud lipiodool isegi kõhuõõnde. Iga tehtud ülesvõtet tuleb märjalt hoolega järelevaadata, kas ei ole lipiodool kuhugi munajuhasse pääsenud. Nii näitas meile juht 1, kus emaka 1½-tunnise rõhke all hoidmise järel kavatsesime loobuda edaspidisest tööst, kuid veel enne kavatsetavat lõppu tehtud ülesvõttel märkasime emaka kõrval asuvat täppi, mis eelmisel ülesvõtteil puudus, ja mis võis olla ainult lipiodoolist. Asudes uuesti jälgima manomeetrit ja haiget ja hoides rõhet kuni 230 mm Hg, võisime juba 15 minutit pärast tehtud ülesvõttel konstateerida edu. Järgneval ½-tunnisel rõhke all hoidmisel muutuski munajuha täitsa läbistatavaks. 24 t. pärast tehtud kontrollülesvõttel võib selgesti näha, kuidas lipiodool on kõhuõõnde laiali valgunud.

Meie *salpingeuryisis*'e tulemusi kuni 1. I 35 oleme avaldanud „Röntgenpraxis'es“. Selle järgi on saavutatud positiivseid tulemusi 42 juhust 13 korda (30,9%). Neil juhtudel on pertubatsioon osutunud korduvalt negatiivseks. Me oleme võinud ühe või mõlemad munajuhad muuta läbistatavaks.

Ajavahemikus 1. I kuni 1. VI 35. oleme peale hüsterosalpingograafia veel 22 korral tarvitanud *salpingeuryisis*'t, mis andis positiivseid tulemusi 10 korral (45,4%). *Salpingeuryisis*'t oleme kasutanud kogusummas 64 juhul, saades 23 korral, (34,3%) positiivseid tulemusi.

Kokkuvõetult võime öelda, kui meie poolt ülesseatud tingimused täidetakse, siis *salpingeuryisis* ei too haige tervisele

mingit halbust, küll aga väga paljudel juhtudel positiivseid tulemusi.

Kirjandus.

Cotte, G.: Gynécol. et Obstétr. **24**, (1931).— Francillon-Lobre, Zbl. Gynäk, **1930**, nr 42 [ref.].— Grünthal, J.: E. Arst **12**, 122, (1933).— Grünthal, J., ja Kleitsman, R.: Röntgenpraxis **7**, 321, (1935).— Heuser, C.: Fortschr. Röntgenstr. **38**, Kongressheft (1928).— Kleitsman: R.: E. Arst **11**, 442, (1932).— Kleitsman, R. ja Grünthal, J.: E. Arst **11**, 26, (1932).— Leibow, S. W., ja Goldstein, Dm.: Röntgenprax. **1932**, H. 1 — Samuel, M.: Fortschr. Röntgenstr. **36**.— Schultze, G. K. F.: Zbl. Gynäk. **1934**, nr. 3. — Temesváry, N.: Die Hysterosalpingographie. Enke, Stuttgart 1928.

Deutsches Referat.

J. HALDRE und R. KLEITSMAN: **Salpingeuryssis als therapeutisches Hilfsmittel bei Sterilität der Frau.**

Wie aus der einschlägigen Literatur ersichtlich, hat die Hysterosalpingographie zuweilen auch eine therapeutische Wirkung. So beschrieb Samuel 4 Fälle, C. Heuser 1 Fall, Leibow und Goldstein 2 Fälle, G. K. F. Schultze 1 Fall, wo mit Hilfe der Salpingographie für die Pertubation undurchlässige Eileiter unter Oeldruck durchlässig wurden. Die Verfasser haben auch eine solche Wirkung der Salpingographie feststellen können und die Bedingungen zur Erlangung des therapeutischen Effektes untersucht. Im Verlaufe der Zeit haben die Verfasser die diagnostische Methode der Salpingographie in eine speziell therapeutische umgearbeitet, welche negative Fälle der Pertubation häufig ermöglicht in positive zu verwandeln, d. h. die Eileiter durchlässig zu machen. Nach dieser Methode, welche die Verfasser Salpingeuryssis nennen, kann man im Eierstock den Lipiodoldruck auf 200—220 mm Hg wenigstens 2 Stunden halten. Während der Salpingeuryssis muss man sehr aufmerksam den Manometerdruck, das Verhalten der Patientin und die Röntgenaufnahmen verfolgen. Die Aufnahmen zeigen am deutlichsten, wie weit das Lipiodol eingedrungen ist.

Von 4 angegebenen Fällen zeigten zwei, dass zu frühe Beendigung der Salpingeuryssis ungenaue Resultate zeitigt. In einem Fall gelangte das Lipiodol nicht in den Eileiter wegen totaler Kalzifikation des letzteren. In einem weiteren Fall zeigte die Hysterosalpingographie eindrucksvoller als andere Methoden einen Uterus duplex.

Bis zum 1. Juni 1935 haben die Verfasser die Salpingeuryssis in 64 Fällen angewandt und in 23 Fällen d. h. 34,3% positive Resultate erzielt.