

Mitte müügiks.

Autorilt.

Eraldine äratõmme ajakirjast „EESTI ARST“ 1930, nr. 4.

(II haavakliinikust. Direktor: prof. dr. med. R. W a n a c h.)

### Rinnanäärme-vähist ja selle ravist, eriti II haavakliinikus 1921.—1930. a.

Dr. med. A. Linkberg.

Üheks sagedamaks rinnanäärmes ettetulevaist patoloogilist protsessesst on rinnanäärme kasvavad, milledest üle 80% pahaloomuste, peamiselt kartsinoomi liiki kuuluvad. Sageduse poolest organeis ettetulevaist kasvajaist omab rinnanäärme kartsinoom 3. koha, kuna mao- ja emakakartsinoomid on sagedamad. Naiselundeis esinevaist kartsinoomest asub rinnanäärme kartsinoom teisel kohal. Kui meestel kartsinoom esineb peamiselt maos ja üldse seedetraktis, siis naistel esineb seksuaalorganite-vähk kõige sagedamini. Kirjanduses, iseäranis Saksamaal ja ka meil, paistab nagu oleks viimaseil aastail vähktõbi tugevasti suurenenud, kuna tuberkuloos sellevastu, mis röömustav, on vähenenud.

Nii toob prof. T. Gruschka andmed suremusest vähktõppe ja tuberkuloosi Saksamaal:

Aastad	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Vähi surmajuhud .	60 700	63 528	64 566	66 959	70 641	73 807	77 063
Tbk. surmajuhud .	83 783	86 713	93 074	74 484	66 505	61 408	59 037

Viimast nähtust ei tule arvatavasti mitte seletada haiguse sagenemisega, vaid sellele arvele kirjutada, et igalpool, samuti ka meil arstide võrk on tublisti tihenunud, iseäranis maal, mis tervishoiu suhtes ei jäta mõju avaldamata oma ümbruskonda, sest nüüd registreeritakse kartsinoomid sagedamini ja saadetakse vastavad haiged haiglaisse, kust kõik kartsinoomi puutuvad andmed ongi saadud. Statistiliselt on kindlaks tehtud, et pärilikkuse teel andub edasi kartsinoomi dispositsioon, kuid % on autoritel väga kõikum (3—20%). Mis puutub rinnanäärme-vähi etioloogiasse, siis nagu üldse kartsinoomi etioloogia on see alles tume ja ka XX sajand pole suutnud tuua pea mingisugust nimetamisväärt valgust kartsinoomi probleemi. Vigastused, mis kartsinoomikude organismis esile kutsub, on alul täiesti kohalikud, üldine kartsinoomi kaheksia esineb siis, kui kasvaja on kasvamise suhtes lokaalse iseloomu kaotanud ja kogu organismi mõjustab. Et alul kartsinoom on täiesti kohalik, näitab ka see, et kirurgiliselt on võimalik kartsinoomi radikaalselt kõrvaldada; peale selle on teada kartsinoomi tekkimine kohtadel, mida krooniliselt ärritatakse, nagu korstnapühkijail munandikoti (*scrotum*), meestel huule, mõnikord ka kõõmenduseksemi tagajärjel tekkinud kartsinoom.

Edasi on teada röntgenikartsinoom, mis korduvalt röntgeni kiirtega küritamisest eksperimentaalselt on tõestatud. Üksikud osad organismis (rakud) suiguvad teatud elutegevuse järel normaalselt füsioloogilisele surmale; erand sellest on kartsinoomirakud ja üldse pahaloomuste kasvajate omad, kes jagunevad piirdumata edasi ja millele elutegevus näib olevat lõpmatu.

Rakkude jagunemine, mis normaalseis kudedes allub teatud reeglipärasusele ja sõltub raku sisemisist tingimustest, niisugune reeglipärasus on kartsinoomirakul täiesti tundmata. Kuid mitte ainult ülaltähendatud tunnused ei ole omased kartsinoomirakule; *Warburg* näitas, et kartsinoomirakud valmistavad anaeroobseis tingimustis suhkrust piimahapet, kuna harilikul rakul edendab hingamine (oksüdatsioon) peosa. Glükolüütiline võime on kartsinoomirakul 80 korda suurem kui normaalsel rakul. Teatud tingimustis võib normaalraku jagunemist reguleeriv mehhanism vigastuda, mille järele viimane kaotab teatud reeglipärasuse nii elamises kui ka funktsioones ja muutub tuumorirakuks. Et see nii tekib, on kindel; lahtiseks jääb ainult küsimus, missugune faktor muudab normaalraku omadused patoloogiliseks. Eelpoolkirjeldatud andmeil kartsinoomi etioloogia kohta on ka praegu alles täiesti maksivad *Kraske* sõnad: „Meie ei tea kartsinoomist sugugi rohkem kui meie vanaisad“.

On kindlaks tehtud teatud rasside dispositsioon kartsinoomile (*Williams*), ja nimelt, et valge rass haigustub kaks korda sagedamini kui must rass; peale selle ei jää ka geograafiline asend mõjuta kartsinoomi suhtes. *Braunstein* täheldas, et seal, kus malaria esineb, leidub kartsinoomi vähem. Kui malariavabades maades (Taani, Rootsi, Norra) iga 100 000 elaniku kohta tuleb 130—150 kartsinoomihaiget, siis on vastavad arvud Itaalias, Serbias kõigest 10—40, sama on maksev ka Lõuna- ja Põhja-Venemaa kohta; viimases on kartsinoomi palju sagedamini leida. *Blumenthal* il on läinud korda kartsinoomihaigete verrega kasvajat esile kutsuda, mis näitab, et imetajate elajate vereteede kaudu metastaasid võivad edasi kanduda. Kasvaja bioloogilisist omadusist kui ka histoloogilisest ehitusest oleneb viimase iseloom.

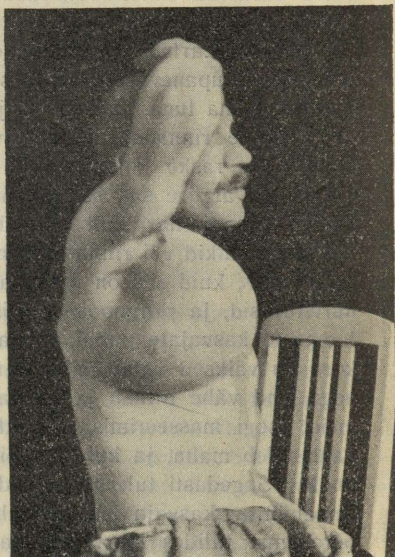
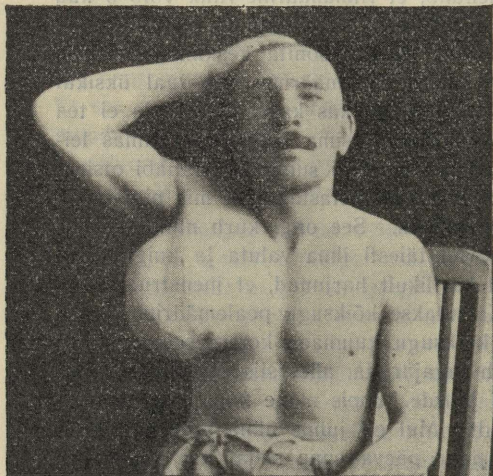
Kliiniliselt jagunevad rinnanäärme-vähid peamiselt kaheks liigiks: ühed on piirdunud sõlmetaoliselt, kasvavad harilikult aegamööda ja on vähem pahaloomused, kui need, mis võtavad diffuusselt kogu rinna alla, infiltreerivad ümbruskonna kudet ja annavad mööda mahlateid õige ruttu metastaase. Säärane vorm esineb peamiselt noorematel naistel ja kuulub kliiniliselt just kõige pahaloomusemate hulka. Et kartsinoom läheb edasi mööda mahlateid, siis moodustavad kõige lähemad mahlanäärmed kartsinoomi laienemisele esimese tõkke ja on kurnaks kartsinoomi levimisele. Nendeks osutuvad esimeses järjekorras *gland. lymphat. thorac. ant.* ja *gl. axillares*. Et mahlateed on mõlemal pool rinnanäärmeiga ühenduses, siis võib juhtuda, et metastaasid leidub vastaspoolsetes mahlanäärmetes peamiselt *gl. axillarises*, kus rinnanäärme ise on täiesti puutumata. Et suur ja väike rinnalihhas (*musc. pector. maior et minor*) nagu kõik lihased tihedalt läbistuvad mahlateedega, siis leiame pea alati enam-vähem laienenud kartsinoomi puhul *pectoralis minor*i all üksikuid kartsinoomirakkega infitseerunud mahlasõlmi ja, mis operatsiooni ajal suure tähtsusega, mööda nahaaluseid mahlateid infiltreerub nahk ja nii fikseerub kasvaja nahaga; nahk kasvaja kohalt läheb õhemaks ja vähk kasvab läbi naha, ultsereerub, hakkab lagunema ja nii kaasub veel mädane infektsioon, mis kiirelt aitab lõpule läheneda. Nagu läbi naha, nii ka mööda mahlateid võib kasvaja fikseeruda rinnakorviga ja isegi viimasest läbi rinnaorganeist võib leida kartsinoomi metastaase. Ülal kirjeldatud metastaasid on kõik enam-vähem ümbruskonnas, kuid kartsinoomirakud, sattudes verre, võivad igale poole laiali kanduda. Et rinnakorvi mahlateed on kubeme-mahlateedega ühenduses

(*vasa mammaria interna* ja *vasa epigastrica infer.*), siis ei ole ime kui rinnanäärme-vähi puhul kubemenäärmeis metastaasid leiduvad. Harilikult annavad verre sattunud kartsinoomirakud metastaase kopsudesse ja sagedasti luukonda, viimaseist on iseäranis eelistatud sääreluu kael ja lülid. Kui kaua rinnanäärme-kartsinoom vältab, oleneb kasvaja histoloogilisest ehitusest ja ka inimese vastupanevusest. Klase tähendab, et rinnanäärme-vähk võib 6 kuu jooksul surma tuua, kuid on ka juhte, mis kuni 18 a. on elanud. Winivarteri järele rinnanäärme-vähk vältab ilma operatsioonita keskmiselt 27—32 kuud. On raske kindlaks teha aega, millal rinnanäärme-vähk igal üksikul juhtl oma alguse sai, see tähendab, millal ta hakkas kasvama. Seda ei tea haiged kunagi, harilikult sundisid neid arstiabi otsima juhuslikult rinnas leitud kõvad tükid või rinna kuju muutumine, sagedasti sunnivad arstiabi otsima valud käes, kuid siis on juba harilikult tegemist metastaasega, mis pigistavad närvitüvesid, ja prognoos on siis juba halvem. See ongi kurv nähtus pahaloomuste kasvajate puhul, et nad algavad täiesti ilma valuta ja kuigi mõnikord on väikesed valud, siis on naised harilikult harjunud, et menstruaatsiooni aegu rind vähe tursub ja valutab. Katsutakse kõiksugu pealemäärimis-arsti-meid; isegi masseerimist, hautatakse kõiksugu kuumade kompressesga, nii et nahk tuleb maha, ja kui see kõik jääb tagajärjeta, alles siis pööratakse arsti poole. Sagedasti tulevad haiged arsti juurde hoopis mõne muu haigusega ja rinnanäärme-kasvaja leitakse juhuslikult. Mul oli juhus näha haiget, kes oli perekonna tülides kannatada saanud paar päeva enne seda, kui kliinikusse tuli arstitunnistust saama, et süüdlast poolt kohtulikule vastutusele võtta. Järele vaadates leidsin paremas rinnas hanemuna suuruse kasvaja; nisanibust eritus mädast vedelikku; aksillaar-mahlanäärmed olid kõvad ja suurenenud. Kui selle peale tähelepanu juhtisin, siis ei teadnud haige sellest midagi ja arvas selle peksmise tagajärjel tekkinud olevat, sest võivat tunnistajate varal kindlaks teha, et enne peksmist olnud täiesti terve.

Pealtnäha täiesti normaalne nisa eritab punakat vedelikku suuremal või vähemal hulgal, mingisuguseid teisi sümptomeid rinnas ega ümbruskonnas ei ole. On veel praegugi vaieldav, kas niisugune verd jooksev nisa tuleks kirurgiliselt või konservatiivselt ravida; kahtlus ravimise suhtes tekib sellepärast, et naistel eritub niasat mõnikord menstruaatsiooni puhul ka punakat vedelikku, kuid sagedasti tuleb niisugune nisa „verejooks“ just meestel rinnanäärme põletiku puhul ette. On seisukohale asutud, et alati, kui nisa eritab punakat vedelikku, mis menstruaatsiooniga ei ole ühenduses, tuleb viimane radikaalselt kõrvaldada. Meestel tuleb seda alati teha, sest kuigi ta antud silmapilgul ei ole pahaloomune, võib ta ometi pahaloomuseks muutuda ja rinnanäärme-kasvaja puhul on parem olla alati pessimist kui optimist (Reclus).

II haavakliinikusse tuli 1927. a. 36-a. mees, kellel oli rinnas kasvaja, tema enese ütelse järele juba 13 aastat. Alul eritanud parem rind verist vedehkku ilma mingisuguse valuta, millele arstid suuremat tähelepanu pole pööranud, kuid 3 aasta eest hakanud parem rind kiiresti kasvama, ilma vähe-matki valu tegemata. Haige tuli kliinikusse ainult sellepärast, et kasvaja oli tülik töö juures. Operatsioon tehti kohaliku anestesiaga ühes aksillaar-mahlanäärmete, *musc. pect. major*i ja *minor*i kõrvaldamisega. Kasvaja üksi ilma ümbruse koeta kaalus 11½ naela, mis rinnakasvaja kohta on haruldane. His-

toloogiline diagnoos oli *fibro-adenoma carcinomatosum*. Patsient elab Rakveres ja on praegu täiesti terve. Juurdelisatud kaks pilti kujutavad patsienti enne lõikust.



Mis puutub rinnanäärme-vähi ravisse, siis tuleb siin esimeses järjekorras mõelda kasvaja kõrvaldamisele kirurgiliselt ühes aksillaar-näärmeiga ja rasvkoega. Et kartsinoom on alul lokaalne haigus, sellele ongi rajatud kirurgiline ravi. Et rinnanäärme mahlateed läbi *pectoralis maj.* ja *minor*'i on sügavamate mahlateedega ühenduses, siis tuleb kõrvaldada ka *pectoralis major* ja osalt ka *pector. minor* (kui viimase all leitakse mahlanäärmeid, siis needki kõrvaldada ühes infraklavikulaar-näärmeiga).

Kui nahadefekt on suur, siis võib viimast nahaplastikaga katta. Kui Billroth'il oli 1878. a. suremus operatsiooni tagajärjel 22,07% ja ainult 4,3% olid peale 3 aasta retsidiivist veel vabad, siis on nüüd suremus operatsiooni tagajärjel 1—3% ja peale 3 aastat veel 30—40% vabad retsidiivist (Neugebauer). On arusaadav, et mõnikord algavat nisavähki on raske diagnoosida; enamalt soovitati niisugusel korral teha proovi-ekstsisioon ja kui leiti kartsinoom, siis radikaalselt nisa amputeerida. Kuid on täheldatud, et peale proovilõiget kartsinoomid hakkavad rutemini kasvama; peale selle ei ole kindel, et just tuumor satub lõigusse, ja nii võib kartsinoom tähele panemata jääda. Nüüd soovitatakse proovi-ekstsisioonid ainult operatsioonilaul ette võtta ja uurida külmutusmeetodiga võimalikult kiiresti, et kõige hiljem ½ tunni pärast oleks mikroskoopiline diagnoos teada. Mis puutub järelravisse, siis on mitmesuguseid arvamusi. Ühed pooldavad peale operatsiooni röntgenkiirtega ravimist, teised soovitavad juba enne operatsiooni röntgenravi, — siis kaks nädalat pärast operatsiooni ja 3 nädalat pärast operatsiooni veel kord kiiritada, kuna kolmandad ei tunnusta röntgenravi nisavähi puhul sugugi, vaid vastupidi, peavad seda koguni kahjulikuks.



periood, mis võib vältida aastaid ja ka üldse retsidiive mitte anda; kuid mõned autorid (Wetterer) kardavad sõna tervistunud tarvitada ja räägivad ainult paranemisest, sest retsidiivid, nagu eelpool tähendasin, võivad veel peale 20 aastat korduda. Retsidiivide prognoos on alati halb ja lühema või pikema vaevlemise järel lõpevad harilikult surmaga.

1925. a. aprillikuul tuli kliinikusse 40-a. kooliõpetajanna, kellel oli väike kasvaja paremas rinnas; tehti *amputatio mammae* (kõrvaldati ühtlasi *musc. pect. maior, min.* ja aksillaar-mahlanäärmed ühes rasvkoega). Kasvaja osutus histoloogiliselt *ca. medullare*'ks, aasta pärast oli kasvaja vasemas rinnas, — *amputatio mammae sin.*, histoloogiliselt *scirrhos*. Üks aasta peale viimast lõikust tekkis paremal küljel *linea axillaris med.* kohal 8. roide kõrgusel väike sõlmeke, mis osutus *ca. medullare*'ks, — nagu sealtpoolt nisa kartsinoomgi. Kuus kuud pärast esimest operatsiooni hakkas arm vasemal pool diffuusselt punetama, mis laienes täiesti erüsiipeli taoliselt, kuid röntgenravi andis siin häid tagajärgi, — punetus kadus, haige tundis ennast hästi kuni septembruuni 1929. a., s. o. 4 a. peale esimest lõikust; siis aga hakkas haigel jõud kaduma, tuli üldine kaheksia ja kõha. Röntgeniga järele vaadates leidsid metastaasid kopsus.

Teine juht sellevastu, kus 42-aastaselt naisel tehti 4 aasta eest *amputatio mammae* paremal poolel ja leiti *ca. medullare*, et ka vasemal pool aksillaar-mahlanäärmed olid suurenenud, kõrvaldati ka need ja leiti sedasama tüüpi kartsinoom. Haigel soovitati ka vasem rind lasta amputeerida, millega aga viimane ei olnud nõus, vaid ainult röntgeniga arstis, ja kuni 15. jaanuarini 1930. a. tundis ennast täiesti tervena.

1927. aastast peale on II haavakliinikus peaaegu kõik häiged peale rinnanäärme-kartsinoomi operatsiooni veel röntgeniga ravitud, ja peab ütleva, et nendest on kõigest kolmel juhul retsidiivid leitud, ühel 7 kuu, kahel 13 kuu pärast. Üks surnud õnnetut surma, kahelt puuduvad andmed, ülejäänud on seniajani vabad retsidiivist. Paremaid resultate tuleb just profülaktilise röntgenravi arvele panna.

Hintze kirjeldab Bier'i kliinikust 834 nisavähi juhtu, kelledest 1) osa (20% raskemal juhtudel) peale kirurgilise ravi veel profülaktiliselt röntgenikiirtega raviti, kuna ülejäänud ainult kirurgiliselt raviti. Autor leidis, et resultaadid neil, keda pärast operatsiooni veel kiirtega raviti, olid ligi 50% paremad ja nimelt, et neist oli veel elus peale 3 aasta 69,3%, 5 aasta 55,9%, 10 aasta 33,0% ja 14 aasta 29,2%. Vastavad arvud ilma röntgen-järeleva ravita osutusid järgmisiks: 3 aasta järel 51,3%, 5 aasta pärast 35%, 10 aasta pärast 20,8% ja 14 aasta pärast ainult 15,3%. Samasugused andmed sai H. Iselin juba 1928. a. Baaseli kliinikus Helveetsias. Samu resultate on paljud teisedki autorid saanud. Kui veel 1926. a. Saksa- ja ka Inglismaal 50% kliinikuist peale nisa amputatsiooni kartsinoomi puhul röntgenjäreleva ravi ei pooldanud, on käesoleval ajal viimaste arv märksa vähenenud. Ülaloodud andmeid arvesse võttes tuleks ka meil peale nisavähi amputatsiooni haigeile soovitada röntgenravi, sest siseorganite ja vere muutused röntgenikiirtega ravimisel ei tule korraliku tehnika ja uuemate aparatidega arvesse.

Et mammakartsinoomi puhul kirurgiliselt häid tagajärgi saavutada, on tarvis, et häiged tuleksid võimalikult vara kliinikusse; selleks on väga soovitav,

et arstid iseäranis maal oma ümbruskonnas populaarteaduslikke loenguid peaksid tervishoiu alalt, kus kartsinoomi küsimus leiaks valgustust. Viimase ülesande läbiviimiseks peaksid arste maal energilisemalt toetama asutised, kel- lede ülesandeks rahva tervishoiu eest hoolitsemine.

Oleks soovitatav, et riik aitaks aineliselt selleks omalt poolt kaasa, nagu teevad seda eraseltsid, Punane Rist, tuberkuloosi vastu võitlemise seltsid ja teised seltsid tuberkuloosi haigete suhtes. Kuigi me sellega vähiprobleemi ei suuda lahendada, kuid paljude kannatusi küll vähendaksime; pealegi ei tooks see ühiskonnale ülepääsmatuid raskusi, sest töövõimetuid, nende seas ka suur hulk kartsinoomihaigeid, peab ühiskond niikuinii toetama mitmesuguste pensionide ja abirahade näol, sest mida hiljem abi tuleb, seda kauemini peab ta kestma ja kartsinoomi puhul, mida enam ei saa kirurgiliselt kõrvaldada, kuni surmani, mis aga, nagu eelpool tähendatud, ennast kaua laseb oodata. Kui aga vastav abi tuleks õigel ajal, suudetak스 päästa nii mõnigi tööjõuline ja ühiskonnale kasulik inimene.

### Kirjandus.

Anschtütz: Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 139, H. 1, 25—27; 50—55. — Berven, E.: Heyman, L., Thoreus, R. Acta radiol. (Stockholm) 10—30—35. 1929. — Bucholz: Strahlentherapie 1928, 29, lk. 698—706. — Ceelen, W.: Der Chirurg, 1929, lk. 1001—1008. — Hintze, A.: Klin. Wschr. 1929, nr. 14, lk. 644. 1930, nr. 6, lk. 264. — Greenough: Robert, B. Americ. Journ. of roentgenol. and radium therapy 1926, Bd. 16, nr. 51, 439—443. — Simpson: Burton T. 1926, lk. 431—439. — Iselin, H.: Schweiz. med. Wschr. 1928, II, 693. — Klose, H.: Die Chirurgie 1926, 3, lk. 130—180. — Kopp, J. G.: Acta Chirurgica Scandinavica 1927, Bd. LXII, lk. 115—132. — Land a, M.: Žurnal' sovremennoi chirurgi, lk. 635. — Martin, B.: Zentralblatt für Chirurgie 1930, nr. 3. — Neugebauer: Ergebnisse der Chirurgie u. Orthopädie, lk. 255—307. — Perthes, G.: Zbl. f. Chirurgie 1928, nr. 25, 61—64. — Stieda, Plücker, Lotsch, Hayward: Z. f. Ch. 1928, nr. 17, lk. 1040—1043, 1053—1055. — Strauss, O.: Medicinische Klinik 1930, nr. 1, lk. 24—27 ja nr. 2, lk. 61—64. — Sluys, F.: Le scalpel 1929, lk. 281—300. — W y n e n: Münch. med. Wschr. 1927, nr. 8, lk. 357.

