

## STĂRILE PRECANCEROASE ALE PIELII

G. Incze

Cel mai important domeniu de activitate al medicinei socialiste este profilaxia. Insemnătatea profilaxiei devine deosebit de evidentă mai ales în combaterea acelor boli, al căror pronostic este determinat, în primul rînd, de stabilirea unui diagnostic precoce. Această constatare este cu atît mai valabilă în cazul cancerului, cu cît din cauza incertitudinii etiopatogeniei, premiza unui tratament eficient în această afecţiune este depistarea ei într-o fază timpurie.

Astăzi în vindecarea cancerului se pot obţine succese încurajatoare. Atitudinea optimistă în această problemă este îndreptăţită înainte de toate de rezultatele obţinute în terapia cancerului cutanat. Şi observaţiile noastre ilustrează că cancerulele pielii diagnosticate şi tratate la timp se vindecă în proporţie de 100%.

Din nenorocire însă practica medicală arată că mulţi dintre bolnavi se prezintă la consultaţi numai atunci cînd vindecarea este imposibilă, sau dacă e posibilă, ea

se poate obține numai cu prețul unor intervenții mutilante. Acest fapt ne avertizează să acordăm o atenție mai mare decelării precoce a bolii canceroase.

M.S.P.S. a elaborat o serie de măsuri tehnico-organizatorice deosebit de eficiente pentru combaterea cancerului. În lucrarea de față dorim să contribuim la elucidarea unor aspecte practice în legătură cu una din cele mai importante probleme ale diagnosticului precoce, și anume — problema noțiunii și a substratului clinic al stărilor precanceroase.

Soarta bolnavului de cancer depinde deseori de primul medic la care se prezintă. Descoperirea cancerului este îngreunată nu numai de cunoștințele oncologice insuficiente ale medicului practician, ci și de faptul că în faza inițială boala aceasta prezintă simptome greu de observat. În ceea ce privește diagnosticul precoce al cancerului pielii situația este mai favorabilă, deoarece țesutul cutanat este mai ușor accesibil și poate fi mai bine investigat prin procedeele de examinare, astfel încât stabilirea diagnosticului nu întâmpină greutăți deosebite.

În combaterea cancerului cutanat, cunoașterea stărilor așa-numite precanceroase este de un mare ajutor. Expresia de stare precanceroasă a fost folosită pentru întâia oară de *Babeș* în 1886. Mai târziu, stările care preced apariția cancerului au fost numite în mod diferit (stări precanceroase, preneoplazice, preblastomatoase, etc.). După unii autori cancerul cutanat poate să apară și pe o piele sănătoasă; după alții însă apariția lui este precedată, cel puțin în marea majoritate a cazurilor, de stări precanceroase. S-a adoptat părerea că stările precanceroase constituie o anumită fază de dezvoltare a unor afecțiuni cutanate, a căror degenerare este prea frecventă pentru a putea fi considerată incidentală. Astfel stare precanceroasă este de exemplu nu radiodermatita, ci partea de proliferare excesivă declanșată în interesul regenerării (*Bloch și Schurch*). *Larinov* susține că apariția cancerului este precedată întotdeauna de o stare precanceroasă.

Din punct de vedere morfologic pare justă constatarea că nu există stări precanceroase specifice. Modificările histologice care pot fi puse în evidență în unele cazuri precarcinomatoase (ca de exemplu proliferarea epitelială, agitația epitelială, numărul mare al mitozelor, diversitatea celulelor și nucleilor celulari) trebuie considerate doar simptome care trezesc suspiciunea de cancer. În nici un caz pe baza prezenței lor nu se poate stabili cu certitudine un diagnostic de cancer.

Cu toate că și examinările biochimice pun în evidență numeroase modificări survenite în metabolismul celular al precarcinomelor (înmulțirea fosfatazelor, activitatea dehidrogenazei, diminuarea conținutului în acid dezoxiribonucleic al pielii degenerate și modificarea conținutului ei în glicogen, tulburări survenite în metabolismul hidraților de carbon, al proteinelor și al grăsimilor), totuși nici prezența acestor fenomene nu este decisivă pentru stabilirea malignității.

În ciuda faptului că nici actualele metode de examinare nu sînt suficiente pentru depistarea fazei de debut a degenerescenței maligne, totuși unii autori considera important să se păstreze noțiunea de stări precanceroase, deoarece aceasta constituie un ajutor în activitatea medicală profilactică.

Pe baza cunoștințelor actuale de fiziopatologie se poate presupune că stările precanceroase nu sînt simple leziuni sau modificări locale. Numeroși factori (ereditari, endocrini etc.) creează condiții prielnice pentru apariția structurii tumorilor maligne. În acest proces în afară de prezența presupusă a virusurilor, au un rol și factorii externi (alimentație, noxe profesionale, raze ionizante, etc.). Rezultă prin urmare că e nevoie de acțiunea concomitentă a mai multor factori pentru ca o anumită modificare să se malignizeze.

Numeroase boli au fost enumerate în categoria stărilor precanceroase. Potrivit părerii lui *Darier* și *Ménétier*, numai frecvența producerii cancerului sau datele statistice pot elucida problema dacă o anumită afecțiune are sau nu caracter precanceros.

*Steamler* deosebește două feluri de stări precanceroase: stări precanceroase obligatorii care duc în mod aproape sigur la malignizare — și stări facultative în care malignizarea se produce într-o proporție redusă.

Se mai cunosc numeroase alte clasificări. Intrucît noi nu luăm poziție în această problemă, ne vom ocupa numai de stările precanceroase mai frecvente, enumerate în ordinul M.S.P.S., insistînd asupra celor mai recente date referitoare la incidența și tratamentul lor.

*Lupus tuberculos*. Fiind o boală cunoscută nu-i vom face descrierea clinică și nu ne vom ocupa de terapia ei. Potrivit datelor statistice publicate de *Simon* și *Csóka*, malignizarea se produce în 8,1% a cazurilor. Apariția cancerului survine numai după o prezență îndelungată a procesului (în medie 24 de ani). Se pare că de cînd în tratamentul tuberculozei cutanate nu se mai aplică vechile medicamente și metode caustice, malignizarea se produce mai rar. Este însă interesant să amintim constatarea lui *Pompe*, după care începînd de la utilizarea hidrazidei malignizarea a crescut de la 0,5% 4,6%. *Ujváry* și *Kiss* atribuie faptul nu efectului cancerigen al hidrazidei, ci susțin că acest medicament nu protejează cicatricea consecutivă lupusului, de riscul malignizării. Potrivit observațiilor lor, epiteliomul apare pe acea parte a cicatricii postlezionale unde agitația epitelială e pronunțată (excoriație, descumare, proliferare verucoasă, fenomene eczematoase). În astfel de cazuri, bolnavul trebuie internat imediat într-un institut de oncologie.

*Malignizarea nevilor și a tumorilor benigne* este în primul rînd consecința unei iritații cronice. În ceea ce privește pericolul de degenerare canceroasă trebuie luați în considerare mai ales nevi pigmentați, expuși traumatismelor. Trebuie să subliniem că deseori dezvoltarea melanomului malign este precedată de extirparea chirurgicală a nevilor. Tocmai de aceea *Ujváry*, *Krepsz* și alți autori susțin că în caz de extirpare a nevilor pigmentați, fie din motive estetice, fie în vederea înlăturării pericolului traumatismului, este necesar să se efectueze o electrocoagulare sau terapie Chaoul.

Creдем că nu este lipsit de interes să menționăm că în materialul nostru melanoamele localizate pe membrele inferioare au avut o evoluție mai benignă. Dintre cei 15 bolnavi ținuți în evidență, au rămas în viață numai 2, primul 2 ani, iar al doilea 3 ani, la care leziunile au fost localizate pe partea superioară a dosului piciorului sau pe gambă, cu toate că ambele cazuri au prezentat metastaze în ganglionii limfatici regionali

Trebuie să amintim în mod special așa-numita *melanoză circumscrisă Debreuhl* care este o variantă a nevelului pigmentat tardiv. Cu toate că poate degenera malign, totuși denumirea de lentigo malign dată de majoritatea autorilor nu pare a fi justificată, deoarece cele mai multe melanoame Debreuhl nu se malignizează.

*In caz de pericol de malignizare*, problemă asupra căreia vom reveni mai târziu, neînstituirea imediată a tratamentului (electrotomie terapie Chaoul) se consideră o gravă eroare medicală.

*Papiloamele* (condilomul acuminat) sînt excrescențe cauzate de un virus filtrabil. Condilomul acuminat sau creasta de cocoș este formată din elemente moi, pediculate, roze sau albăstrui-roșii, care uneori alcătuiesc grupuri masive în formă de conopidă, atît pe organele genitale cît și în regiunile învecinate. Aceste formațiuni care cresc repede, se transformă după ce se usucă, în tumori consistente de culoare albă-cenușie. În asfel de cazuri, fenomenele cutanate prezintă asemănări cu verucile papilomatoase care apar pe față și pe pielea păroasă a capului. Forma infiltrativă a condilomului proliferază profund în țesuturi și, în cazuri foarte rare, se malignizează. Se obțin rezultate bune prin badijonarea focarelor cu ulei de podofilină 25%, sub protecția pielii indemne. În cazuri de infiltrație profundă este justificată röntgen-terapia.

*Radiodermitele profesionale și cronice.* Aplicarea timp mai îndelungat a unei röntgenterapii supradozate, la atrofii cicatriciale, tulburări de pigmentare și teleangiectazii, provoacă după o perioadă mai lungă leziuni asemănătoare cu keratomul senil. Acesta se transformă deseori în cancer spino-celular. *Saunders* și *Montgomery*, urmărind 259 de cazuri de radiodermite cronice, au observat malignizare în 19%, iar *Telch* din 121 de cazuri a observat aceeași degenerare în 28%.

Se presupune că aici nu este vorba despre o acțiune cancerogenă directă a razelor röntgen, ci despre faptul că ulcerile cronice, atrofia și verucile cornoase cutanate aparute ca urmare a supradozării se malignizează. Azi, datorită unei dozări mai precise a razelor și mijloacelor de protecție eficiente, numărul radiodermitelor este în continuă scădere. În cazuri grave este indicat să se procedeze la extirparea radicală „in toto” a leziunilor verucoase ulcerate, efectuîndu-se pe urmă grefe cutanate. Uneori electrocoagularea și radium-terapia dau rezultate bune. Recent sînt relatate rezultate încurajatoare, obținute prin ultrasunet și extracte de placentă.

*Cornul cutanat* apare deseori pe fondul unui keratom senil, dar și pe o piele cu aspect sănătos. El nu manifestă nici o predilecție în ceea ce privește localizarea. *Venkey* apreciază la 9,6% frecvența malignizării, după alți autori această frecvență este și mai ridicată.

Tratamentul este chirurgical. În cazuri suspecte de cancer este recomandabil să se facă electrocoagulare sau să se aplice radioterapie în urma rezultatului examenului histologic.

*Cicatrice Cheloide.* Pe cicatricile atrofice sau hipertrofice apar sub efectul unor excitații permanente (inflamații, scărpinături, escoriații, acțiunea unor substanțe chimice etc.) ulceratii rebele care se transformă în cancer. Mai cu seamă cicatricile consecutive arsurilor de gradul III constituie stări precanceroase și în primul rînd acelea care îm-

pedică mișcarea articulațiilor. După *Borges* pronosticul nu depinde de vîrsta bolnavului, ci de timpul cînd a apărut cicatricea. *Treves* și *Pack* afirmă că cancerule dezvoltate pe cicatrici de arsuri superficiale sînt de tip basocelular. *Kawamura* urmărind 112 cazuri de epiteliom a constatat că 26,7% au fost cauzate de arsuri. Pentru prevenirea malignizării este recomandabilă că în cazul unor cicatrici extinse și contractile să se efectueze operație plastică. Cheloidul este un țesut neformat, proeminent, dar cu o suprafață netedă, care apare în urma traumatismelor și se localizează de predilecție în regiunea gîtului, pe torace, pe ceafă, pe spate sau pe membre. Deseori suprafața acestei leziuni prezintă un desen în formă de crengi de copac, sau alteori se ramifică ca brațele unor clește de rac. Focarele crescînd pot să acopere mari suprafețe de piele. Roentgen-terapia și radiu-terapia dau rezultate bune.

Unele afecțiuni cutanate se află într-o legătură atît de strînsă cu cancerul, încît este aproape imposibil să se stabilească o limită intermediară între starea precancerosă și starea cancerosă. Unii autori înșiră imbolnăvirile de mai jos în categoria cancerelor intraepiteliale.

*Boala Bowen* apare la o vîrstă mai înaintată în orice regiune a pielii, ba uneori și pe mucoase. Leziunile sînt localizate, grupate mai ales în focare mărunte, prezentînd o infiltrație foarte discretă ușor proeminentă față de pielea învecinată. Focarele net delimitate au o culoare roșietică și se descuamează lamelar. Timp de 5—10 ani rămîn invariabile, pentru ca apoi să înceapă brusc să se înmulțească, să prolifereze și să se ulcereze. Boala Bowen se tratează prin electrocoagulare profundă și largă, iar dacă această metodă nu este aplicabilă trebuie utilizată radioterapia.

*Eritroplasia Ouerlyat* reprezintă acea formă a bolii Bowen care apare pe mucoase. De cele mai multe ori survine pe glans, pe prepuț, pe mucoasa vulvei și pe buze. Această formație cu marginile net circumscrise și de formă neregulată avînd o suprafață netedă, o strălucire catifelată sau lucioasă umedă și roșie este puțin mai consistentă decît regiunea învecinată. Uneori cauzează prurit. După un anumit timp marginile ei devin proeminente și se infiltrază superficial, apoi se ulcerează și se malignizează. Cele mai bune rezultate se obțin printr-o largă excizie prematură a focarului sau cu electrocoagulare.

*Boala Paget* apare în majoritatea cazurilor pe sîni, la femeile trecute de 40 de ani. Prezența ei extramamară este foarte rară. La început formațiunea este circumscrisă, net delimitată, de culoare roșie, prezentînd aspecte similare unei eczeme ușor zemuindă, fiind mai consistentă decît regiunea învecinată și acoperită pe alocuri cu cruste. În interval de cîteva luni sau de cîteva ani ajunge la mărimea unei palme, mamelonul se retractează și devine verucosă. Sînt caracteristice sîngerarea, iridarea moderată, unilateralitatea leziunilor și caracterul cronic al procesului. De la apariția primelor simptome pînă la instalarea cancerului trec 2—10 ani. În ceea ce privește tratamentul părerile diferă. Unii autori se mulțumesc cu extirparea circumscrisă a formațiunii, în timp ce alții recomandă îndepărtarea întregului sin împreună cu ganglionii limfatici respectivi. Noi credem că în toate cazurile acest procedeu este cel mai adecvat.

*Keratoza senilă*, este o boală care apare mai ales la bătrînețe și cu deosebire la persoanele cu o pigmentație deschisă (*Puente*). Boala apare numai pe suprafețele de piele neacoperite, sub forma unor leziuni cenușii, plate și acoperite de elemente cornoase, care nu pot fi decît greu detașate. Prezintă o tendință evidentă la malignizare, (*Van der Meyren* dă o proporție de 31%). În caz de inflamație sau ulcerare se poate efectua un

examen histologic, dar în absența unei suspiciuni întemeiate, nu trebuie să grăbim intervenția chirurgicală. Îndepărtarea se face prin electroto- mie.

**Leucoplazia.** Este o leziune ușor infiltrată de culoare albastră-cenu- șie, albă sau sidemie, localizându-se pe roșeața buzelor, pe mucoasa bu- cală sau pe limbă. La femei se constată deseori pe partea anterioară și posterioară a organelor genitale externe și mai ales pe partea vaginală a uterului. La bărbați se observă pe foia internă a prepuțului și pe glans. Suprafața leucoplaziei este uneori brăzdată de șanțuri, altele hiperkera- totică sau chiar verucoasă; în unele cazuri leucoplazia poate să crape și să se ulcereze. În caz de ulcerare suspectăm prezența malignizării.

Se pare că curentul galvanic ce se produce sub acțiunea protezelor dentare are un rol important în apariția bolii (*Melcer și Kiss*). Drept cauză declanșatoare sînt menționate leziunile pricinuite de o dentiție de- fectuoasă, consumarea excesivă de alcool și de mâncăruri exagerat con- dimentate, precum și inflamațiile cronice ale mucoasei bucale. Leucopla- ziiile pot să se malignizeze într-o proporție de 15—30%.

Leucoplazia vulvei sau a pensului este cauzată la leziunile infla- matoare locale sau de substanțele iritante. *Langley* susține că leucopla- zia precede cancerul în medie cu 11,6 ani.

Din punct de vedere terapeutic este important să se înlăture factorii de iritație locală (adică corectarea dinților, renunțarea la fumat), iar în formele mai grave se impune intervenție chirurgicală sau electrocoa- gularea.

**Kraurorisul vulvei și a penisului.** Este atrofia sclerotică progresivă a organelor genitale, în cursul căreia epiteliul se aplatinează, devine ne- ted, uscat și rigid. La femei orificiul vaginal se îngustează mult. În etio- patogenia acestei afecțiuni se acordă o importanță principală, factorilor hormonal (ovarelor, testiculelor) infecțiilor și scurgerilor. *Kraurorisul* bărbaților poate fi considerată un sindrom provocat de diferiți factori (balanite repetate, sclerodermie, lichen plan, balanită xerotică obliterantă Sühmer consecutivă circumciziei).

Tratamentul ce se aplică este mai cu seamă hormonal. Sînt rela- tate rezultate bune după administrarea în doze masive a vitamine- lor A, PP și E. În afară de aceasta la nevoie se efectuează criocauteri- zare sau electrocoagulare.

**Xeroderma pigmentosum** este o boală fotodinamică congenitală. De obicei se malignizează. În apariția acestei boli se acordă un rol impor- tant razelor ultraviolete, cu toate că nu poate fi tăgăduit nici rolul altor factori (razele röntgen, boli infecto-contagioase, ca tifosul exantematic, rujeola). Afecțiunea debutează în prima copilărie. De obicei la sfîrșitul primului an de viață apare o roșeață și tumefacție cu marginile estom- pate, șterse. După dispariția acestora, rămîne o pigmentație. În al treie- lea sau al patrulea an de viață apar pete pistruiate, dilatații capilare și atrofie. Pe teritoriile expuse acțiunii luminii apar formații verucoase, dintre care unele proliferază și mai tirziu se ulcerează. După un timp mai mult sau mai puțin îndelungat, aceste ulcerații se malignizează, iar bolnavul decedează în majoritatea cazurilor încă înainte de a ajunge vîrsta adultă. Ca tratament se recomandă evitarea acțiunii persistente a luminii solare și extirparea formațiilor verucoase (prin electrocoa- gulare, zăpada de carbon, röntgen, radium).

*Printre inflamațiile cronice* menționate de M.S.P.S. figurează *ulcerul crural varicos*. Cu toate că malignizarea lui este destul de rară, trebuie să ne gândim totuși la această posibilitate în interesul stabilirii precoce a diagnosticului de cancer. *Gotton* accentuează că o iritație persistentă și o regenerare patologică pot să provoace apariția cancerului mai ales cînd irigația sanguină a mezenchimului nu este suficientă. *Pavlov* susține că inflamațiile locale cronice sînt expresia unei inerții patologice a organismului întreg. Această stare survine sub acțiunea unor iritații locale de lungă durată, ca urmare a reflexelor patologice. Cînd se suspectează prezența malignizării e bine să se efectueze examen histopatologic și în funcție de rezultatul acestuia să se aplice radium- sau röntgenterapie.

*Cheilita descuamativă*. Este o denumire prin care înțelegem inflamațiile exfoliative ale buzelor, consecutive proceselor inflamatorii care se produc sub acțiunea traumatismelor (mecanice, termice, sub efectul razelor solare, razelor ultraviolete, razelor röntgen); malignizarea lor este precedată de obicei de apariția leucoplaziei.

*Cheilita glandulară* este o boală a vîrstei tinere. În etiopatogenia ei figurează aceiași factori pe care i-am amintit și la boala anterioară, dar trebuie să subliniem că aici primele simptome apar în orificiul canalelor secretoare ale glandelor salivare ectopice. În lipsa unor date statistice bazate pe un material clinic vast, nu se poate preciza frecvența malignizării acestei afecțiuni. Ca tratament se utilizează substanțe dezinfectante, preparate de ihtiol și gudron administrarea vitaminelor B ( $B_1$ ,  $B_2$ ,  $B_{12}$ -B complex). În cazuri de leziuni care prezintă aspectul leucoplaziei se recomandă electrocoagulare și röntgenterapie în vederea prevenirii cancerului spinocelular.

În afară de afecțiunile menționate, printre stările precanceroase sînt amintite încă multe boli, de care noi nu ne putem ocupa, date fiind dimensiunile reduse ale acestei lucrări. Amintim doar epidermo-displasia veruciformă, acantosis nigricans, lichenul ruber plan, psoriazisul, veruca vulgară și micozisul fungoid, care însă practic nu prezintă decît o importanță minimă.

Din cele de mai sus rezultă că apariția cancerului, cel puțin într-o anumită parte a cazurilor, este precedată de stări precanceroase care pot fi puse clinic în evidență. Cunoașterea posibilității malignizării constituie un ajutor serios în profilaxia cancerului.

Planul tehnic-organizatoric care completează dispozițiile nr. 1269/1960 ale M.S.P.S. (Buletinul Ministerului Sănătății și Prevederilor Sociale, 8—9, 1961) descrie amănunțit obligațiile medicilor de policlinică și spital în combaterea cancerului. În cele ce urmează, vom spune cîteva cuvinte despre rolul medicului practician în profilaxia cancerului.

*Petrov* constată cu multă justețe că bolnavul care suferă de cancer sau de stări precanceroase se prezintă mai întîi la medicul de circumscripție și soarta lui depinde în mare măsură de aprecierea judicioasă a fazei în care se găsește boala. Dacă luăm în considerare numărul mare de bolnavi care se prezintă la medicii de întreprindere și de circumscripție din cauza celor mai diferite afecțiuni, vom înțelege cu ușurință marelui ajutor pe care îl poate da medicul practician în decelarea stărilor precanceroase, evident dacă el cunoaște și apreciază importanța acestor

stări. Datele statistice publicate și *Várterész* și *Genes* arată că în 33% a cazurilor medicii sînt responsabili pentru neglijarea cancerelor cutanate. Medicul practician, apelînd la ajutorul secțiilor oncologice și de alte specialități, poate preveni neglijarea stărilor precanceroase.

Asistența sistematică a acestor stări impune o dispensarizare regulată pe care o asigură policlinicile. Ajutorul acestora este cu atît mai necesar, cu cît trebuie să știm că dispensarea și vindecarea stărilor precanceroase dau cele mai bune rezultate în profilaxia cancerului.

O altă modalitate prin care medicul practician poate contribui efectiv la profilaxia cancerului este organizarea unei acțiuni de educație sanitară. Trebuie să se combată cu orice preț cancerofobia, insistîndu-se însă în același timp asupra necesității ca în cazuri de boli cutanate cronice greu vindecabile, bolnavii să se prezinte la medicul specialist. Din acest punct de vedere o sarcină de deosebită importanță revine medicilor din mediul rural, dat fiind faptul că pe de o parte majoritatea bolnavilor de cancer cutanat se recrutează din rîndurile muncitorilor agricoli, iar pe de altă parte fiindcă tocmai personale din mediul rural au obiceiul de a se prezenta la medic într-o fază avansată a afecțiunii.

În domeniul asistenței medicale medicul practician poate acorda cel mai real ajutor, convingînd bolnavii de necesitatea asistenței, dispensarizării.

Vindecarea stărilor precanceroase și a cancerului este o atribuție care intră necondiționat în sfera de atribuții a medicului de specialitate. Expunerea succintă a procedeelelor terapeutice nu poate urmări decît scopul de a ne orienta asupra posibilităților actuale și nu constituie în nici un caz o stimulare inutilă pentru dispensarele care nu dispun de aparatură și experiență suficientă.

În partea introductivă am menționat că stările precanceroase ale pielii sînt fazele de dezvoltare ale anumitor afecțiuni cutanate bine cunoscute. În marea majoritate a cazurilor, aceste boli nu se transformă în cancer. Dacă se asigură un control și un tratament adecvat, bolnavul are toate șansele să se vindece. Sînt pe de altă parte și semne care atrag atenția asupra pericolului malignizării. Astfel de semne sînt, de exemplu, creșterea, tumefierea sau ulcerarea bruscă a unor leziuni cutanate în stare de acalmie pînă atunci, sau apariția durerii și a sîngerărilor. În cazul nevilor, înmulțirea pigmentilor și colorația inegală sau paloarea pigmentației atrag atenția asupra pericolului. Prezența acestor semne justifică efectuarea unui examen urgent și intervenția indicată. Întrucît în marea majoritate a cazurilor semnele clinice observabile nu trădează apariția cancerului sau cu alte cuvinte prin mijloacele noastre actuale nu putem stabili în mod precis începutul malignizării, medicul lucrării noastre a fost tocmai acela de a sublinia importanța acestui fapt, contribuind astfel la profilaxia cancerului și la instituirea unui tratament de specialitate din timp.

Diagnosticul și tratamentul stărilor precanceroase necesită o strînsă colaborare între diferitele specialități medicale.

*Sosit la redacție: 31 ianuarie 1962.*