

NOȚIUNEA DE CANCER PRECLINIC

I. Bige, F. Gyergyay, Gy. Csató

În ultimii 15 ani au apărut studii din ce în ce mai numeroase consacrate importanței cancerului preclinic al colului uterin.

Această denumire a fost dată de *Ayre*, după care cancerul preclinic reprezintă forma inițială a stadiului „O”, a microcarcinomului și a stadiului I. Aceleași leziuni au fost numite de *Jung* carcinom precoce, de *Haupt* carcinom latent iar de *Maiewski* cancer asimptomatic.

Schinz și *Uehlinger* trec microcarcinomul în stadiul „O”, iar *Maiewski* în stadiul I („stadiul micro I”). Numeroși autori semnalează anumite faze intermediare între diferitele leziuni. *Moricard*, luînd drept bază cantitatea și calitatea proceselor mitotice, consideră că stadiul „O” constituie o variantă mai gravă a epitelului atipic. La fel și *Meyer* crede că formele grave atipice aparțin stadiului „O” (*Mikulitz*, *Blanchard*). *Nemes*, *Farkas* susțin că limitele dintre stadiul „O” și microcarcinom se estompează, ca urmare a invaziilor glandulare.

Rezultă prin urmare că între epitelul atipic („gesteigerte Atypie”), cancerul intraepitelial, microcarcinom și chiar formele inițiale ale stadiului I, există nume-

roase faze de tranziție. Faptul acesta a determinat pe mulți autori să propună noi noțiuni și clasificări. Noi considerăm că sînt judicioase toate încercările destinate să diferențieze cancerele asimptomatice din punct de vedere clinic. (Ayre, Jung, Haupt, Maiewski).

Aceste încercări au meritul de a contribui la înlăturarea greutăților de diagnostic, la stabilirea pronosticului, precum și la instituirea unui tratament indicat. Ele sînt cu atît mai bine venite și mai salutare, cu cît asimptomatologia clinică înseamnă un mare pericol pentru bolnave, deoarece ea poate induce în eroare pe medic, în cazul în care acesta nu se gîndește la posibilitatea prezenței unui cancer. Or, această eroare poate fi fatală pentru bolnave. În caz contrar însă, aplicînd un tratament indicat, se obține vindecarea. Tocmai de aceea, decelarea cancerului asimptomatic este extraordinar de importantă. În astfel de împrejurări se observă cu ochiul liber leziuni care par inofensive în majoritatea cazurilor („eritroplazie” etc.) În faza următoare, examenul se va efectua la ambulanța așa-zisă precanceroasă, unde se vor face investigații colposcopice și citologice.

Colposcopia ca metodă de examinare ce se situează la mijlocul examinărilor macroscopice și microscopice, reprezintă în ea însăși o indicație valoroasă. Clinicianul cu experiență, capabil să interpreteze gravitatea modificărilor patologice de la suprafața epitelului, va descoperi de cele mai multe ori chiar în cursul acestei examinări cancerul preclinic. Importanța practică a acestei metode constă în faptul că, în caz de diagnostic colposcopic, investigațiile ulterioare pot fi efectuate fără nici o întîrziere. Aici enumerăm cele trei grupe ale clasificării colposcopice (tabelul nr. 1): modificări epiteliale patologice grave, cancer superficial și cancer invaziv incipient, (Obs. și Ginec. 1962, I). Examinările noastre histologice anterioare au arătat că de cele mai multe ori cazurile de cancer intraepitelial și invaziv incipient s-au recutat în primul rînd din grupele cu diagnostic colposcopic. (Obst. și Ginec. 1962, IV). Desigur că am efectuat și identificarea histologică a modificărilor care fac parte din alte grupe ale epitelului patologic, dar trebuie să subliniem că, în ceea ce privește urgența, prioritatea revine cancerelor preclinice.

Tabelul nr. 2.
Epiteliul patologic și cancerul de col uterin

Epiteliu patologic	Simb. I.	Epiteliu anormal (Simbolul I) superficial (Simbolul I/a) suprapapilar (Simbolul I/b) interpapilar (Simbolul I/c) intraglandular	Precancer
	Simb. II.	Epiteliu agitat (hiperactiv) (Simbolul II) superficial (Simbolul II a) suprapapilar (Simbolul II/b) interpapilar (Simbolul II,c) intraglandular	
	Simb. III.	Epiteliu atipic (Simbolul III) superficial (Simbolul III/a) suprapapilar (Simbolul III/b) interpapilar (Simbolul III c) intraglandular	
Cancer	Stad. 0.	Cancer intraepitelial	Cancer preclinic
	Stad. I.	Cancer invaziv incipient (polul inferior mm)	
		Cancer invaziv progresiv	Cancer clinic

Dacă punem în evidență leziuni canceroase ce apar histologic intraepitelial, efectuăm amputare de col și în continuare examinăm în cupe seriate preparatele. Cînd se observă chiar și cel mai discret semn de invazie, trebuie să facem examenul histologic al întregului uter și al regiunilor învecinate. Rezultatul examenului histologic și diagnosticul trebuie să oglîndească în mod fidel gravitatea leziunii, forma și extinderea ei, deoarece numai astfel putem face față celor mai moderne principii de terapie.

Bazîndu-ne pe aceste fapte, în practica noastră clinică am folosit o clasificare histologică al cărei merit este acela de a lua în considerare atît criteriile medicului practician, cît și ale histopatologului (Tabelul nr. 2).

În afară de determinarea precisă a gradului de gravitate, clinicianul dorește să cunoască structura tisulară a desenului de la suprafață și să descopere relațiile necesare existente. Pe de altă parte, histologul este chemat să pună în evidență semnele tisulare ale malignizării, în afară de explicarea leziunilor văzute de clinician. De aceea, clasificarea histologică utilizată în practică conține nu numai gradele de gravitate ale epitelului patologic acceptate pe scară internațională (Müller—Glatthar), ci și simbolurile întrebunțate de *Hinselmann* pentru a indica extinderea procesului. *Această clasificare enumeră în categoria cancerului preclinic carcinomul intraepitelial, forma invasică incipientă, precum și toate formele cancerului invasiv care prezintă la simplul examen clinic aspecte inofensive pe suprafața colului uterin.*

În ce ne privește nu considerăm microcancerul ca un stadiu separat, deoarece:

1. — Oricît de minimă ar fi invazia, ea poate cauza diseminare (*Schmidt și Elmendorff*) sau o penetrație în vasele limfatice (v. microfotografiile lui *Mestwerdt*: Atlas; p. 102 nr. 45 și p. 116 nr. 62). Din gravitatea anaplaziei putem deduce viteza procesului invasiv, dar un răspuns definitiv nu se poate da decît după investigarea completă a întregului uter sau cel puțin a colului. *Așa fiind, factorul hotărîtor îl constituie nu dimensiunile invaziei, cît mai ales caracterul și implicînt gravitatea leziunilor epiteliale.*

2. — Comportarea membranei bazale și a țesutului conjunctiv subepitelial este în strînsă legătură cu apariția invaziei. Observațiile făcute de *Maieuski, Mestwerdt, Iliescu* și alți autori arată că pe locul invaziei fibrele collagenului devin mai laxe, că apare o rețea argentofilă marcată etc.; sau, cu alte cuvinte, se manifestă semnele unei diminuări a apărării țesutului conjunctiv. Dar diminuarea apărării stromei, așa cum arată observațiile făcute de *Szemesi* și alții, nu este un fenomen local, ci unul care se datorește acțiunii reciproce dintre organism și tumoră. Din acest fapt rezultă constatarea că în condiții asemănătoare, invazia se poate declanșa în același organism în mai multe locuri deodată. Asupra acestui fenomen ne atrage atenția, de altfel, și proliferarea epitelului pavimentos multicentric observată de *Mestwerdt*. Intr-un astfel de focar multiplu, procesul pornit nu mai poate fi urmărit. Unele teritorii pot să scape din sfera examinată și probabil tocmai acelea în care invazia a depășit limitele microcancerului.

3. — Nu putem accepta părerea că microcancerul ar constitui un stadiu separat și din motivul că proliferarea multicentrică a epitelului poate să se extindă pe o mare suprafață a colului, astfel că denumirea de „micro“ nu mai este indicată (*Lehoczky*).

4. — În sfîrșit, nu considerăm prea fericită denumirea de microcarcinom nici din punct de vedere al conduitei terapeutice, deoarece ea determină pe clinician să interpreteze procesul cu o ușurință nejustificată (conizație, amputare de col etc.) (*Batizfalvy, Denel, Younge, Ayre, Mestwerdt*). Evident, aceasta nu înseamnă că nu acceptăm debutul invaziei. Ba dimpotrivă, acceptăm acest debut, cu atît mai mult, cu cît el este foarte accesibil examenului colposcopic și observațiile clinice (*Lehoczky*) dovedesc că și rezultatele terapeutice sînt foarte bune. Pe baza acestor considerații, noi credem că microcancerul face parte din stadiul I al cancerelor. Astfel, stadiul I se împarte în două faze: o fază inițială și alta avansată.

Faza inițială o numim cancer invasiv incipient, iar faza avansată, cancer invasiv progresiv. Potrivit clasificării noastre, cancerul invasiv incipient are dimensiuni microscopice, în cupele seriate părțile invazive care înaintază spre țesutul conjunctiv pot fi bine văzute. Aceste cancere dispun de un pol inferior (*Mestwerdt, Hinselmann, Maiewski*) a cărui distanță de la suprafață poate fi precis determinată. În felul acesta, se contribuie la ușurarea aprecierii judicioase a pronosticului și la adoptarea unei conduite terapeutice cât mai corecte. Desemnarea polului inferior înseamnă în același timp că și celelalte piese operatorii sînt complet lipsite de cancer. *In caz contrar, este vorba de un proces progresiv care trebuie apreciat mai atît din punct de vedere pronostic, cît și terapeutic.* Desigur că aceeași apreciere se va face și celorlalte leziuni care denotă o invazie în circulația limfatică sau în sînge. (fig. 1 și 2).

Noi credem că identificarea locului unde se produce invazia în membrana bazală este deseori imposibilă nu numai pentru un histolog cu experiență, ci și din considerente tehnice. Descoperirea acestui loc este importantă, în primul rînd, în cazurile de cancere intraepiteliale, deoarece ea înseamnă în același timp, încadrarea procesului în stadiul I. În caz contrar, vorbim de stadiul „0”. În schimb, invazia oriunde s-ar produce, fie cu ajutorul, fie fără ajutorul glandelor, trebuie acceptată dacă urmările ei, cuiburile de celule canceroase inclavate în țesutul conjunctiv se pot vedea bine în preparate. *De aceea considerăm că la stabilirea diagnosticului de cancer invasiv incipient este suficientă prezența cuiburilor de celule canceroase inclavate în țesutul conjunctiv sub stratul epitelial canceros intraepitelial, dacă acest fenomen prezintă aspectele de mai sus (dimensiuni microscopice, pol inferior vizibil, preparate operatorii fără celule canceroase), chiar și atunci cînd invazia în membrana bazală nu se observă.*

Acest fapt trebuie urmărit și prin măsurile practice care exclud recidivele. Măsurile ce trebuie luate respectîndu-se cu strictețe principiile generale de oncologie pot fi de două feluri: 1. — administrative organizatorice — adică bolnavele să beneficieze de tratament în cel mai scurt timp posibil — și 2. — măsuri de specialitate, adică instituirea unei conduite terapeutice care să facă față atît exigențelor ablative, cît și celor antiblastice. Luînd în considerare acest fapt, noi, în concordanță cu părerile formulate de *Treit, Limburg, Lauterwein, Trestioreanu, Dragon, Chiricuță* și alții, *apreciem principal cancerul invasiv incipient al colului în același mod ca și stadiul I.*

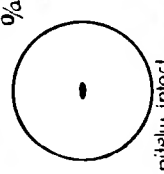

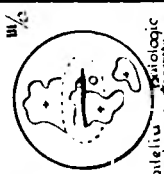


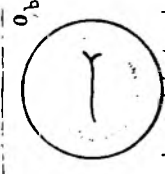


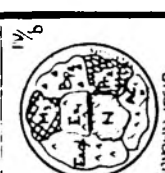
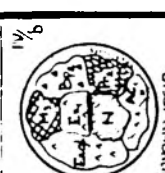
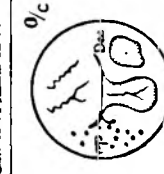
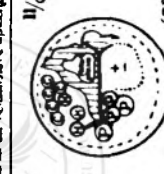
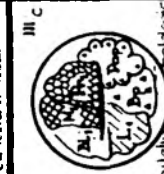


În practică însă sîntem siliți să facem anumite concesii (de ex. la femeile tinere care vor să mai aibă copii). Din nenorocire acest fapt impune o vîgilență permanentă și eventual efectuarea unei noi operații mult mai grave, iar în caz de insucces, toate riscurile ce rezultă din situația dată. Tocmai de aceea fiecare caz necesită examinări repetate și minuțioase (profundizarea polului inferior, extinderea leziunilor, vîrsta bolnavilor etc.). Alegerea conduitei judicioase nu poate fi determinată numai de dorința bolnavelor, ci mai cu seamă de conștiința răspunderii față de soarta lor viitoare.

Secția de coloscopie a Clinicii noastre, în colaborare cu Institutul de histopatologie, examinînd 4000 de femei, a diagnosticat în 5 cazuri cancer intraepitelial și în alte 15 un cancer invasiv incipient. Aceste cazuri vor fi relatate într-o lucrare viitoare.

Sosit la redacție: 5 octombrie 1963.

Bibliografie

1. AYRE, I. F. „Cancer Cytology of the Uterus”. Grune and Stratton New-York (1951);
2. AYRE, I. F. The Journ. of the Americ. Med. Association (1948). IX, 4; 3. Bige I., RONA M., NEBEL L.; M.N.L. (1959) 3/131;
4. BORST M.: Arch. Gynäk. (1934), 156, 294;
5. BRUX J., DUPRE-FROMENT J.: Gynec. et Obstetr. (1961), 59/4.

CLASIFICAREA COLPOSCOPICĂ A MODIFICĂRILOR EPITELIALE ALE COLULUI UTERIN					
GRUPA 0	GRUPA I	GRUPA II	GRUPA III	GRUPA IV	
Epiteliu sîmţial	Modificări banale	Ectoma, hiperplazie şi displazii	Displazii	Carcinome	
a	0/a 	0/a 	0/a 	0/a 	0/a 
b	0/b 	0/b 	0/b 	0/b 	0/b 
c	0/c 	0/c 	0/c 	0/c 	0/c 
<p>Modificări fiziol. hormonale</p> <p>Procese banale progresive</p> <p>Zona de remanere bipaz. (Z.R.)</p> <p>Zona de remanere unipaz. (Z.U.)</p> <p>Procese banale regresive</p> <p>Procese banale progresive</p> <p>Zona de remanere atipic (Z.A.)</p> <p>Zona de remanere atipic</p>					
1 L	Leucoplazie	7 Mz	Mozic, procarinomat	7/6	7/6
2 L	L. grosolana	8 Mz	Mozic, procarinomat	8/6	8/6
3 BL	Baza de leucopl.	9 Bp	Baza papilară	9/6	9/6
4 BL	BL atipică	10 Bp	Bp. ne-regulată	10/6	10/6
5 M	Mozic	11 Bpz	Bpz negativă (ne-mozic)	11/6	11/6
6 M	Mozic evident	12 Ex	Exofitie incipientă	12/6	12/6
7 P	Papilom atipic	13 Pa	Papilom atipic	13/6	13/6
8 P	Papilom atipic	14 Pa	Papilom atipic	14/6	14/6
9 P	Papilom atipic	15 Pa	Papilom atipic	15/6	15/6
10 P	Papilom atipic	16 Pa	Papilom atipic	16/6	16/6
11 P	Papilom atipic	17 Pa	Papilom atipic	17/6	17/6
12 P	Papilom atipic	18 Pa	Papilom atipic	18/6	18/6
13 P	Papilom atipic	19 Pa	Papilom atipic	19/6	19/6
14 P	Papilom atipic	20 Pa	Papilom atipic	20/6	20/6
15 P	Papilom atipic	21 Pa	Papilom atipic	21/6	21/6
16 P	Papilom atipic	22 Pa	Papilom atipic	22/6	22/6
17 P	Papilom atipic	23 Pa	Papilom atipic	23/6	23/6
18 P	Papilom atipic	24 Pa	Papilom atipic	24/6	24/6
19 P	Papilom atipic	25 Pa	Papilom atipic	25/6	25/6
20 P	Papilom atipic	26 Pa	Papilom atipic	26/6	26/6
21 P	Papilom atipic	27 Pa	Papilom atipic	27/6	27/6
22 P	Papilom atipic	28 Pa	Papilom atipic	28/6	28/6
23 P	Papilom atipic	29 Pa	Papilom atipic	29/6	29/6
24 P	Papilom atipic	30 Pa	Papilom atipic	30/6	30/6
25 P	Papilom atipic	31 Pa	Papilom atipic	31/6	31/6
26 P	Papilom atipic	32 Pa	Papilom atipic	32/6	32/6
27 P	Papilom atipic	33 Pa	Papilom atipic	33/6	33/6
28 P	Papilom atipic	34 Pa	Papilom atipic	34/6	34/6
29 P	Papilom atipic	35 Pa	Papilom atipic	35/6	35/6
30 P	Papilom atipic	36 Pa	Papilom atipic	36/6	36/6
31 P	Papilom atipic	37 Pa	Papilom atipic	37/6	37/6
32 P	Papilom atipic	38 Pa	Papilom atipic	38/6	38/6
33 P	Papilom atipic	39 Pa	Papilom atipic	39/6	39/6
34 P	Papilom atipic	40 Pa	Papilom atipic	40/6	40/6
35 P	Papilom atipic	41 Pa	Papilom atipic	41/6	41/6
36 P	Papilom atipic	42 Pa	Papilom atipic	42/6	42/6
37 P	Papilom atipic	43 Pa	Papilom atipic	43/6	43/6
38 P	Papilom atipic	44 Pa	Papilom atipic	44/6	44/6
39 P	Papilom atipic	45 Pa	Papilom atipic	45/6	45/6
40 P	Papilom atipic	46 Pa	Papilom atipic	46/6	46/6
41 P	Papilom atipic	47 Pa	Papilom atipic	47/6	47/6
42 P	Papilom atipic	48 Pa	Papilom atipic	48/6	48/6
43 P	Papilom atipic	49 Pa	Papilom atipic	49/6	49/6
44 P	Papilom atipic	50 Pa	Papilom atipic	50/6	50/6
45 P	Papilom atipic	51 Pa	Papilom atipic	51/6	51/6
46 P	Papilom atipic	52 Pa	Papilom atipic	52/6	52/6
47 P	Papilom atipic	53 Pa	Papilom atipic	53/6	53/6
48 P	Papilom atipic	54 Pa	Papilom atipic	54/6	54/6
49 P	Papilom atipic	55 Pa	Papilom atipic	55/6	55/6
50 P	Papilom atipic	56 Pa	Papilom atipic	56/6	56/6
51 P	Papilom atipic	57 Pa	Papilom atipic	57/6	57/6
52 P	Papilom atipic	58 Pa	Papilom atipic	58/6	58/6
53 P	Papilom atipic	59 Pa	Papilom atipic	59/6	59/6
54 P	Papilom atipic	60 Pa	Papilom atipic	60/6	60/6
55 P	Papilom atipic	61 Pa	Papilom atipic	61/6	61/6
56 P	Papilom atipic	62 Pa	Papilom atipic	62/6	62/6
57 P	Papilom atipic	63 Pa	Papilom atipic	63/6	63/6
58 P	Papilom atipic	64 Pa	Papilom atipic	64/6	64/6
59 P	Papilom atipic	65 Pa	Papilom atipic	65/6	65/6
60 P	Papilom atipic	66 Pa	Papilom atipic	66/6	66/6
61 P	Papilom atipic	67 Pa	Papilom atipic	67/6	67/6
62 P	Papilom atipic	68 Pa	Papilom atipic	68/6	68/6
63 P	Papilom atipic	69 Pa	Papilom atipic	69/6	69/6
64 P	Papilom atipic	70 Pa	Papilom atipic	70/6	70/6
65 P	Papilom atipic	71 Pa	Papilom atipic	71/6	71/6
66 P	Papilom atipic	72 Pa	Papilom atipic	72/6	72/6
67 P	Papilom atipic	73 Pa	Papilom atipic	73/6	73/6
68 P	Papilom atipic	74 Pa	Papilom atipic	74/6	74/6
69 P	Papilom atipic	75 Pa	Papilom atipic	75/6	75/6
70 P	Papilom atipic	76 Pa	Papilom atipic	76/6	76/6
71 P	Papilom atipic	77 Pa	Papilom atipic	77/6	77/6
72 P	Papilom atipic	78 Pa	Papilom atipic	78/6	78/6
73 P	Papilom atipic	79 Pa	Papilom atipic	79/6	79/6
74 P	Papilom atipic	80 Pa	Papilom atipic	80/6	80/6
75 P	Papilom atipic	81 Pa	Papilom atipic	81/6	81/6
76 P	Papilom atipic	82 Pa	Papilom atipic	82/6	82/6
77 P	Papilom atipic	83 Pa	Papilom atipic	83/6	83/6
78 P	Papilom atipic	84 Pa	Papilom atipic	84/6	84/6
79 P	Papilom atipic	85 Pa	Papilom atipic	85/6	85/6
80 P	Papilom atipic	86 Pa	Papilom atipic	86/6	86/6
81 P	Papilom atipic	87 Pa	Papilom atipic	87/6	87/6
82 P	Papilom atipic	88 Pa	Papilom atipic	88/6	88/6
83 P	Papilom atipic	89 Pa	Papilom atipic	89/6	89/6
84 P	Papilom atipic	90 Pa	Papilom atipic	90/6	90/6
85 P	Papilom atipic	91 Pa	Papilom atipic	91/6	91/6
86 P	Papilom atipic	92 Pa	Papilom atipic	92/6	92/6
87 P	Papilom atipic	93 Pa	Papilom atipic	93/6	93/6
88 P	Papilom atipic	94 Pa	Papilom atipic	94/6	94/6
89 P	Papilom atipic	95 Pa	Papilom atipic	95/6	95/6
90 P	Papilom atipic	96 Pa	Papilom atipic	96/6	96/6
91 P	Papilom atipic	97 Pa	Papilom atipic	97/6	97/6
92 P	Papilom atipic	98 Pa	Papilom atipic	98/6	98/6
93 P	Papilom atipic	99 Pa	Papilom atipic	99/6	99/6
94 P	Papilom atipic	100 Pa	Papilom atipic	100/6	100/6

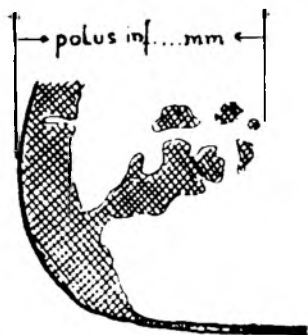


Fig. nr. 1. Distanța de la suprafață a polului inferior al cancerului penetrant în țesutul conjunctiv poate fi dată și în mm.



Fig. nr. 2. 929 1958. Serviciul de colposcopie Biopsie dirijată. Diagnostic: cancer invasiv incipient. Prin incizii seriata s-a reușit să se găsească polul inferior. Membrana bazală a stratului epitelial de la suprafață este pastrată. În numeroasele cupe seriata ce s-au făcut nu s-a putut vedea decit acest aspect, iar diagnosticul de cancer intraepitelial s-a putut infirma numai prin examinarea unor cupe ulterioare. Sub procesul intraepitelial se observă cuiburi de celule canceroase

457/477; 6. BLANCHARD O. I. Int. Coll. Surg. (1960), 34/287—391; 7. DÖDERLEIN G.: Zbl. f. Gynäk. (1917) 69—I; 8. GANSE R.: Geburtsh. u. Frauenheilk. (1960), 20/694; 9. GANSE R. „Kolpofotogramme zur Einführung in die Kolposkopie“, Akademie Verlag Berlin (1953); 10. GEORGESCU D. C., TRESTIOREANU AL., DRAGON V.: Clasificarea pe stadii clinice a tumorilor maligne“ din Oncologia generală, Ed. Med. București (1961), 507; 11. GLATTHAAR F.: Schweiz. med. Wschr. (1946) 47/1201; 12. HINSELMANN H.: „Kolposkopische Studien in Zwangloser Folge“ (1954), 1/20; 13. HERTIG, JOUNGE: Amer. Journ. Obst. and Gyn. (1952), 64/807; cit. TREIT S., NAUBAUER GY., RECHNITZ K., VARJASI F.: M.N.L. (1961) 4/206; 14. HEYMAN J., Cit. GEORGESCU D. C., TRESTIOREANU AL., DRAGON V.: „Clasificarea pe stadii clinice a tumorilor maligne“, Oncologie generală, Ed. Med. București (1961). XVIII; 15. HAUPT W.: Zbl. f. Gynäk. (1941), 669; 16. JUNG P.: Schweiz. med. Wschr. (1943), 189; cit. Maiewski A. „Wege und Ziele in der Früherkennung des Gebärmutterkrebses“, Fischer V., Jena (1956); 17. KOVÁCS T.: „M.N.L. (1961) 6 366; 18. KOTTMENGER H. L. „Die Therapie des Collumcarcinoms“, Oncologia Skarger Verl. Basel, (1952), 5, 3/4; 19. LIMBURG H.: Dtsch. med. Mschr. (1954), 79/133—170; 20. LAPOS—PALI Cit. TREIT M.N.L. 1962/4; 21. MESTWERDT G.: „Atlas der Kolposkopie“, Veb. Gustav Fischer Verlag Jena (1953), 74—75; 22. MESTWERDT G.: „Die Frühdiagnose des Collumcarcinoms“, Zbl. f. Gynäk (1948), 2/...2; 23. MESTWERDT G. SCHUCHARDT J.: Zbl. f. Gynäk (1948), 6/2017; 24. MAIEWSKI A.: Wege und Ziele in der Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses“, V. G; Fischer Verlag Jena (1965); 25. MÜLLER J. H. Schweiz. med. Wschr. (1942), 909; 26. MEYER R. Surgery, Gynecology and Obstetrics (1941), 1—73/14; 27. MIKULITZ RADECKI: Zbl. f. Gynäk. (1954) 40—41, 1823; 28. MORICARD R. Gyn. et obst. (1955), 3—54/294; 29. NEMES J., FARKAS A.: Orv. Hetil. (1960), 1124, 101—32/30; 30. NEMES J., FARKAS A.: M.N.L. (1961), 3 (1961), 3/148; 31. RUNGEN H.: Dtsch. med. Wschr. (1940), 1065; 32. SCHMIDT H.—ELMENDORFF: Zbl. f. Gynäk. (1954) 51/2215; 33. SCHINZ H. R., VEHLINGER F.: „Vom atypischen Epithel vom „Carcinome in situ“ und vom Mikro- und Makrocarcinom des Collum uteri“. Oncologia (1952), 3, 3 4; 34. TRESTIOREANU AL., DRAGON V.: „Diagnosticul cancerului colului uterin“ Soc. S. Med. din R.P.R. Institut Oncol. București 1960—81; 35. TREIT S., NEUBAUER J., RECHNITZ K., VARJASI F.: M.N.L. (1961), 4/206; 36. VÁCZI S.: M.N.L. (1955) 1/21; 37. WESPI H.: Zbl. f. Gynäk. (1939), 32/1762; 38; YOUNGE, HERTIG, AMSTRÖNG: Amer. Obst. and Gynec. (1948), 58/867 Cit. TREIT S., NEUBAUER G. etc. M.B.L. (1961). 4/206.