

O Diagnóstico Precoce do Câncer Uterino*

**TRABALHO DA CADEIRA DE CLÍNICA GINECOLÓGICA DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO
RIO GRANDE DO SUL**

SERVIÇO DO PROFESSOR MARTIM GOMES

Realizado no ambulatório do
serviço, funcionando na
Santa Casa de Misericórdia,
pelo assistente voluntário
Dr. Nilo Pereira Luz.

Justificam-se aqui neste local a minha presença e o assunto escolhido, por um simples e constrangedor fato:

todo o progresso magnífico que se tem realizado no campo do diagnóstico precoce do câncer uterino quase não trouxe melhora nos resultados da assistência à mulher cancerosa.

A grande maioria das pacientes continua a ser atendida pelos clínicos e cirurgiões gerais, cuja conduta simples de diagnóstico e tratamento lhes trazem benefícios.

Entretanto, se uma paciente é portadora de uma lesão pré-cancerosa ou de um câncer precoce assintomático, tal conduta pode lhe ser fatal; este não é um fenômeno local, é geral e internacional.

E tem sido a preocupação de todos os ginecologistas esclarecidos o lançamento de uma ponte entre os avançados conceitos já atingidos em carcinoma do colo uterino e do endométrio e a maneira prática de fazer com que tôdas as mulheres recebam os benefícios neles contidos. Este pequeno trabalho é claro que não pretende resolver o problema; é um apelo de quem está trabalhando em câncer afim de que faça sentir a cada um dos presentes a responsabilidade da noção de que 6 entre cada 10 pacientes estão

(*) Apresentado no departamento de cirurgia da AMRIGS na sessão de 23-7-53.

atualmente condenadas à morte pelo câncer; destas condenadas, a maioria seria salva simplesmente se todos fizessem melhor uso dos conhecimentos atuais.

As primeiras noções estabelecidas sobre carcinoma precoce do câncer uterino foram publicadas em 1912 e se devem à Schoetlander e Kermauner. Foram os mesmos autores que chamaram a atenção para o fato constatado e descrito por Schauestein em 1908 de que na margem do epitélio que circunda a carcinoma as alterações intraepiteliais são idênticas às do carcinoma e como tal podem ser reconhecidas. Estas noções constituíram as primeiras que permitiram a conceituação do carcinoma intraepitelial ou pré-invasor ou "in situ", duas décadas mais tarde. Rubin, aluno de Kermauner, levou estas noções para a Norte-América, onde escreveu sobre o assunto em 1910; é interessante notar que os conceitos essenciais desde então não foram alterados.

Hinselmann, em 1924, convidado para escrever o capítulo sobre carcinoma uterino no tratado de Veit-Stoeckel, tem a sua atenção voltada para a quase total ausência de carcinomas pequenos diagnosticados. Julgou que o problema fosse de visualização e idealizou um instrumento, a que chamou de colposcópio, cujo aumento e iluminação possibilitasse a identificação de tumores tão pequenos que fossem invisíveis a olho nú; chegou entretanto a resultados muito mais importantes, resultados que chegaram a abalar mesmo alguns conceitos firmados das oncogênese.

Walter Schiller, também aluno de Kermauner, em trabalhos publicados em 1927 e 28, estuda magistralmente a questão, apresentando uma série de conceitos importantes entre as suas conclusões, entre as quais, podemos selecionar 3:

1.^a: estendeu o conceito de carcinoma às lesões intraepiteliais, que considera como verdadeiros carcinomas incipientes, denominando-as como "carcinoma pré-invasor".

2.^a: apresentou a sua técnica de biópsia de superfície cuja simplicidade permite a aplicação das vantagens do diagnóstico histológico em um maior número de casos.

3.^a: apresentou à ciência ginecológica o teste do lugol, hoje batizado em sua justa homenagem como prova de Schiller, cujos dados preciosos para a localização das zonas de epitélio atípico são cada vez melhor compreendidos.

Outro passo essencial, foi o de 1933 em que patologistas da fama de Robert Meyer e outros confirmaram os trabalhos de Hinselmann, o que representou o reconhecimento de uma nova técnica para a identificação do câncer precoce do colo uterino, como útil e vantajosa.

Em 1928, Papanicolaou, interessado no estudo do ciclo sexual da mulher tal como era revelado pelos esfregaços vaginais, relata o achado casual de células cancerosas no mesmo fluido, sem dar maior importância diagnóstica ao fato. Foi em 1941, em publicação conjunta com Traut que apresenta o possível valor diagnóstico

do procedimento, complementando a publicação com a sua monografia de 1943 que revolucionou este setor no mundo. Mais feliz do que Hinselmann, teve o seu método imediatamente usado, abusado, e precocemente generalizado.

No nosso paiz, inúmeras tem sido as contribuições, destacando-se as da escola de Arnaldo de Moraes, entre as quais a tese de Vespasiano Ramos, datada de 1942 e os trabalhos de Rieper, Clarice do Amaral Ferreira e Dib Gebara.

No Rio Grande do Sul, embora muito se trabalhe pouco se escreve; a primeira publicação se deve a Ivo Correia Meyer, que abordou o problema da luta anti-cancerosa. O método colpocitológico foi pela primeira vez apresentado no curso de post-graduação ministrado por Martim Gomes, em 1946, pelo prof. Pereira F^o. Eu e Carlos Oswaldo Degrazzia fizemos trabalhos na mesma época, em período estudantil. Recentemente Fernando Machado Moreira veio nos trazer a sua experiência com a citologia seletiva. Neste trabalho, aproveitarei o ensejo para apresentar a classificação pessoal de resultado colpocitológico elaborado em 16 meses de atividade contínua no Ambulatório da Cadeira de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul.

Vejam os porém como se procede para atingir o diagnóstico precoce do câncer uterino.

Em primeiro lugar deve ser ressaltado o marco fundamental lançado por Winter em 1900 e desenvolvido em pó, da necessidade de um exame sistemático pelo menos anual; é através destes exames profiláticos que chegaremos ao diagnóstico precoce em um número apreciável de pacientes; é noção fundamental em cancerologia que, se quisermos ser úteis, devemos buscar o carcinoma e não esperar que ele venha ao nosso encontro por um sintoma.

E' necessário portanto *examinar*. Quando e como examinar? Quando é óbvio, de vez que é sempre.

Como examinar é um problema ainda não resolvido; procurei me situar neste problema em que a minha experiência pessoal é tão pequena que não permite dela tiremos normas de conduta.

Em primeiro lugar se examina pela anamnese paciente, cuidadosa e minuciosa; ora anamnese nestas condições só faz quem tem um fichário para as suas pacientes, única maneira gráfica de mostrar se os exames foram executados como deviam, em cada caso. Esta ficha pode ser tão simples quanto uma folha de cartolina em branco; a sua importância maior reside no fato de ser individual.

Que dados nos pode fornecer a anamnese?

História menstrual, com suas anormalidades, fluxos ou hemorragias correlatas. Não creio ser necessário aqui acentuar a importância das hemorragias não cíclicas, dos corrimentos aquosos e abundantes que logo se convertem em sero-sanguíneos para depois, finalmente, se transformarem em hemorragias abundantes.

História sexual: o casamento precoce constitue quase um achado constante entre os casos de carcinoma de colo uterino, entrando como fator predisponente por dois motivos muito bem estudados por Meigs:

1.º permite que os fatores cancerígenos atuem por mais tempo.

2.º: sugere um excesso de feminilidade que pode ser atribuído a uma hipersecreção foliculínica, cujas consequências tardias podem ser um excesso de proliferação cuja participação na etiologia do carcinoma uterino não pode ser afastada.

História obstétrica: como o casamento precoce, a parturição precoce exerce ação importante, especialmente se considerarmos o fato de que erradamente só se visualiza o colo num parto se o mesmo sangra excessivamente, em que pese a rebeldia de tantos autores ante esta falha grave na assistência à puerpera; Bubis chega mesmo a dizer que o feito de maior importância entre as operações puerperais é este cuidado que consiste em revisão sistemática e sutura das lacerações presentes.

História sexual: muito se tem dito e exagerado da importância do sangramento post-coito como achado clínico nos casos de carcinoma precoce; nem sempre presente, tem o valor de chamar a atenção para o terreno onde se instala o câncer, frequentemente constituído por uma cervite crônica com exuberância de vasos.

Outros dados mais característicos, tais como o aparecimento de um fluxo anormal na ausência de infecção, a modificação em qualidade e quantidade de um fluxo já existente, as hemorragias sob tôdas as suas formas são sintomas clínicos suspeitos que exigem um exame clínico completo para excluir com certeza a malignidade, mais especialmente se ocorridos após os 35 anos. Vale acentuar aqui a frequência quase total de antecedentes hemorrágicos na grande maioria dos casos de carcinoma de endométrio, sintoma precoce que tem sido o único responsável pelo diagnóstico na grande maioria dos casos, de vez que acarreta a curetagem reveladora

Procedida a anamnese, cujos dados de interesse foram anotados, visando também os antecedentes pessoais, ginecológicos e hereditários que frequentemente contem dados importantes, passa-se ao exame ginecológico, o qual começa por uma inspecção dos genitais internos e externos. É condição indispensável uma boa iluminação além, é claro, da exposição adequada do colo uterino. Como fonte de iluminação, habituei-me ao emprego de uma lâmpada frontal, cujo foco, facilmente dirigível concentra a luz em uma intensidade mais do que satisfatória nos pontos desejados, além de deixar as mãos livres. Para os que dispõem do colposcópio esta iluminação em condições ótimas pode ser dada pelo foco do mesmo, como aliás recomenda Wespi antes de executar a colposcopia completa.

Sobre a continuação do exame é neste ponto que começam as divergências. Hinselmann recomenda a colposcopia sistemática em

todos os casos. Outros, entre estes Funk-Brentano, fazem de imediato o teste de Schiller, fazendo colposcopia e citologia só se este teste não for normal. Outros ainda (e aqui se situam a grande maioria dos ginecologistas norte-americanos) fazem a colheita citológica, ao nível do fundo de saco vaginal ou do colo, não reconhecendo valor ou utilidade em colposcopia e prova de Schiller. *A falta de experiência pessoal* nos obriga no serviço de profilaxia de câncer em atividade no Ambulatório da Cadeira de Clínica Ginecológica, a fazer como rotina, em todos os pacientes, colpocitologia, colposcopia e prova de Schiller, a qual é interpretada com o colposcópio, fazendo parte da rotina de exame com o mesmo. Pode ser coincidência, mas a incidência de casos de câncer despistados no primeiro mês com o colposcópio e exame citológico, foi o dobro dos meses anteriores em que se praticava como rotina o exame do raspado cervical de Ayre e o teste de Schiller sistemático, conduta que seguimos há muito tempo no serviço.

Já nos permitimos porém emitir alguns conceitos de orientação pessoal sobre o valor do exame citológico; sendo este feito por nós pessoalmente e todos os casos clínicos de interesse por nós examinados pessoalmente, da data recente para cá, também colposcopiados (se me permitem o neologismo) pessoalmente, temos situação singularmente serena de apreciar as suas vantagens e apreciar as suas falhas, bem como avaliar o onus de trabalho que representa.

Assim, embora seja e continuará a ser a nossa rotina por muito tempo, não aconselho o emprego sistemático e indiscriminado da citologia em todos os casos; na nossa experiência atual que cobre cerca de 1.500 casos, a citologia sozinha não despistou um único caso de carcinoma precoce; foi um elemento valiosíssimo, talvez o mais importante, não o único; mais do que isto, nem sempre foi constante, a sua negatividade não devendo jamais negar uma biópsia. Além disso o número de casos em que a citologia nada trouxe ao esclarecimento é enorme, trazendo uma exaustão e um gasto exagerado de tempo que só pode ser avaliado por quem examinou igual número de lâminas.

Por outro lado, na grande maioria dos casos, o teste de Schiller foi anormal ou a inspecção simples revelou imagens anormais, quando não suspeitas; em outros a história continha elementos sugestivos.

Não aconselhamos o teste citológico, por desnecessário, na ausência de outras indicações em

1.º: nas virgens

2.º: nas pacientes de menos de 35 anos cujo colo se apresentar à inspecção cuidadosa e teste de Schiller sistemático como normal; condições benignas que necessitem tratamento, tais como ectopias, pseudo-erosões etc., são indicações precisas para o exame citológico prévio.

3.º: nas pacientes com lesões clinicamente suspeitas; nestas é comandatória a biópsia e não a citologia.

4.º: nas pacientes examinadas pelos clínicos e cirurgiões gerais, sem especialização adequada e com lesões de colo; preferentemente a um exame citológico, a mesma deve ser encaminhada a um ginecologista competente; sendo o exame citológico altamente especializado, a sua interpretação correta e a avaliação individual da significação particular de cada caso deve ser corretamente feito por quem habituado a empregar com frequência o processo.

As condições primaciais do diagnóstico precoce do câncer uterino estão portanto ao alcance de todos os que se dispuserem a emprender a tarefa, não precisando mais do que o interesse e um espéculo vaginal de vez que a tomada correta da história, a inspeção de todos os colos e a realização do teste de Schiller sistemático darão sempre sinão os dados, a orientação precisa que conduzirá ao diagnóstico definitivo; esta conduta é a única que permitirá fazer chegar ao grosso da população as vantagens dos modernos métodos do diagnóstico precoce. As clínicas preventivas de câncer são instituições úteis e proveitosas; nunca chegarão a levar ao povo tôdas as vantagens que podem oferecer a cada paciente. Esta seleção de casos é da responsabilidade exclusiva do médico ou clínico geral e proporcional exatamente à importância que atribue ao problema do câncer uterino; os que não pensam nele, apenas fortuitamente o diagnosticarão precocemente; os que com êle se preocupam, assim farão na maioria dos casos, mesmo que não sejam ginecologistas altamente especializados.

Citologia, colposcopia e biópsia são todos elementos valiosos na consecução desta tarefa útil; todos permitem chegar ao diagnóstico, desde que empregados e interpretados justamente; como em tôda a medicina, importam menos os meios do que a forma de empregá-los.

E' neste sentido de dar significado aos achados citológicos que valorizamos o procedimento e a classificação de Ayre, o qual identifica uma patologia celular, em gráus, como se segue:

- O — normal
- I — alterações inflamatórias
- II — pré-câncer
- III — câncer

A classificação de Papanicolaóu, em gráus também, envolve um conceito totalmente diferente, de vez que se reveste de um sentido diagnóstico que pode dar margem a falsas interpretações, especialmente se se considera o método citológico como o mais sensível teste para avaliar da presença ou ausência de um câncer. Pode ser assim representada:

- I — negativo
- II — pouco suspeito

III — suspeito

IV — muito suspeito, provável câncer

V — positivo para câncer

Como vemos, é mais lógica a classificação de Ayre, que se limita a catalogar tipo de células encontradas e rouba êsse conceito que infelizmente quer se generalizar de que a citologia é quem manda e desmanda no diagnóstico do carcinoma uterino, chamando ao mesmo tempo a atenção do observador para o fato de que as células examinadas pertencem a tal ou qual grupo, não representado um laudo sôbre a presença ou ausência de câncer. O conceito de Papanicolaou faz lembrar o de um teste de laboratório em que a paciente tem ou não tem uma determinada afecção, como se houvesse no carcinoma uterino uma mudança essencial na constituição da secreção vaginal. Nunca nos cansaremos de repetir que um diagnóstico citológico afirmativo de carcinoma depende do achado e identificação no fluido vaginal de células com os caracteres de malignidade; ora, este fato pode ser influenciado por uma série de fatores:

1.º: fatores mecânicos podem obstruir a descamação e a colheita destes elementos.

2.º: estas células anormais devem permanecer aderidas à lâmina, o que não é constante; quem duvidar vá ver como fica uma bateria de coloração após o emprego continuado, com a deposição no fundo de cada frasco de regular quantidade de células destacadas no preparo da lâmina, quantidade tal que permite a sua fácil verificação a olho nú; e são as cancerosas que se destacam com mais facilidade.

3.º as células anormais devem possuir caracteres que as distingam nítidamente das malignas; imagens de infecção, de histiócitos e de células coriais se prestam a confusão.

4.º: todos os que estudaram cuidadosamente o problema do carcinoma não invasivo, acharam uma alta percentagem de falsos negativos, ao redor de 10%.

Estes comentários partem de um citologista entusiasmado, que aprecia e emprega largamente o método citológico, cujos dados considera preciosos na avaliação exata do caso clínico; reveste-se porém de um certo ceticismo, pela constatação diária através de literatura e experiências clínicas conhecidas, do mau emprego de um método tão valioso e que tanto pode oferecer à paciente; está chegando o tempo em que se deve aproveitar a experiência ampla que todos os serviços modernos possuem com o assunto para a confecção de normas simples e justas de execução e de interpretação do processo.

Quase os mesmos perigos do não emprego resultam para a paciente, se o processo for empregado indiscriminadamente por pessoas não habilitadas a interpretá-lo corretamente.

Vejamos porém como procedemos no Ambulatório de Ginecologia, serviço do Professor Martim Gomes.

A coloração empregada é a de Hematoxilina de Harris-corante S 3 de Shorr, conforme preconiza Pundel; foi escolhida por dar os mesmos resultados práticos de eficiência que a de Papanicolaou, combinando porém uma maior simplicidade na execução com uma menor incidência de lâminas defeituosas por motivos técnicos; é uma coloração que tolera melhor que a de Papanicolaou os deslises ocasionais do técnico que a executa.

O fixador é o clássico, mistura em partes iguais de álcool a 95% e éter sulfúrico; de preferência deve ser preparado recentemente, nunca com mais de uma semana e guardado em frasco que o abrigue da luz; deve-se também ter a precaução de não deixar muitos dias as lâminas em contacto com o mesmo, por que os clips que se usam para evitar a aderência das lâminas entre si se oxidam, o que prejudica as colorações citoplásmicas.

O material é colhido com a espátula de Ayre, fazendo-se questão de raspar eletivamente a junção dos dois epitélios endo e ectocervical; o material assim obtido é estendido em uma lâmina previamente marcada, com um só movimento, mergulhando-se em seguida no fixador, afim de evitar qualquer ressecamento do estendido, o que prejudicaria fundamentalmente a coloração, às vezes tornando impossível a sua leitura e interpretação. Salvo em casos especiais em que se queira fazer a semiologia particularizada do canal cervical ou da cavidade uterina, deve-se fugir do tampão de muco que se adere ao orifício externo da matriz, o qual não oferece maior interesse diagnóstico (8).

As lâminas são interpretadas segundo as normas estabelecidas, que são: o exame de toda a superfície do estendido e a classificação segundo os quatro grupos e sua sub-divisão que aqui vão resumidos:

Grupo I: células das diversas camadas que não apresentam alterações na sua estrutura, donde *atividade normal*

Grupo II: células das diversas camadas apresentando alterações reacionais que podem ser subdivididas em 3 classes; *atividade inflamatória*.

II A — células de núcleos ativos, em geral maiores do que se poderia admitir para os diversos graus de diferenciação que se encontram; trama cromatínica mais marcada, embora conservando as estruturas mais ou menos normais: anisocariose incipiente.

II B — células de núcleos mais alterados que os anteriores, porém mais atingidos na sua estrutura, coloração cromatínica pouco distinta, anisocariose mais evidente; às vezes encontram-se núcleos degenerados e gigantes que levantam suspeitas injustificadas de malignidade; endocervicais às vezes muito alteradas.

II C — forma mais agravada de II A, em que se encontra o exagero da anisocariose, o hiper cromatismo nuclear, a maior atividade da cromatina nuclear que pode quando incide em células parabais externas trazer inquietudes ao citologista menos experimentado. Segmentação nuclear, deformidades, núcleos em halteres em

células superficiais perfeitamente diferenciadas e providas de um halo perinuclear bem marcado e nítido. Discariose incipiente.

Grupo III: exagero das características referidas acima e que pode ser diagnosticada com segurança sempre que se encontrar um núcleo de cromatina totalmente patológica em uma célula superficial bem diferenciada; também se divide em 3 classes, as alterações mínimas (III A), as alterações intensas (III B) e o carcinoma pré-invasivo, o último diagnosticado quando, ao lado das alterações evidentes de malignidade se encontrar um predomínio absoluto de células com o citoplasma íntegro (células discarióticas de Papanicolaou, células diferenciadas do III.^o tipo de Graham e Meigs). A única coisa importante a assinalar é a relativa frequência com que a tricomoníase vaginal em fase aguda pode dar um grupo III A, que regride com o tratamento da infestação.

Grupo IV: grupo no qual são classificadas as lâminas nas quais foram identificadas células malignas (sic); conforme a intensidade destas alterações celulares, também subdividimos em grupo IV A (aspectos de malignidade) e IV B (evidência de malignidade).

Resta somente chamar a atenção para que a denominação "células malignas" diz respeito apenas ao aspeto que as mesmas apresentam, sendo impossível classificá-las com segurança como células blastomatosas somente pelos aspetos individuais que se vêem ao microscópio; os casos são tratados de acordo com as indicações clínicas que se obtém com o exame global da doente e não de acordo com o grau citológico em que a mesma foi classificada; da mesma maneira, o procedimento diagnóstico pode receber, e frequentemente o faz, indicações de um exame citológico; não podemos porém colocar o carro adiante dos bois e proceder a amplas, dispendosas e nem sempre inúteis investigações levados por um exame citológico único. E' também necessário alertar de que nenhuma indicação cirúrgica pode ser justificada por um exame citológico para cancer, mesmo no chamado sentido "profilático", de vez que a dita profilaxia nada mais faz do que ocultar a pouca segurança de quem assim se orienta, acobertando-se a responsabilidade dos atos do terapeuta com o manto desagradável dos riscos muitas vezes desnecessários a que submete uma paciente para quem um útero sacrificado inutilmente é um preço demasiado a pagar por uma falsa segurança que a histerectomia não garante.

BIBLIOGRAFIA

OBRAS GERAIS

1. Ayre, J. E.
Câncer Cytology of the Uterus, 1951
2. Cantril, S. T.
Radiation therapy in the management of cancer of the uterine cervix, 1950

3. Davis, C. H.
Gynecology and Obstetrics, 1951
4. De Robertis e outros
Citologia general, 1946
5. Funck-Bretano, Moricard, Palmer et De Brux
L'épithélioma pavimenteux intra-épithélial du col utérin, ...
1952, XV Congr. Alger - Tunis
6. Gates and Warren
A handbook for the diagnosis of cancer of the uterus by the
use of vaginal smears, 1947
7. Hinselmann, H.
Einführung in die kolposkopie, 1933
8. Mac Manus
Progress in fundamental medicine, 1952
9. Papanicolaou, G.
The diagnosis of cancer by the vaginal smear, 1943
10. Papanicolaou, G.
The epithelia of the women reproductive organs, 1948
11. Pundel, P.
Les frottis vaginaux et cervicaux, 1950
12. Vincent Memorial Hospital Staff
The cytologic diagnosis of cancer, 1950
13. Watteville Geisendorf et Danon.
Le diagnostic précoce du cancer du col et son traitement
au stade non invasif. 1952, XV Congr. Alger - Tunis
14. Wespi, H.
Early carcinoma of the uterine cervix, 1949

XX Artigos de referência

15. Achenbach, R. R., Johnstone, R. E. and Hertig, A.
Am. J. Obst. Gynec. 61:385-392, 1951
16. Bourg, R.
Bull. Fed. Soc. Gynec. et Obst. lang. franç. 4:3 bis, 431-432, 1952
17. Bourg, R. et Gompel, Cl
Bull. Fed. Soc. Gynec. et Obst. lang. franç. 4:3 bis, 430-431, 1952
18. Douglas, G. W. and Studdiford, W. E.
Surg. Gynec. Obst. 91:728-741, 1950
19. Foote, F. W. and Li, K.
Am. J. Obst. Gynec. 56:335-339 1948

20. Gebara, D.
Med. Cir. Farm. 186:503-518, 1951
21. Graham, R. and Meigs, J. V.
Am. J. Obst. Gynec. 58:843-850, 1949
22. Laffargue, Ferrand et Luscan
Bul. Fed. Soc. Gynec. Obst. Lang. Franç. 4:3 bis, 422-423, 1952
23. Mc Manus and Findley
Surg. Gyn. Obst. 89:616-620, 1949
24. Meigs, J. V.
5.º Am. Congr. on Obst. and Gynec., 1952, pp 284-288 (transactions)
25. Nieburgs and Pund
Am. J. Obst. Gynec. 58:532-536, 1949
26. Novak, E.
Am. J. Obst. Gynec. 58:851-866, 1949
27. Pund, Nettles, Caldwell and Nieburgs
Am. J. Obst. Gynec. 55:831-837, 1948
28. Rubin, M. I. C.
Bull. Fed. Soc. Gynec. et Obst. Lang. Franç. 4:3 bis, 424-430, 1952
29. Scheffey and Lang
Symposium on safeguards in surgical diagnosis, Sur. Clin. North Am. pp 1729-1744, 1952
30. Val, S. O.
An. Clin. Gin. S. Casa S. Paulo 2:129-134, 1952
31. Waegeli, C.
Bull. Fed. Soc. Gynec. Obst. Lang. Franç. 4:3 bis, 453-438, 1952
32. Youngue, Hertig and Armstrong
Am. J. Obst. Gynec. 58:867-895, 1949

Comunicação pessoal

33. Correia Meyer, I.
34. Hinselmann, H.
35. Degrazzia, C. O.
36. Gomes, M.