

# Η ΔΙΑ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΑΣ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΝ\*

Υπό

A. F. ANDERSON, M.B.CH.B., F.R.C.S., F.R.C.O.G.

Συμβούλου Μαιευτήρος-Γυναικολόγου  
του Νοσοκομείου του Έδιμβούργου

Ο καρκίνος της μήτρας, όπως και του μαστού, είναι, ως γνωστόν, τόσον συχνός και απειλητικός ώστε ν' αποτελή την πιθανότεραν νόσησιν ἐπὶ γυναικῶν ευρισκομένων εἰς τὴν ἡλικίαν τοῦ καρκίνου.

## Ἡ διάγνωσις τοῦ πρωίμου καρκίνου τοῦ τραχήλου τῆς μήτρας

Ο ἔκδηλος καρκίνος τοῦ τραχήλου τῆς μήτρας ἀπὸ ἀπόψεως συμπτωμάτων καὶ εὑρημάτων δύναται εὐκόλως νὰ διαγνωσθῆ. Σήμερον ὅμως ἡ προσπάθειά μας στρέφεται κυρίως εἰς τὴν πρώιμον διάγνωσιν τοῦ καρκίνου ἐπὶ γυναικῶν ευρισκομένων εἰς τὴν ἡλικίαν τοῦ καρκίνου καὶ παρουσιαζουσῶν ἀνώμαλον αἱμορραγίαν, ὡς μηνορραγίαν, μητρορραγίαν ἢ αἱμορραγίαν μετὰ τὴν συνουσίαν, μετὰ τὴν ἐμμηνοπάυσιν ἢ κατὰ τὴν δακτυλικὴν ἐξέτασιν. Πιθανὸν ἐπὶ καρκίνου ὁ τραχήλος νὰ παρουσιάζη ἐξέλκωσιν ἢ ἐκβλάστῃσιν τινά. Ἐὰν ὅμως ὄχι, ὁ καρκίνος δυνατὸν νὰ προέρχεται ἐκ τοῦ ἐσωτραχήλου ἢ ἐκ τοῦ ἐνδοτραχηλικοῦ σωλήνος. Τὴν τελευταίαν πιθανότητα ἀπὸ τῶν φοιτητικῶν μας χρόνων καὶ ἐντεῦθεν οὐδόλως παραβλέπομεν καὶ πιστεύομεν ὅτι τοιαῦται περιπτώσεις χρήζουσι ἐρεύνης ὑπὸ ἐιδικοῦ, εἴτε πρὸς ἐξακριβώσιν τῆς παρουσίας καρκίνου εἴτε πρὸς ἀποκλεισμόν αὐτοῦ.

Αἱ ὡς ἄνω ἀντιλήψεις ἀφοροῦν τὸν συμπτωματικῶς καὶ κλινικῶς ἤδη ἐκδηλον καρκίνον. Σήμερον ὅμως γνωρίζομεν ὅτι ὁ καρκίνος τοῦ τραχήλου κατὰ τὸ πρώιμον στάδιον αὐτοῦ, ἤτοι πρὸ τῆς κλινικῆς ἐκδηλώσεως αὐτοῦ, ἀναπτύσσεται βραδέως, ὡς ἐκ τούτου δὲ μᾶς παρέχεται πάντοτε ἡ δυνατότης τῆς διαγνώσεως αὐτοῦ κατὰ

τὸ ὅλως ἀρχικόν του στάδιον. Θὰ ἠδυνάμεθα ὡς ἐκ τούτου νὰ ὀμιλήσωμεν περὶ διαγνώσεως τοῦ πρωίμου (ἀρχομένου) καρκίνου καὶ οὐχὶ περὶ πρωίμου διαγνώσεως αὐτοῦ. Οὕτω, λαμβάνοντες ὑπ' ὄψιν ὅτι ὁ καρκίνος κατὰ τὸ ἀρχικόν αὐτοῦ στάδιον εἶναι λανθάνων καὶ ἀναπτύσσεται βραδέως, μᾶς παρέχεται ἡ δυνατότης τῆς ἐγκαίρου διαγνώσεως αὐτοῦ.

## Σημασία τοῦ καρκίνου τῆς μήτρας

Συμφώνως πρὸς τὰς στατιστικὰς, ἐπὶ γυναικῶν ὁ καρκίνος τῆς μήτρας ἀποτελεῖ τὸ 15% ὅλων τῶν ἄλλων καρκίνων. Ἐξ αὐτῶν, τὸ 80-90% ἀφορᾷ τὸ καρκίνωμα τοῦ τραχήλου τῆς μήτρας, ἐνῶ τὸ 10-20% τοῦ σώματος αὐτῆς. Ἐκ τῶν καρκινωμάτων τοῦ τραχήλου, τὸ 95% ἀφορᾷ καρκίνους ἐξορρωμένους ἐκ τοῦ πλακώδους ἐπιθηλίου, ἤτοι ἐπιδερμογενεῖς καρκίνους, ἐνῶ τὸ ὑπόλοιπον 5% ἀφορᾷ τὰ ἀδενοκαρκινώματα αὐτοῦ.

Ἐπομένως, ἐντοπίζοντες τὸ ἐνδιαφέρον μας εἰς τὸν ἐπιδερμογενεῖ καρκίνον τοῦ τραχήλου ἐπιτυγχάνομεν τὴν διάγνωσιν τῶν πλείστων καρκινωμάτων τῆς μήτρας.

Αἱ πολύτοκοι γυναῖκες, ὡς γνωστόν, εἶναι περισσότερον ἐπιρρεπεῖς εἰς τὴν ἀνάπτυξιν καρκίνου τοῦ τραχήλου, ἀλλὰ καὶ ὁ ἔγγαμος βίος ἀνευ τεκνοποιήσεως αὐξάνει ἐπίσης τὸν κίνδυνον.

Τὸ πλακῶδες ἐπιθήλιον τοῦ τραχήλου εἶναι ὅλως ἐπιπολῆς καὶ ὡς ἐκ τούτου προσιτὸν εἰς τὴν ψηλάφησιν, τὴν ἐξέτασιν διὰ γυμνοῦ ὀφθαλμοῦ καὶ τὴν ἔρευαν. Ἐὰν ἐπομένως τὸ ἐν λόγῳ ὅλως ἐπιπολῆς ἐπιθήλιον ὑποστῇ κακοήθῃ ἐξαλλαγῇ, δυνάμεθα νὰ τὸ ἐξακριβώσωμεν πρώιμως, καὶ δὴ κατὰ τὸ στάδιον ἐνθα τὸ καρκίνωμα περιορίζεται ἀκόμη μόνον ἐντὸς τοῦ ἐπιθηλίου, ἤτοι δὲν ἔχει διασπάσει εἰσέτι τὴν βασικὴν μεμβράνην τοῦ ἐπιθηλίου καὶ δι-

\* Διάλεξις δοθεῖσα κατὰ τὸ τελευταῖον Συνέδριον τῶν ἀδελφῶν Νοσοκόμων καὶ Μαιῶν ὑπὸ τὴν αἰγίδα τοῦ *Nursing Mirror* εἰς τὸ Seymour Hall τοῦ Λονδίνου.

εισδύσει τοὺς ὑποκειμένους ἰστοὺς (διηθητικὸν καρκίνωμα).

Τελευταίως γνωρίζομεν ὅτι τὸ ἐπιθήλιον δύναται νὰ ὑποστῇ κακοήθη ἐξαλλαγὴν καὶ νὰ παραμείνῃ ἐπ' ἄρκετον χρονικὸν διάστημα εἰς τὸ στάδιον τοῦτο χωρὶς νὰ διασπάσῃ τὴν βασικὴν μεμβράνην αὐτοῦ καὶ νὰ διηθήσῃ τὸ ὑποκείμενον συνδεδεικνὸν ὑπόστρωμα. Διὰ τὸν λόγον αὐτὸν ὁ καρκίνος ἐρευνᾶται σήμερον κατὰ τὸ ὅλως ἀρχικὸν στάδιον αὐτοῦ. Ἡ πρώτη περιπτώσις διαγνώσεως πρωίμου καρκινώματος ἐγένετο τὸ 1910 ὑπὸ τοῦ Rubin, ἡ δὲ δευτέρα ὑπὸ τοῦ Cullen τὸ 1921. Ἀπὸ δὲ τοῦ 1928 καὶ ἐντεῦθεν ὁ Schiller ἐπεδόθη ἐπιμελῶς εἰς τὴν ἔρευναν τοῦ πρωίμου καρκίνου. Ὁ T. E. Linde ἐδημοσίευσε 30 περιστατικά ἐκδήλου τραχηλικοῦ καρκίνου ἐπὶ τῶν ὁποίων αἱ προηγηθεῖσαι βιοψίαι τοῦ τραχήλου εἶχον ἐσφαλμένως ἐρμηνευθῆ (προφανῶς ἐλλείπει πείρας) καίτοι παρουσίαζον ἀλλοιώσεις πρωίμου καρκινώματος.

Ἐξ αὐτῶν τῶν περιπτώσεων, αἱ 3 ἀνή-

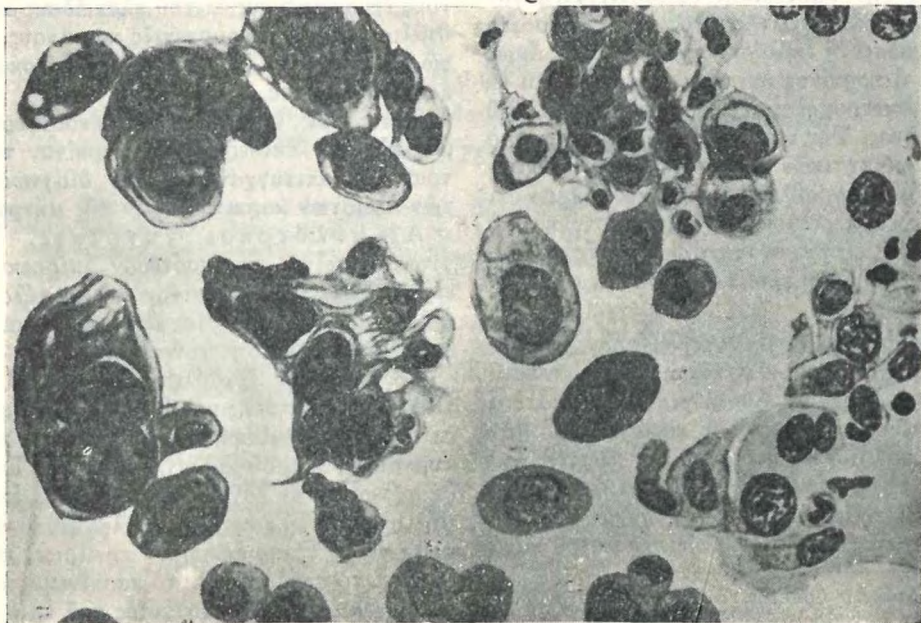
κουν εἰς τὸ Ἐδιμβοῦργον, ἔκτοτε δὲ εἴχομεν καὶ ἑτέρας 3.

Κατὰ τὰ τελευταῖα 10-15 ἔτη ἡ παρουσία ἀλλοιώσεων πρωίμου καρκινώματος ἀνευρίσκεται συχνότερον· οἱ δὲ περισσότεροι γυναικολόγοι καὶ παθολογοανατόμοι συμφωνοῦν σήμερον ὅτι αἱ ἐν λόγῳ ἀλλοιώσεις ὑποδηλοῦν καρκίνωμα, ἔστω καὶ ἐὰν αὗται περιορίζονται μόνον ἐπὶ τοῦ ἐπιθηλίου.

### Προ-διηθητικὸν καρκίνωμα

Ἡ δυσκολία εἰς τὸ νὰ παραδεχθῶμεν τὸν ὅρον αὐτὸν ἐγκεῖται εἰς τὸ ὅτι μέχρι σήμερον κυριώτερον κριτήριον τοῦ καρκίνου ὑπῆρξεν ἡ διήθησις ὑπ' αὐτοῦ ἐτέρων ἰστών, καθὼς καὶ αἱ μεταστάσεις αὐτοῦ εἰς ἄλλα ὄργανα.

Ἀλλὰ ὑπάρχουν ἄρκετὰ παραδείγματα καρκίνων οἵτινες προεκάλεσαν τὸν θάνατον τῆς ἀσθενοῦς καὶ ἄνευ μεταστάσεων, καθὼς ἐπίσης καὶ παραδείγματα καρκίνων διαφόρων ὀργάνων ἐντοπιζομένων μόνον εἰς τὸ ἐπιθήλιον. Ἡ νόσος τοῦ Paget τῆς



Κακοήθη νεοπλασματικά κύτταρα ἐπὶ ἐπιχρισμάτων.

θηλῆς τοῦ μαστοῦ ἀποτελεῖ ἐν τοιοῦτον παρὰδειγμα. Ἐξ ἄλλου, ἐπὶ ἐπιδερμοειδοῦς μεταπλασίας τοῦ τραχήλου, τὸ ἐπιθήλιον καίτοι φυσιολογικὸν φαίνεται νὰ ἔχη διηθητικὰς ἱκανότητες. Τὸ πρῶμιον τοῦτο στάδιον τοῦ καρκίνου ἔχει περιγραφῆ ὑπὸ διάφορα ὀνόματα, ὅπως: προ-διηθητικὸν καρκίνωμα, ἐνδεδιηθητικὸν καρκίνωμα ἢ καρκίνωμα *in situ* (ἐντετοπισμένον). Ἐνίστε χρησιμοποιοεῖται καὶ ὁ ὄρος προ-καρκίνωμα, ἀλλὰ τοῦτο δὲν εἶναι ὀρθόν, διότι εἰς τὴν πραγματικότητα πρόκειται περὶ ἀληθοῦς καρκίνου. Ἐν συνεχείᾳ γεννᾶται τὸ ἐρώτημα κατὰ πόσον δυνάμεθα νὰ εἴμεθα βέβαιοι ὅτι αἱ ἀλλοιώσεις αἱ ἀντιπροσωπευτικαὶ τοῦ καλουμένου νεαροῦ ἢ ἀρχομένου καρκίνου τελικῶς θὰ ἐξελιχθῶν πρὸς διηθητικὸν τοιοῦτον. Ἐκ τῶν στατιστικῶν ἀποδεικνύεται ὅτι οἱ προδιηθητικοὶ (ἐπομένως οὐδόλως ἐγείροντες τὴν ὑπόνοιαν κλινικῶς) καρκίνοι παρατηροῦνται εἰς ἡλικίαν 36-38 ἐτῶν, οἱ νεαροὶ (πρῶμοι — ἐπίσης μὴ ἐγείροντες τὴν ὑπόνοιαν κλινικῶς) διηθητικοὶ καρκίνοι περὶ τὸ 42ον ἔτος καὶ οἱ κλινικῶς ἔκδηλοι καρκίνοι μεταξὺ τῶν 45-50 ἐτῶν. Ἐπομένως ἀποδεικνύεται (καὶ εἶναι ἐπίσης γνωστὸν) ὅτι μεσολαβεῖ χρονικὸν διάστημα 10-12 ἐτῶν μέχρις οὗτο ὁ πρῶμος (νεαρός) καρκίνος ἀναπτυχθῆ καὶ καταστῆ ἔκδηλος κλινικῶς. Χωρὶς νὰ παραδεχόμεθα ἀπολύτως ὅτι ἅπαντες οἱ καρκίνοι ἀπαιτοῦν τόσον μακρὸν χρονικὸν διάστημα διὰ νὰ ἀναπτυχθῶν καὶ χωρὶς ἐπίσης νὰ παραδεχόμεθα ἀπολύτως ὅτι ὅλοι οἱ προδιηθητικοὶ καρκίνοι θὰ καταστοῦν τελικῶς διηθητικοὶ, δυνάμεθα νὰ εἴμεθα βέβαιοι ὅτι ἐπὶ διαγνώσεως προδιηθητικοῦ καρκίνου ἢ ἀσθενῆς δὲν διατρέχει κανένα κίνδυνον ἐπ' ἀρκετοῦς μῆνας ἢ καὶ ἔτος ἀκόμη (ἐφ' ὅσον φυσικὰ δὲν παρουσιάζει κλινικὰ συμπτώματα καὶ σημεῖα καρκίνου). Μὲ τὴν βοήθειαν τῶν ὡς ἄνω γνώσεων θὰ ἠδυνάμεθα νὰ ἀποδείξωμεν ἐπὶ πόσων γυναικῶν τεθεισῶν ὑπὸ παρακολούθησιν ὁ προδιηθητικὸς καρκίνος θὰ ἐξειλίσσετο εἰς διηθητικὸν τοιοῦτον. Τοῦτο, ὡς εἶναι φυσικόν, ἦτο ἀρκετὰ ἠρωικὸν καὶ ἐπικίνδυνον, καὶ ὡς ἐκ τούτου πολλοὶ

ἐξ ἡμῶν δὲν ἐτόλμησαν νὰ τὸ υἱοθετήσουν. Παρὰ ταῦτα, εἰς τὴν Ἀμερικὴν οἱ Dr Arthur Hertig καὶ Dr Paul Younge διὰ τῆς λήψεως ἐπανειλημμένων μηνιαίων βιοψιῶν ἐπὶ τοιούτων γυναικῶν ἀπέδειξαν ὅτι ἡ μετάπτωσις εἰς τὸν διηθητικὸν καρκίνον ἔλαβε χώραν μετὰ 11 μῆνας ἀπὸ τῆς πρῶτης βιοψίας.

### Μετάπτωσις ἐπιθηλίου

Τὸ σημεῖον τῆς ἐξορμήσεως καὶ τὸ μέγεθος τῶν ἐν λόγῳ πρῶμιων καρκίνων ἔχει ἐπίσης μεγάλην σημασίαν. Τὸ σημεῖον τῆς ἐξορμήσεως εἶναι σχεδὸν πάντοτε τὰ ὄρια μεταπτώσεως τοῦ πλακώδους πρὸς τὸ κυλινδρικὸν ἐπιθήλιον, ἅτινα εὐρίσκονται κατὰ τὸ ἔξω στόμιον τοῦ τραχήλου. Ὅσον ἀφορᾷ τὸ μέγεθος τοῦ καρκινώματος, τοῦτο δύναται νὰ εἶναι τόσο μικρὸν ὥστε ἢ ἀνακάλυψις αὐτοῦ διὰ τῆς βιοψίας νὰ δύναται νὰ γίνῃ μόνον κατὰ 50%. Τοῦτο ἀπεδείχθη σαφῶς ὑπὸ τῆς ἐξαιρετικῆς ἐργασίας τῶν Foote καὶ Stewart. Οὗτοι ἐπὶ 27 περιπτώσεων προδιηθητικῶν καρκίνων ἀπέδειξαν ὅτι ἐχρειάσθησαν 4 βιοψίαι ἐξ ἐκάστου τραχήλου καὶ ἐξ αὐτῶν πολλαπλαῖ σειραὶ ἱστολογικῶν τομῶν διὰ τὴν διάγνωσιν τῶν 25 ἐκ τῶν 27 περιπτώσεων. Αἱ ὑπόλοιποι 2 περιπτώσεις ἦσαν ἐκ τοῦ ἔσω τραχήλου, ἡ δὲ διάγνωσις αὐτῶν δὲν θὰ ἐγένετο ἂν ἐστηρίζοντο μόνον ἐπὶ τῆς βιοψίας.

Ἐκ τῶν ἄνω βλέπομεν ὅτι ὁ ἀριθμὸς τῶν διαγνωσθεισῶν περιπτώσεων ἐξαρτᾶται κυρίως ἐκ τῆς πλήρους ἱστολογικῆς μελέτης τοῦ τραχήλου, ἥτις διὰ νὰ εἶναι πλήρης χρειάζεται περὶ τὰς 5-10.000 ἱστολογικὰς τομάς. Ἐπειδὴ τοῦτο ὅμως δὲν εἶναι πρακτικῶς ἐφαρμόσιμον, ἐπενοήσαμεν διαφόρους τρόπους ἱστολογικοῦ ἐλέγχου τοῦ τραχήλου ὅπως ἡ δακτυλιδοειδῆς βιοψία τῶν ὀρίων τῆς μετάπτωσεως τοῦ ἐπιθηλίου, ἐκ τῆς ὁποίας 15-20 μικραὶ βιοψίαι δύναται νὰ ληφθῶν, ἢ ἡ καλουμένη κωνοειδῆς βιοψία, τῆς κορυφῆς τοῦ κώνου ἀντιστοιχοῦσης πρὸς τὸν ἐνδοτραχηλικὸν σωλήνα.

### Καρκίνος τοῦ τραχήλου τῆς μήτρας

Τὰ συμπεράσματα ἐκ τῆς ἐργασίας μας

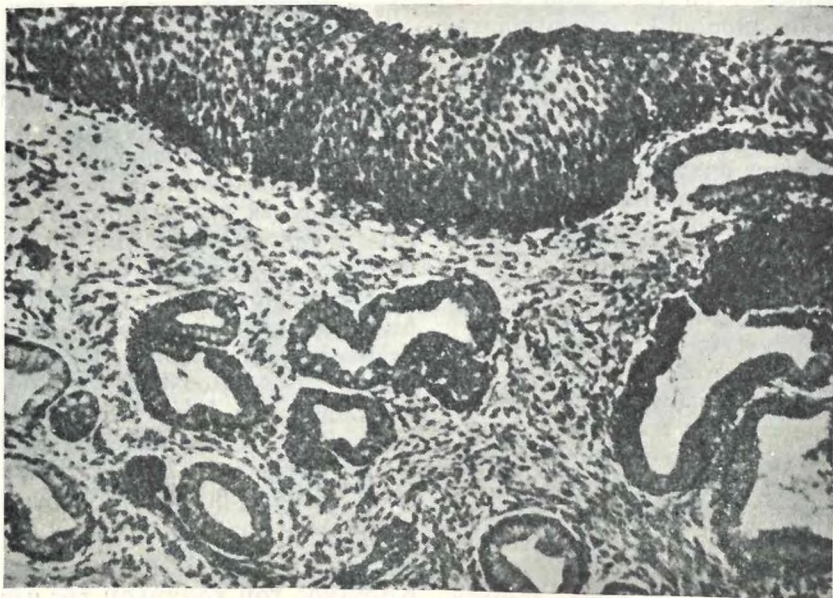
εἶναι : 1) ὅτι οἱ ἐν λόγῳ πρώιμοι καρκίνοι παρατηροῦνται μεταξύ 36·42 ἐτῶν, καὶ ἐπομένως τὸ ὄριον τῆς ἡλικίας τοῦ καρκίνου τοῦ τραχήλου εἶναι χαμηλότερον τοῦ πρότερον παραδεκτοῦ τοιοῦτου' 2) ὅτι ἐφ' ὅσον τὸ ἐπιθήλιον παραμένει ἀδιάσπαστον, κλινικὰ συμπτώματα ἢ σημεῖα καρκίνου δὲν ὑφίστανται εἰσέτι. Καὶ εἰς μὲν τὴν περίπτωσιν ἔνθα ἡ ἀσθενὴς στερουμένη σημεῖων ἢ συμπτωμάτων δὲν μᾶς ἐπισκεφθῆ, οὐδὲν δυνάμεθα νὰ πράξωμεν. Εἰς τὴν περίπτωσιν ὅμως ἔνθα ἡ ἀσθενὴς θὰ μᾶς ἐπισκεφθῆ δι' οἰανδήποτε ἄλλην γυναικολογικὴν πάθησιν, δυνάμεθα εὐκόλως νὰ ἀποκλείσωμεν τὴν περίπτωσιν τοῦ καρκίνου τοῦ τραχήλου, ἔστω καὶ ἂν ἡ γυναικολογικὴ πάθησις τῆς ἀσθενοῦς οὐδεμίαν σχέσιν ἔχει μὲ τὸν τράχηλον.

Μέχρι τοῦδε αἱ μικροσλλοιώσεις τοῦ τραχήλου εὐκόλως διεγιγνώσκοντο ὡς ἀπλαῖ διαβρώσεις καὶ ἐθεραπεύοντο διὰ καυτηριάσεων. Σήμερον ὅμως δέον νὰ λαμβάνεται ὑπ' ὄψιν ὅτι ἐπὶ κάθε τραχήλου εἶναι δυνατόν νὰ ὑποβόσκη ὁ καρκίνος, καὶ ὡς ἐκ τούτου ἐρευνᾶται μέχρις ἀποδείξεως

τοῦ ἀντιθέτου. Καίτοι ὁ καρκίνος ἔχει παρατηρηθῆ ἐπὶ ὅλων τῶν ἡλικιῶν ἀπὸ τοῦ ἐνὸς ἔτους μέχρις 90 ἐτῶν καὶ ἄνω, ἐν τούτοις ἡ σχολαστικὴ ἀναζήτησις αὐτοῦ δέον ὅπως γίνεται μεταξύ τῶν πολυτόκων γυναικῶν ἡλικίας 30·35 ἐτῶν, αἰτινες συνήθως κατακλύζουσι τὰ ἱατρεῖα μας. Ὡς γυναικολόγοι δέον ὅπως ἐπὶ ὑπόπτων ἀλλὰ οὐχὶ ἐκδήλων περιπτώσεων λαμβάνομεν περισσότερο τῆς μίας βιοψίας καί, ἐφ' ὅσον εἶναι δυνατόν, κωνοειδῆ τοιαύτην. Δέον ἐπίσης ὅπως ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν μας ὅτι αἱ θέσεις αἰτινες συνήθως ἐγείρουσι τὴν ὑπόνοιαν καρκίνου εἶναι κάτι ἄλλο καὶ ὄχι προδιηθητικοὶ καρκίνοι, καθ' ὅσον οἱ τοιοῦτοι προδιηθητικοὶ καρκίνοι δὲν εἶναι συνήθως εὐδιάκριτοι. Ἐπομένως αὐτὸ τὸ κάτι ἄλλο δυνατόν νὰ εἶναι εἴτε διηθητικὸν ἤδη καρκίνωμα εἴτε μία ἀπλῆ διάβρωσις, ἄρα καλοήθης πάθησις.

#### Ἡ βιοψία ὡς συνήθης μέθοδος ἐξετάσεως

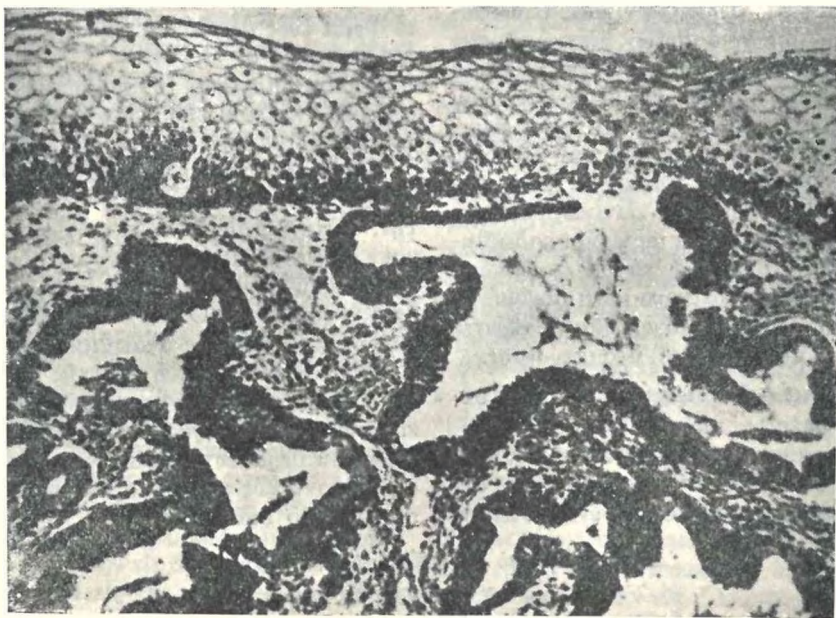
Ὡς παθολογοανατόμοι, ἐπὶ συνήθους τραχηλικῆς ἐξετάσεως δυνάμεθα νὰ λάβω-



Βιοψία τραχήλου μετὰ χαρακτήρων καρκινωμάτων ὁδὸς ἐξαλλαγῆς τοῦ καλυπτικοῦ ἐπιθηλίου.

μεν πλέον τῆς μιᾶς βιοψίας πρὸς ιστολογικὴν ἐξέτασιν. Δυνάμεθα νὰ λάβωμεν περισσοτέρας τομὰς ἀπὸ τὰ τεμάχια ἐκεῖνα τὰ ὁποῖα θεωροῦμεν πλέον ὑποπτα ιστολογικῶς καὶ δυνάμεθα νὰ ζητήσωμεν περισσοτέρας βιοψίας, ἐφ' ὅσον ὑφίστανται ἐνδείξεις, ἀλλὰ δὲν δυνάμεθα νὰ σχηματίσωμεν σαφῆ γνώμην ἀπὸ μίαν καὶ μόνον βιοψίαν. Εἰς τὸ ἐρώτημα ἐὰν ὑπάρχη τι τὸ ἐπὶ πλέον τὸ ὁποῖον θὰ ἠδυνάμεθα νὰ κάνωμεν, ἢ ἀπάντησις εἶναι καταφατική. Τὸ ἐπόμενον βῆμα βασίζεται ἐπὶ τῆς κυτταρολογικῆς ἐξετάσεως τῶν ἀποφολιδωμένων κυττάρων. Ὡς γνωστόν, ὅλα τὰ ἐπιθήλια ἀποφολιδῶνουν τὰ κύτταρα τῆς ἐπιφανείας τῶν, ἰδιαίτερος δὲ τὰ κακοήθη ἐπιθήλια ἐνωρίτερον καὶ ἀφθονώτερον ἀπὸ τὰ καλοήθη τοιαῦτα. Συνεπεία τῆς ἀποφολιδώσεως, ἐπιθηλιακὰ κύτταρα ἀνιχνεύονται εἰς τὰ ἐξιδρώματα καὶ τὰς ἐκκρίσεις τῶν διαφόρων μερῶν τοῦ σώματος. Τὸ φαινόμενον τοῦτο παρατηρήθη κυρίως ὑπὸ τοῦ Γεωργίου Παπανικολάου κατὰ τὰ τελευταῖα 20 ἔτη, ὃ ὁποῖος μᾶς ἐδίδαξε τὰ κριτήρια τῆς ἀναγνώσεως τῶν κακοήθων κυττάρων μα-

κρὰν τῶν μητρικῶν αὐτῶν ἰσθῶν. Τοῦτο ἐπιτυγχάνεται διὰ τῆς φυγοκεντρήσεως πλευριτικοῦ ὑγροῦ, ἀσцитικοῦ ὑγροῦ, οὔρων, πτυέλων κλπ. Ἡ λήψις κυττάρων ἐκ τοῦ τραχήλου τῆς μήτρας εἶναι ἰδιαίτερος εὐκόλος. Τὸ κολπικὸν ἔκκριμα λαμβανόμενον ἐκ τοῦ ὀπισθίου κολπικοῦ θύλου ἐπιχρίεται ἐπὶ ἀντικειμενοφόρου πλακός, χρωματίζεται κατὰ Παπανικολάου καὶ ἐξετάζεται ὑπὸ τὸ μικροσκόπιον. Μετὰ ἀπόκτησιν ἱκανῆς πείρας, ἢ ἀναγνώρισις τῶν καρκινωματοδῶν κυττάρων δύναται νὰ ἐπιτευχθῇ μετὰ ἀκριβείας. Τοιαῦτα ἐξετάσεις ἐκτελοῦνται εἰς τὴν Γυναικολογικὴν Κλινικὴν τοῦ Πανεπιστημίου τοῦ Ἐδιμβούργου κατὰ τὰ τελευταῖα 7 ἔτη. Ἀκόμη καλυτέρα λήψις δύναται νὰ ἐπιτευχθῇ διὰ τῆς εἰδικῆς ξυλίνης σπάτουλας τοῦ Ayte, τῆς ὁποίας τὸ σχῆμα εἶναι εἰδικόν, οὕτως ὥστε ἐφαρμοζόμενον ἐπὶ τῆς ἐπιφανείας τοῦ ἐξω τραχηλικοῦ στομίου νὰ ἀποσπᾷ κύτταρα ἐκ τῆς ἐπιφανείας αὐτοῦ. Ἐπὶ ἀνευρέσεως κακοήθων νεοπλασματικῶν κυττάρων εἶναι ἀναγκαῖον ὅπως τοῦτο ἐπιβεβαιωθῇ καὶ διὰ τῆς βιοψίας. Εἰς τὴν περιπτῶσιν αὐ-



Βιοψία τραχήλου μετὰ φυσιολογικοῦ καλυπτικοῦ πολυστίθου πλακώδους ἐπιθηλίου.

τὴν εἶναι δυνατόν ὁ ἱστολογικὸς ἔλεγχος νὰ ἀπαιτήσῃ πολυαριθμούς σειρὰς τομῶν, πρὸς ἀπόδειξιν τῆς κακοηθείας, καὶ τοῦτο διότι διὰ τῆς κυτταρολογικῆς μεθόδου ἀνιχνεύονται πολλάκις μικρότατα καρκινώματα, τὰ ὁποῖα εἶναι δυνατόν νὰ διαφύγουν τὸν ἔλεγχον τῆς ἱστολογικῆς ἐξετάσεως εἴτε διότι ἡ βιοψία δὲν ἐλήφθη ἐκ τῆς καταλλήλου θέσεως, εἴτε διότι ἐκ τοῦ τεμαχίου αὐτοῦ δὲν ἐλήφθη ἐπαρκὴς ἀριθμὸς τομῶν. Μέχρι τοῦδε, ἐπὶ τῶν περιπτώσεων ἔνθα ἡ κυτταρολογικὴ ἐξέτασις ἦτο θετικὴ, ἡ δὲ ἱστολογικὴ ἀρνητικὴ, ἐπεκράτει ἡ γνώμη ὅτι τὸ ἀποτελεσματικὸν τῆς κυτταρολογικῆς ἐξετάσεως ἦτο ἐσφαλμένον. Ἐν τούτοις ἔχομεν περιπτώσεις, ἔνθα διὰ νὰ ἀποδείξωμεν ἱστολογικῶς τὴν κακοήθειαν ἐξαλλαγὴν ἐχρησιάσθη νὰ λάβωμεν 50·250 τομάς ἐκ τοῦ ἀποσταλέντος τεμαχιδίου.

#### Μικρὸν ποσοστὸν προ-διηθητικοῦ καρκίνου

Τὰ ἡμέτερα ἀποτελέσματα τῆς κυτταρολογικῆς τεχνικῆς ἀνεκοινώθησαν εἰς τὸ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists καὶ ἔχουν ὡς ἀκολούθως :

Ἐπὶ 9.910 γυναικολογικῶν περιπτώσεων ἐξωτερικῶν ἀσθενῶν διεγνώσθησαν 98 τραχηλικοὶ καρκίνοι, οἵτινες κλινικῶς δὲν ἦσαν ἐκδηλοὶ, ἤτοι ποσοστὸν περίπου 1%. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς δὲν περιλαμβάνονται αἱ περιπτώσεις τοῦ κλινικῶς ἐκδήλου τραχηλικοῦ καρκίνου. Ἐκ τῶν διαγνωσθέντων 98 οὐχὶ κλινικῶς ἐκδήλων καρκίνων, ἡ πλειονότης ἀφώρα προδιηθητικούς τοιοῦτους, ἐνῶ τὸ 34% ἀφώρα ὅλας ἐπιπολῆς καρκίνους μετὰ ἀρχομένης διηθήσεως. Οἱ ἐν λόγῳ διαγνωσθέντες πρῶμοι καρκίνοι εἶναι θεραπεύσιμοι.

#### Κακοήθεια τῶν πυρήνων τῶν κυττάρων

Τὰ κύρια κριτήρια κακοηθείας τῶν κυττάρων ἀνευρίσκονται εἰς τοὺς πυρήνας αὐτῶν. Οὗτοι χρωματίζονται ἐντονώτερον,

παρουσιάζουν δὲ ἀνωμαλίαν ὡς πρὸς τὸ σχῆμα, τὸ μέγεθος καὶ τὴν περίμετρον αὐτῶν. Ἀπὸ μακροῦ ἔχει ἀμφισβητηθῆ κατὰ πόσον ἐν καὶ μόνον κύτταρον κακοήθες δύναται νὰ δώσῃ τὴν διάγνωσιν τῆς κακοηθείας. Σήμερον ὁμως τοιαύτη ἀμφισβήτησις δὲν ὑφίσταται, πρῶτον διότι συνήθως ἀνευρίσκονται πλέον τοῦ ἑνὸς κύτταρα καὶ δευτέρον διότι πιστεύομεν ὅτι ἡ κακοήθεια δύναται νὰ διαπιστωθῆ καὶ ἀπὸ τὴν ἀνέυρεσιν ἑνὸς καὶ μόνου κακοήθους κυττάρου, νὰ ἐπιβεβαιωθῆ δὲ ἐν συνεχείᾳ διὰ τῆς βιοψίας. Ἰδιαιτέρως οἱ κλινικοὶ, οἵτινες ὠφελήθησαν ἐκ τῶν κυτταρολογικῶν ἐξετάσεων, καθίστανται ὀλονὲν ἔνθερμοι ὑποστηρικταὶ τῆς μεθόδου αὐτῆς. Ἡ ὠφέλεια τῆς μεθόδου ἔγκειται εἰς τὴν πρῶιμον διάγνωσιν τοῦ καρκίνου, ἥτις μᾶς ἐπιτρέπει τὴν ἔγκαιρον μελέτην τῆς περιπτώσεως, ὡς καὶ τὴν ἔγκαιρον ἐφαρμογὴν τῆς θεραπευτικῆς ἀγωγῆς.

Ἐλπίζω ὅτι σὰς ἀπέδειξα πόσον κατορθωτὴ εἶναι ἡ διάγνωσις τῆς πλειονότητος τῶν πρῶιμων καρκίνων τοῦ τραχήλου διὰ τῆς νέας αὐτῆς μεθόδου, ἥτις ἤδη ἐπεβλήθη εἰς τὴν χώραν μας ἀποτελέσασα καὶ τὸ θέμα ἑνὸς ἀξιολόγου βιβλίου ὑπὸ τοῦ Dr Osborne of Derby.

Χαρακτηριστικῶς τὸ περιοδικὸν *Lancet* τοῦ Ἀπριλίου 1956 εἰς κύριον ἄρθρον του ἠροχίσε μὲ τὴν ἀκόλουθον φράσιν :

« Ἡ δυσπιστία ἐπεβράδυνε τὴν ἀνάπτυξιν τῆς κυτταρολογίας εἰς τὴν χώραν αὐτήν. Ἐδύτυχῶς αὐτὴν τὴν στιγμὴν ὑπάρχουν ἀρκετοὶ παθολογοανατόμοι οἱ ὁποῖοι ἐφαρμόζουν τὴν κυτταρολογικὴν μέθοδον, ἥτις κατὰ τὸν Dr Osborne ἀποτελεῖ κλάδον τῆς παθολογικῆς ἀνατομικῆς. »

Εἶμαι βέβαιος ὅτι ἡ διὰ τῆς μεθόδου αὐτῆς ἔγκαιρος διάγνωσις τοῦ καρκίνου καὶ συνεπῶς ἔγκαιρος ἐφαρμογὴ τῆς καταλλήλου θεραπευτικῆς ἀγωγῆς θὰ ἀυξήσῃ μελλοντικῶς τὸ ποσοστὸν τῆς ἐπιβιώσεως τῶν 5 ἐτῶν.

Ἀπόδοσις ἀπὸ τὸ Περιοδικὸν *Nursing Mirror*

Σ. ΛΕΚΟΥ

Διευθυντριάς Παθολογοανατομικοῦ Ἐργαστηρίου  
Μαιευτηρίου «Μαρίκα Ἡλιάδη»