

PROBLEMELE ACTUALE ALE MASTITEI PUERPERALE*)

András E. Lőrincz

În ultimii ani, dar mai ales după 1954, au apărut foarte multe comunicări despre mastita puerperală. Îndeosebi literatura occidentală s-a ocupat în repetate rânduri cu problemele acestei afecțiuni, și s-a putut stabili din studiile publicate ca motivul ce a determinat elaborarea articolelor a fost, în primul rând, *creșterea frecvenței mastitelor*. Frecvența mastitelor a trebuit să rețina atenția obstetricienilor cu atât mai mult cu cât în acest interval de timp nu s-au înmulțit nici infecțiile puerperale genitale și nici alte infecții ale plăgi chirurgicale, ba mai mult, febra puerperală în practică a dispărut. Mulți autori au considerat acest fenomen drept neliniștitor. Profesorul *Lichtenstein* de la Lipsca e de părere că dacă frecvența nu se va reduce la nivelul ei anterior, ne aflăm în fața unor riscuri serioase, fiind vorba mai precis de micșorarea capacității de alăptare. Iar aceasta este tot una cu a lipsi sugarul de laptele de mamă, ceea ce atrage

* Referat prezentat în cadrul zilelor medicale organizate la Odorhei între 4-5 oct. 1958.

dupa sine creșterea numărului copiilor alimentați pe cale artificială, cu o predispoziție mai accentuată la infecții, scăderea natalității etc. Datele publicate de *Preisler și Beinert* arată că frecvența mastitelor puerperale a crescut, după ultimul război, în cele mai multe clinici din Germania. De asemenea din comunicările tacute rezultă că proporția îmbolnăvirilor diferă mult de la un spital la altul. În comunicarea amintită mai sus mastita precoce oscilează, potrivit ielurilor date clinice, între 0,35 și 10%. Aceasta surprinzătoare instabilitate proporțională ne-a dat de gând și ne-a determinat să-i găsim explicația. După unele comunicări, trebuie să se țină seama de faptul că la stabilirea diagnosticului de mastită puerperală, specialiștii aplica diferite criterii. În adevăr, pentru obstetrician stabilirea demarcației terne între mastită și simpla stază de lapte e o problemă ce survine zilnic.

Luind în considerare dificultatea diferențierii acestor două maladii, *Wespi* propune stăruitor limitarea utilizării antibioticelor. El susține ca în mare parte a cazurilor, modificarea simului în primele zece zile de lăuzie, însoțită de roșeață de tunicăție, de dureri și de stare febrilă poate fi o simplă stază de lapte și nu o mastita infecțioasă. După părerea mea însă explicația surprinzătoarelor variații ale frecvenței nu trebuie căutată aici, ci în *adunarea materialului clinic*.

O imagine reală a frecvenței mastitelor nu se poate dobândi decât dacă izbutim sa urmărim pînă în tirziu după plecarea lor din spital, femeile care au născut în maternități. Dar trebuie sa precizăm că după ieșirea din clinică numai o mică parte a femeilor se mai înapoiază la secția unde a avut loc nașterea. Cele mai multe sînt tratate de chirurgi. În condițiile noastre, ele ajung mai ales în policlinicile chirurgicale sau în cabinetele de radioterapie. Acolo unde se practică medicina particulară, aceste femei sînt tratate de medici parteneri, ceea ce înseamnă că o bună parte a mastitelor scapa evidenței statistice obișnuite. Prin urmare atît datele statistice cît și după cum se va vedea mai tirziu și alți factori, justifică diferențierea mastitelor în două forme: *precoce și tardivă*. Considerăm că sînt precoce acele mastite care survin în primele zile de lăuzie, de obicei pînă în ziua a nouă — și care sînt descoperite ca atare în maternități, fiind tratate acolo. Sînt tardive acele mastite care se dezvoltă după ieșirea lăuzelor din spital, de cele mai multe ori în a 3—4-a săptămînă. Cele mai numeroase sînt mastitele tardive, al căror număr e cam de două ori mai mare decît al celor precoce. E de înțeles deci că materialul de mastite precoce al maternităților ne reflectă fidel frecvența mastitelor adevărate, mai cu seamă în condițiile noastre, unde lăuzele părăsesc spitalul înainte de ziua a 9-a. Astfel, frecvența mastitelor poate să rămînă în cadrul frecvenței obișnuite, care potrivit celor mai multe date nu depășește în condiții normale, proporția de 2%. Urmărind situația lăuzelor plecate din spital, prin deplasări pe teren *Majewski și Ollenburg* au constatat ca dintre toate lăuzele 13,3% s-au îmbolnăvit de mastita. S-a mai stabilit apoi că recidivele s-au instalat în proporție de două treimi după mastite precoce și în proporție de o treime după mastite tardive. Aceasta înseamnă că mastitele precoce recidivează într-o măsură disproporțional de mare față de cele tardive, fapt care ne îndreptățește să tragem concluzia că mastita precoce constituie doar un stadiu inițial care nu poate fi oprit pe cale terapeutică decît într-un anumit procent al cazurilor. În mastitele precoce, capacitatea de alăptare scade, în timp ce în mastitele tardive încetează aproape complet. Între terapia mastitelor precoce și aceea a mastitelor tardive există de asemenea o deosebire bine determinabilă. În timp ce numai o mică parte a mastitelor precoce impune executarea unei intervenții, mastitele tardive abcedează în proporție de circa 50%. Aprecierea optimistă a problemei mastitelor se datorește împrejurării că o parte dintre mastitele observate în clinică au un caracter pasager. Dar cele mai multe din acestea recidivează ca mastite tardive fiind luate în evidența statisticilor, fapt care stîngherește aprecierea reală a situației. Nu poate fi respinsă însă nici părerea că la diferențele de frecvența a mastitelor constatate în cadrul unor maternități mai contribuie și alte cauze, mai ales dacă luăm în considerare apariția mastitelor puerperale infecțioase cu caracter epidemic. Se pune în mod necesar întrebarea: oare frecvența mai pronunțată ce se observă la mastitele puerperale e o particularitate spitalicească, frecvența crescută constituie oare consecința unei așa-zise infecții intraspitalicești, sau altfel pusă chestiunea: aceeași frecvența ridicată se constata și printre nașterile ce au loc la domiciliu? Noi nu am putea răspunde decît foarte

greu la această întrebare, întrucît în țara noastră mai cu seamă în mediul urban — nașterile la domiciliu sînt extrem de rare. Datele din literatură sînt contradictorii. *Kayser* a putut să prezinte ridicarea frecvenței și la nașterile la domiciliu. După *Röpke* frecvența mastitelor a crescut exclusiv în cadrul nașterilor în spitale. *Gerisch* constată că spitalele moderne, care dispun de spațiu mult și de camere mici — unde se pot asigura deci, fără greutate, mici unități de asistență — relatează prezența mastitelor într-o proporție surprinzător de redusă.

Din cele de mai sus rezultă că ne aflăm în fața unei probleme complexe, și că în cele ce urmează ar trebui să descoperim condițiile și factorii care determină creșterea frecvenței mastitelor. Datele statistice arată că ridicarea bruscă s-a produs după 1950. *Möbius*, a găsit pînă în 1948 un procent de 1,6%, apoi după 1950, frecvența a crescut mai bine de două ori. În 1949 *Mestwerdt* a arătat un procent de 2,95%, dar în 1951 a observat o frecvență de 3,56%. Se pare deci că creșterea frecvenței mastitelor coincide cu anii care au urmat utilizării pe scară largă a penicilinei.

În materialul nostru, numărul mastitelor tratate a variat anual între 2—4. Acest număr s-a ridicat în 1956 la 11, iar în 1957 la 12. *Breuning* și *Harnisch* susțin ca deși antibioticele au adus servicii valoroase în terapie, și nu în ultimul rînd în tratamentul mastitelor, totuși nu e permis să nesocotim consecințele utilizării lor. Fără îndoială cel mai mare pericol pe care-l prezintă e rezistența germinilor infecțioși. Aceasta constituie pentru bacteriologi consecința merită oricărei terapii antibacteriene, specific fiind numai timpul de apariție în cazul fiecărui agent patogen, potrivit duratei utilizării și largimii spectrului antibioticului. Acest lucru nu a dobîndit în aparență nici o însemnătate deosebită, în schimb dacă luăm în considerare terapia, trebuie să ne gîndim la el. Dacă de ex., utilizarea penicilinei nu ne poate oferi a priori perspectiva nici unui rezultat, atunci vom renunța la ea în primul rînd din considerente bacteriologice.

Începînd din anul 1947, penicilina s-a folosit din ce în ce mai mult. Întrucît rezistența față de penicilină a stafilococului aureu hemolitic, adică a micrococului piogen, cel mai frecvent agent al mastitei puerperale, se dezvoltă relativ repede, nu trebuie să ne mire faptul că *Neuweiler* și *Ritter*, în comunicarea lor din 1957, stabilesc că acești germeni au devenit rezistenți la penicilină în proporție de 95%, față de dozele obișnuite. Ținînd seama de capacitatea de imunitate nu întotdeauna favorabilă a lăuzeilor (nașteri prin intervenție chirurgicală, hemoragii etc.) e de înțeles că mastitele purulente par a fi mai primejdioase astăzi decît înainte de descoperirea penicilinei. În timp ce în 1948—1949 și în 1950, se putea obține o vindecare rapidă a mastitelor, administrîndu-se penicilină intramammar, astăzi situația nu mai e aceeași. Toate acestea i-au determinat pe obstetricieni să descopere în cadrul cercetărilor lor clinice experimentale, condițiile infecției, să cerceteze aplicarea judicioasă a antibioticelor și să elaboreze cele mai bune metode de profilaxie a răgadelor mamelonare.

Jacobi relatează în 1957 că în ultimii ani stafilococul aureu se găsește într-o măsură vădit mai pronunțată atît pe mîinile cit și în cavitatea nazo-faringiană a personalului sanitar de la secțiile de maternitate, de asemenea în aceeași părți la lăuze, iar la nou-născuții și sugarii în cavitatea nazo-faringiană și bucală. Transmiterea se face de obicei prin alăptare. *Putz* a arătat că surorile și medicii după un scurt concediu nu mai poartă stafilococi, și numai după ce se înapoiază la serviciu se infectează din nou în mediul plin cu germeni. Lucrările anterioare ale lui *Darup* și *Muth* au arătat că în secțiile de sugari personalul sanitar poartă germeni patogeni mai ales în cavitatea nazo-faringiană transmițîndu-i astfel copiilor, care la rîndul lor transmit bacteriile pe mamelonul mamei. Alți cercetători cred că e vorba de o succesiune inversă, adică de o transmitere de la mamă la copil, dat fiind faptul că au găsit germeni mai înții la mame, și numai mai tîrziu în cavitatea nazală a copiilor. Există și date potrivit cărora unele tulpini de aureu, — aflate la anumite mame și copii cu ocazia examenelor de stabilire a sensibilității față de penicilină — nu sînt identice. De asemenea s-au publicat observații care arată că, în cadrul unor examene în serie, în piurul abcesului s-au pus în evidență alte tulpini decît anterior în mamelon. Cercetările lui *Monn* și colab. au ajuns la concluzia că noul-născut poate deveni purtător de stafilococi patogeni după 24 de ore de la naștere. Noul născut poate să inspire din mediul ambiant stafilococi

suspendați acolo. E mult mai probabil că germeni se transmit de la mamă la copil și nu invers. La naștere, nu s-au găsit germeni în mamelon, dar s-au găsit pe degetele femeilor. De aici, după 24 de ore, s-au putut extinde pe mamelon și de acolo să pătrundă în cavitatea nazală a nou-născuților unde în condiții favorabile are loc intensificarea virulenței, germeni ajungând din nou pe mamelon cu ocazia alăptării. S-au găsit germeni identici pe degele și în nasul nou-născuților, apoi s-a constatat o apariție periodică pe aceste teritorii. Credem că în ceea ce privește transmiterea bacteriilor, rolul principal îl au degetele femeii care alăptează. Aceștia înseamnă că există o modalitate față de toate antibioticele, cu excepția eritrominei. Dacă la internare agenții patogeni au putut fi puși în evidență pe mamelonii mamei, atunci sensibilitatea față de antibiotice a fost găsită în general favorabilă. Dacă însă germeni au ajuns acolo în a 2—3-a zi de lăuzie, atunci acest fapt a fost însoțit de schimbarea rezistenței. În legătură cu examenele de rezistență se poate deduce că mastitele care s-au instalat după ieșirea din spital au fost cauzate de germeni spitalicești identici. Condițiile locale ale germenilor din fiecare institut depind de mai mulți factori, și nu în ultimul rând de modul în care se administrează antibioticele în spitalul sau secția respectivă. Apoi, o altă împrejurare care trebuie luată în considerare e aceea dacă s-a constatat prezența germenilor infecțioși într-un număr mai mare la data când s-au efectuat examinările. Prin urmare, primul lucru ce trebuie să se facă este stabilirea relațiilor normale ale germenilor, fapt care poate servi drept baza de comparație pentru situațiile de mai târziu. *Preister și Beinert* (1958) au efectuat cercetări bacteriologice de mediu într-o clinică mare, când frecvența mastitelor a fost în ultimii doi ani de 0,78%, fără a fi necesară incizia în nici unul din cazuri. În afară de aceasta, antibioticele au fost administrate în mod realist și adecvat. Concluziile finale ale autorilor au fost următoarele: infecția ce se produce prin intermediul aerului nu are un rol important în apariția mastitei puerperale. Germenul a fost găsit în fiecare boxă de copil, dar niciodată nu s-a găsit aici tulpină de stafilococ aureu patogen.

În camerele lăuzelor s-au găsit de 2—6 ori mai mulți germeni decît în boxele de sugari, dar cu toate acestea și aici aproape toate tulpinile de stafilococi au fost negative la coagulază și sensibile la penicilină. Surorile s-au dovedit a fi purtătoare de germeni patogeni în proporție de 80%, dar și aceste tulpini au manifestat o sensibilitate destul de pronunțată față de antibiotice. La ieșirea din clinică s-a putut pune în evidență prezența stafilococului hemolitic aureu în cavitatea nazo-faringiană într-o proporție de 77,5% din totalul copiilor. 45% au fost pozitivi la proba de coagulază, deci patogeni. În cursul acestor examinări au manifestat o sensibilitate minimă față de antibiotice. Călea de transmitere între mame, copii și personalul îngrijitor nu poate fi lămurită într-un mod unanim acceptat. Oricum ar sta lucrurile, cert e că îngrijirea sînilui nu trebuie întreruptă nici după ieșirea din clinică. *Breuning și Harnisch* au făcut cercetări asemănătoare într-o perioadă cînd în clinica lor, mastita a apărut epidemic. La cinci sute de nașteri au observat 55 de mastite. În acest număr sînt cuprinse și mastitele tardive. Luînd în considerare rezistența ce au avut-o, germeni izolați, din puroiul recoltat după incizia mastitelor tardive, au corespuns stafilococilor clinici, astfel încît a trebuit să se presupună o infecție clinică. Efectuînd examene de cultură cu materialul recoltat din mameloanele a 500 de femei și din cavitatea faringiană a tot atîtor nou-născuți, autorii au găsit stafilococi după cum urmează: în prima zi la mame în proporție de 2,2% iar la copii în proporție de 2,4%; în ziua a 5-a la mame în 61,4%, iar la copii în 61,2%, ceea ce înseamnă că germeni s-au dezvoltat paralel în cele două organe, în mamelon și faringe. Cavitatea nazo-faringeană, a mamelor nu a fost examinată, în schimb s-a examinat aceea a personalului îngrijitor. Aici s-au descoperit cel mai mulți germeni rezistenți.

În toți discuțiilor s-au ivit și întrebări cum ar fi de ex. eficacitatea calitativă a spălătorilor în clinică. Din tamponul imbitat cu puroi cusut pe marginea prosopului, s-au putut cultiva stafilococi aurei atît în ciuda dezinfectării cu soluție de septigen 2% timp

de 8 ore, cit și a herberii. Germeni nu au dispărut din ingerie decit după sterilizare cu aer ierbinte. *Lichtenstein* spune că ingeria confecționată din materiale sintetice, deși se poate spăla și usca mult mai simplu decit cea din materiale fibroase naturale, totuși pentru obstetrician, mai ales în cazul mastitelor, e de mare importanță faptul că cămășile confecționate din materiale sintetice nu se pot fierbe și nu se ierb.

Lichtenstein crede că în viitor va trebui să vorbim și despre materiale purtătoare de bacterii, cum ar fi de ex. ingeria umană dacă nu se poate fierbe și calca.

În *prophaxia* mastitei puerperale scopul imediat trebuie să fie *evitarea infecției mamelelor*. Dacă această infecție se produce, atunci trebuie să ne străduim să înlăturăm posibilitatea albedării.

De o importanță fundamentală în acest sens sînt curățenia și îngrijirea mamelonului.

Autorii sovietici *Djalov*, *Malinin* și *Bednacov* au atras recent atenția asupra importanței acestora. Transmiterea mastitei puerperale pe cale hematogenă e foarte rară: practic toate mastitele puerperale sînt mastite de alăptare, fie că se instalează intracanalicular, fie prin fisurile mamelonului. După *Walch*, în prophaxia generală a mastitelor antibioticele trebuie evitate, deoarece ele nu au decit un efect bacteriostatic și de aceea nu pot fi aplicate drept procedeu de dezinfectare. Incurajatoare e dezvoltarea acelor medicamente bactericide care au proprietatea de a omori germeni repede și sigur, chiar într-o concentrație scăzută. După *Malinin* scopul principal nu e dezinfectarea mameloanelor, ci curățenia și îngrijirea permanentă a acestora. El recomandă ca atît înainte de naștere cit și în timpul lăuziei, să se facă badijonări cu soluție de amoniu 5%. Recent sînt numeroși adepți ai tratamentului mameloanelor cu praf uscat. *Preisler* și *Beinert* au efectuat acest tratament cu un preparat numit furacintronsol, asociindu-l cu iradiația ultravioletă a camerelor de copii. Ei consideră că rezultatele pe care le-au obținut sînt remarcabile. *Jacobi* aplică spălarea pe mîini a surorilor și a mameloanelor lăuzelor cu riseptin, reușind în felul acesta să reducă frecvența de la 5% la 1,1%. Acest procedeu se recomandă mai ales acolo unde maternitățile funcționează în aceeași clădire cu alte secții. E de înțeles că pe lângă toate aceste indicații preconizate, din categoria procedeele preventive fac parte proiectele moderne de construire a spitalelor, la fel ca și propunerile de organizare și amenajare.

În literatura cea mai recentă nu întîlnim printre recomandările făcute tratamentul mameloanelor cu alifie antibiotică, despre care acum cîțiva ani s-a vorbit așa de mult. S-a renunțat în mare măsură la tratamentul cu unguent de aureomicină și xantocină, ca remediu profilactic împotriva mastitelor din perioada lăuziei. S-a renunțat, deoarece după aplicarea lui, frecvența mastitelor a crescut, și în afară de aceasta, proba de scaun făcută la copii a arătat creșterea frecvenței soorului.

Vorbind despre tratamentul mastitei puerperale ar trebui să răspundem la mai multe chestiuni actuale. Atît pentru obstetrician cit și pentru pediatru, o problemă curentă este cea a aspirației laptelui sau a înțercării. *Martius* spune că aspirația nu recompensează durerile pe care le cauzează. În sensul principiului chirurgical, de îndată ce infiltrația inflamatoare apare, sinul trebuie legat, apoi să se pună o pungă cu gheață pe el, iar copilul trebuie ținut departe de sinul bolnav. *Roos* subliniază rezultatele bune pe care le-a obținut aplicînd la timp radioterapia în 548 de cazuri; el preconizează înțercarea imediată după apariția infecției. *Lapkovici* și *Apasov* recomandă ca în lipsa unui aparat de radioterapie, tratamentul cu raze să se efectueze cu ajutorul tubului aparatului roentgen de diagnostic, bineînțeles respectîndu-se indicațiile corespunzătoare. După necesitate, tratamentul trebuie să se aplice de patru ori. Numai în caz de melioritate e recomandabil să se aplice alt tratament.

În ceea ce privește terapia, o altă problemă curentă e utilizarea antibioticelor. Ce rol pot să aibă antibioticele în viitor, în tratamentul mastitelor? În prezent au loc cercetări ample în toate domeniile în legătură cu utilizarea și utilitatea antibioticelor în terapie. Se va reuși oare să se reabiliteze aceste medicamente care au avut deseori la început un efect atît de ultor, pentru ca să-și poată îndeplini rolul binefăcător în viitor, sau vor disparea și ele ca altele altele, acceptate la început cu mare înșulțire? Se va adeveri oare afirmația recentă a lui *Röpke*, potrivit căreia mastita constituie probabil primul avertisment menit să ne atragă luarea aminte asupra pericolelor pe care

te prezintă tratamentul antibacterian unilateral ce se practica de aproape 100 de ani? (cred că azi nimeni nu poate să dea un răspuns cert la această întrebare. Știința va rezolva desigur și această problemă. Ceea ce putem face e să ne referim la datele existente în literatură. Am văzut în cele de mai sus că din punct de vedere teoretic, stărui pericoul rezistenței germenilor față de toate antibioticele. În mastita puerperală, premisa eficacității oricărui antibiotic este aceea de a se fixa într-o cantitate eficace la lapte și de a se elimina prin acesta. În afara de eritromicină, această proprietate o mai are *rovamicina*, recomandată recent de Neuweiler, un soi de streptomiceu, al cărui efect se exercita asupra cociilor gram-pozitive, țara să altereze într-un mic flora intestinală. Efectul ei bacteriostatic față de stafilococul auriu sau alb e sigur. Se administrează în tablete, la început 20 pe zi, ceea ce corespunde la 5 g, micsorându-se doza începând din a 6-a zi pînă la 12 tablete.

În caz de abcedare, azi nu se mai execută tratamentul cu antibiotice, fiind nu numai ineficace ci și contraindicat. E ineficace fiindcă medicamentul nu pătrunde prin peretele abcesului într-o concentrație suficientă pentru a combate agenții patogeni. Din această cauză persista posibilitatea dezvoltării rezistenței. Azi, în locul inciziei se practică din ce în ce mai mult tratamentul prin puncție, avantajos prin bunul efect psihic și prin excelențele sale rezultate funcționale și cosmetice. Intrucît după cum afirma bacteriologii, în cazul unei administrări locale masive de antibiotice, apariția rezistenței germenilor e îndoielnică, concomitent cu efectuarea puncției se introduc antibiotice în cavitatea abcesului. Pentru instilarea cavității abcesului, Wagner întrebunțează *Flomba de leucocilaza* ce se aplica în rinologie și în tratamentul sinusitelor maxilare.

Aceasta e o substanță uscată, conținînd pe lângă antibiotice tripsină. În chirurgie utilizarea tripsinei ca ferment proteolitic e veche. Efectul ei constă în fluidificarea țesuturilor necrotice, sustrăgînd bacteriilor mediul de cultură. Acizii aminici care se formează stimulează regenerarea plăgii. Pe lângă aceasta, tripsina e capabilă să neutralizeze anumite toxine bacteriene. Diluat în 10 ml de apă pînă devine o substanță gelatinoasă, amestecul acesta uscat se introduce în cavitatea abcesului, după aspirarea conținutului acestuia cu un ac al cărui calibru e de 2 mm. Datorită efectului său, țesutul abcesului se lichetiază în timp de 24 de ore, evacuîndu-se prin orificiul puncției sau pînăindu-se ușor aspira. Procedul e aplicabil și în cadrul tratamentului ambulator, dar nu se poate executa decît dacă abcedarea e completă. Puncția trebuie aplicată pe punctul culminant al teritoriului de fluctuație. Imprumutînd ideile lui Röpke, I. Mink susține, într-o comunicare din 1958, că, intrucît terapia cu antibiotice a eșuat, e evident că problema mastitelor nu poate fi scoasă din impasul în care a intrat decît de terapia biotică și nicidecum de terapia antibiotică.

Aceasta terapie biotică urmărește să se mențină simbioza între macroorganism și microorganism, iar infecțiile ca tulburări ale simbiozei, să fie înlăturate prin fortificarea capacității de apărare biologică a lauzei.

Sosit la redacție: 23 octombrie 1958.

Bibliografie:

1. I. F. MINK: Ztbl. f. Gynaek. 1958, 21, 834; 2. G. PREISLER u. U. BREINERT: Geb. u. Frauenheilk. 1957, 830; 3. JACOBI: Geb. u. Frauenheilk. 1957, 660; 4. K. KNÖRR: u. o. SCHMIDT—ELWENDORFF: u. o.; 5. W. NEUWEILER u. P. RITTER: Geb. u. Frauenheilk. 1957, 105; 6. A. N. SABAKOV, A. A. VASILIEV: Szovjetszkaja Medicina 1957, 7.; 7. LICHTENSTEIN: Ztbl. f. Gynaek. 1956, 19, 729; 8. H. WAGNER: Ztbl. f. Gynaek. 1956, 33, 1318; 9. MAJEWSKI u. OLLENBURG: Ztbl. f. Gynaek. 1956, 28, 1108; 10. MORIN e. CO.: Bull. de la Federation de Gynek. et Obstetr. 1956, 3, 302; 11. RÖPKE: Ztbl. f. Gynaek. 1956, 49, 1972; 12. LANGE: Ztbl. f. Gynaek. 1956, 49, 1980.; 13. E. WALCH: Ztbl. f. Gynaek. 1956, 45, 1798.; 13. A. MAYER: idem., K. KNÖRR: idem., MUTH: idem., ROOS: idem.; 14. K. KNÖRR: Ztbl. Gynaek. 1956, 554; 15. WESPI: idem., PREISLER: idem., HAUPTSTEIN: idem., WALCH: idem., STARK: idem.; 16. LIPKOVICI A. M., APASOV G. N.: Akus. i ginec. 1956, 4.; 17. BREUNING u., HARNISCH: Ztbl. f. Gynaek. 1955, 11.; 18. DJATLOV: Akus. i ginec. 1953, 5.; 19. MALINYIN A. J.: Akus i ginec. 1953, 3; 20. BEDNYACOV N. F.: Akus i ginec. 1951, 1.