مطالعی چند درباره متاستازهای استخوانی سرطان پروستات.

نگارش:

یکسور یحیی عدل
دکتر محمود جهرمی
دکتر دار آوژی

بررسی آمار سرطان پروستات

امروزه سرطان پروستات در از شایع ترین سرطان‌ها در نژاد مردان به‌حساب می‌آورند. مبحث جالبی که نجسات عدیده‌ای داشته‌ایم بازی‌نامه‌های بیماران است که من‌جمله مربوطه گذشته است. وفور مقالات و نکاتشامه شده در این رابطه که این کیفیت را نشان می‌دهد.

بررسی آمار مربوط به شیوع سرطان پروستات

در آمار سال ۱۹۵۰ در شهروندان بزرگ ممکن می‌باشد آماری که از روی تالیم سرطان‌های تشخیص داده شده عدد ۷۷۱ درصد برای پروستات و ۲۱۵ درصد برای سرطان معمولی.

صدشود است و البته ارای خود اهمیت شیوع آنها می‌رساند.

قسمت اعظم سرطان‌های پروستات در یک که حالت Oculte بسیار می‌باشد. بهترین کوشک‌های پیش‌بینی برای بیمار مبتلا تولید نمی‌کنند بنابراین تعداد فراوانی که به سرطان حیفی پروستات دچار هستند بیشتر از آمار فوق است. برای روش شدن افزایش همکاران محرزی که در سال ۱۹۴۹ از آمار خارجی‌ها به کار می‌آمد در اینجا معرفی می‌شود ابتدا موضوع شیوع سرطان پروستات تاثیر کننده در سال ۱۹۴۹ قبل می‌باشد.

فرانسوی از روي ۱۰۰ پروستات عمل شده برای هیپئروپنپین Prolactin Halle و Albarran رقم ۱۴ درصد سرطان پروستات را معرفی نموده‌اند (در سال ۱۹۴۹ میلادی) (منابع استفاده شماره این رقم بافت‌آور کم و بیش محسوس بارها تا کنون تاکنون شده است).

تاکنون زیراکرزگان Mayo clinic آمریکا افتتاح شده است (منابع استفاده شماره ۱۲) و نشان داده است از نتایج که آسیب شناسان در امتحان پروستات نژاد افراد اوتیسمی شده بست آورده‌اند.

* استاد جراحی وریدی بخش بیمارستان سینا
** دانشیار بخش جراحی سینا
*** آمیختگی افتخاری جراحی بیمارستان سینا
<table>
<thead>
<tr>
<th>سال ویکم</th>
<th>نام دانشکده پزشکی</th>
<th>درصد سرطان‌ها</th>
<th>مورد امتحان</th>
<th>شمار سال</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1935</td>
<td>Moore</td>
<td>229</td>
<td>20.5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1937</td>
<td>Walthard</td>
<td>100</td>
<td>30.0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1939</td>
<td>Kahler</td>
<td>381</td>
<td>17.3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1941</td>
<td>Oswald</td>
<td>98</td>
<td>14.3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1944</td>
<td>Gil Vernet</td>
<td>210</td>
<td>25.0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1949</td>
<td>Andrews</td>
<td>99</td>
<td>16.0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1953</td>
<td>Edwards</td>
<td>150</td>
<td>22.0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1954</td>
<td>Fronks</td>
<td>178</td>
<td>37.6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1934</td>
<td>Muir</td>
<td>54</td>
<td>13</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1935</td>
<td>Rich</td>
<td>294</td>
<td>14</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1941</td>
<td>Baron aud Anguisit</td>
<td>364</td>
<td>14.8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1958-1959</td>
<td>Gloggegiesser</td>
<td>200</td>
<td>12.0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

از آمار فوق برای پیشگیری از افراد به‌دست‌آمده به‌طور مستقیم به‌طوری که تعداد و نسبت سرطان‌های بدین‌گونه دارد، راه حلی برای مقابله با این مورد فراهم نمی‌گردد.

منابع:
- Randon Section
- Step Section
- Johns Hopkins
- Mayo clinic
- Hugh Young
- بود کاملاً شایسته دارد.
شماره چهارم
سرطان پروستات

سال بوده است تعداد افرادی که ممکن است ۷۵۵۷ سال را داشته‌اند بالغ‌سال بهبود بی‌بی‌و در بوده است. (۴۴)

عوامل تشخیص

بیماران بطورکلی برای ناراحتی علائم تازه‌آموز می‌بینند (اقداس از آمار تیوی جوزف های

بیمارستان: John Hopkins (منبع استناد‌سازی) ۳۶)

۴۲ درصد مواد
دیزوری
۴ درصد مواد
ادزیکند وبدون جداساز
۴ درصد مواد
پوئا کیاوری
۴ درصد مواد
اختلاف کامل
۱۶ درصد مواد
هلیووری
۱۱ درصد مواد
درد مثانه
۲ درصد مواد
درد مقدุมورینه
۴ درصد مواد

ابتلای افزایش بالینی اساس تشخیصی لمس مفعول می‌باشد وجود یک نودول سفت در پروستات

بیمار مشکوک به سرطان است در موارد پیشتر اهمام پروستات قوام نورانی بسته بوده است.

مقالات مرتبه به سرطان پروستات اهمیت تشخیص بیوبیسی بخوبی هم‌ونه است.

از نقل اسلم‌کز که بطوردقیق وکامل در مقالات عدیده‌ای رده بندی مشکوک Wim-Silverman به سروش یک بیوسیسی نتیجه‌ی مثبت است.

در جدول Wim-Silverman باشد که در جدول Wim-Silverman به امراض پروستات کارگر مکتوب عقل مفری شد. در ۴۵ درصد پروستات‌های مشکوک Jewett به ویوبیسی پنهان‌بسته بوده است (۳۶) در دهای که Kaufman Good wim در ۷۷ درصد پروستات به سرطان پروستات یا خورود هست. البته درنگ Bianchi در ۹۶ درصد موارد به سرطان پروستات بی‌خورود هست. البته درنگ Bianchi در ۹۶ درصد موارد به سرطان پروستات مشکوک بوده‌اند.

مورد وجدیدی از بیوبیسی ها آخرین Perineé که از راه مفعول در آخرين

چنین موارد به تخصص خارجی یافته می‌شود. باید داده‌آورشند که بیوبیسی از راه مفعول را بی‌بی‌و ادیلیn (۴) : کارگزار ۱۰۰ مورد Astraldi [ ] ۱۹۷۷ معمول کرد. (۴) : کارگزار ۱۰۰ مورد بیوبیسی از راه مفعول ولی چون خطر عفونت و میلتوست می‌باشد لزوم داشتن افرادی به‌شناختی دی‌موت‌روک Grastald یم‌ائی (۲۴) دوباره از آنها بی‌بی‌و داده شد.

آمار کارگزار (۳۷) میباشد که مجال‌الله درباره ۴۰۰ مورد بیوبیسی از راه مغفول مفعول

که در عرصه این ۵ سال اخیر نجات شده است مشترک نموده است که خلاف آن بدنی قرار است:
دانشگاه تهران
سال بست و یکم
نامه دانشکده پزشکی

۵۰ درصد نودولهای سفت سرطان داشته است این عدد به ۶۹ درصد دریوسنتاهای متشکل و
به ۸۵ درصد دریوسنتاهای سرطانی باعث تغییر می‌شود. درصد مورد بیوزی نخالین نورتویی
خوش خیم یا سالم بوده و دریوسنتاهای باعث اپلیکاژن روسیه داده است.

پایداری این شاخص که در ۱۶ درصد افراد که به سرطان خاصی بیوزی و نوشین دارد بوده‌اند
بیوزی جواب منفی داده است. همین امر را به نظر رسانده که در باره این مبحث دیگر نیست. و آن
اینست که اگر جواب بیوزی سرطان بود در این دوره تشخیص کامل و روش میشود ولی در موارد
سورت و در مورد جواب منفی تشخیص سرطان بیوزی نمی‌شود. در حالی بیوزی بیوزنت
و سیسته بیماری خوبی است و در ضمیمه عوارض آن نیز نادر هستند در آمار فوق عوارض مانند
همانوری - چربی آدرنار - دیزوزی بعد از بیوزی. را تا ۳ درصد گزارش داده‌اند.

در باره علائم کمکی آزمایشگاهی

مقدار فسفاتاز اسید باید همیشه وارد نظر باشد با وجودهای بودانسکی از ۵/۰ درصد
از ۸/۵ واحد با بالا اینهای King Armstrong به بالا است و با واحدهای Tagnون
مقدار فسفاتازها را درخود نشان دهنده نیز است از آن‌ها می‌کند. مقدار طبیعی آن بین دو نفر است:
۱/۰۵ واحد بودانسکی در زمان نولد
۰/۷ واحد در ۴ سالگی
۲/۷ واحد در ۱۵ سالگی
۲/۲۴ واحد در بالین.

دریوسنتاهای سرطانی این مقدار آزمایشگاهی

۳۰۰ واحد بیشتر است.

بلزینی بهینه قرار است: معمولاً فسفاتازهای اسید درد در جوون ایون کلسیم
خنتی میشود مکر فسفاتازهای استیلی که از خون سرطانی ترسیم شده باشند.

مطالبی چنین در باره متأثرازهای استخوانی سرطان بیوزنت

سارکوم ها و کارسینوم ها کرکه هردو به استخوانها متأثراز می‌دهند ولی آن‌ها مسلم است
اینست که متأثرازهای استخوانی کارسینوم خیلی شایع تر هستند و از طریق متأثرازهای آدنیه-سینوم بیوزنت را با داده‌های وارد، و در بیشتر متأثراز به استخوانهای در کبد سرطانی دیده
به‌طور مثال با در ربق از (۴ چر) از استرالیا Walter (۵) در در کتاب خود ربق ۷/۰ را پیشنهاد نموده است به‌طوره
وی ۲۰۰ تا موارد سرطانی که دوره تکام‌کنند خوی را طی کرده اند بیشتر اینکه زندگانی
بیمار زیر اتفاقی منجمله هم جراحی یا آمبولی یا غیره کوتاه نشده باشد درسون فقرات آنها

Downloaded from tunij.tums.ac.ir at 23:35 IRDT on Thursday May 23rd 2019
کانون‌های متاستاز در انسان یافت خواهد شد.

علت تمام‌کردن متاستاز و سرطان پروستات با استخوان

هماگونی می‌باشد. سرطان پروستات - کلیه (بخصوص هیپوتروم) - لیزوزد و پستان‌ساید.

نوع سرطان به سبب هسته‌های استخوانی مشهور دیگری در بیمار آن کیفیت مدتها بحث شده است و این یک سایه‌های وابسته به میلی‌مان و همکاران Warren Gravet و همکاران (33) میباشد که اولین دست‌ئولیف می‌باشد. با در سال 1961 در این بخش به نام پاتولوژی نفوذی چنین بیان کرده است.

شیوع متاستازهای استخوانی در سرطان های استخوانی اجتماع در سرطان پروستات و بدن دیگر سرطان‌های استخوانی و در بسیاری از دیگر خواناها. این نتیجه بوده که در اطراف غده بدخم هستند به گزارش کمی وقت جهت خواهش که که در اکثر موارد شایعات سرطان در آنها موجود است چون عوامل لانگزای اطراح اعمال حیاتی هستند لذا بستری می‌باشد، و همین امر بین می‌باشد که علائم اولیه شروع متاستازهای نورالزی ها باشد.

وفور متاستاز به غدد لنفاوی زیبتر قوای این عضله را تا تیم می‌کند.

Boyd (۱۶) از طریف‌داران این عقیده است و در کتاب آسیب‌شناسی معروف خود از آن دفاع می‌کند.

دانسته‌های (۷) در سال 1960 در این بخش به نام پاتولوژی نفوذی چنین بیان کرده است.

وریدی سرطان پروستات این‌طور کرر می‌شده.

آنتی‌ژن‌های رفتاری که میان میردهای هموگلوبین کربن والتي با سیستم وریدی اجوف تحقیق موجود هستند باعث می‌شود که متاستازها به آسانی گم نگرده با میردهای هر اندازه. برای این‌ها امر از ایجاد بلاستیکی مخصوصی پاتولوژی به از ایجاد Vinylyte که در می‌باشد. از Vinylyte که در ایجاد قابلیت از ایجاد وریدی نهایت می‌باشد، ایک که در ایجاد پاتولوژی تریچ می‌کند. از ارزیابی این بازگشت ناشان می‌دهد.

یک مشاهده کننده در این بررسی‌های سرطان در پایان هسته‌های استخوانی به دنبال چکریکی استخوان‌های پایینی به خواهش نموده که به‌های شرکت شرکت‌های سرطانی در روزه و تحقیق منابع متاستاز می‌باشد.

های رنگی و ایجاد خیلی که به ستون فقرات متاستاز می‌باشد. ۱۹۴۴ Willis دسته‌سوم: از ایجاد الیمیکین (۴) در بخش دیگری از راه جراحی فرنیک متاستاز می‌باشد و ناباید برای آن دیپلاس راه با به‌روش کاغذ و دیپلاس بیدایش اختصاصی سرطان تانوی.
در استخوانها وجود زمینه‌ساز کشت سلول‌های سرطانی است.

بعضی از مصنفین چنین غیبت‌های دارند که دراین سرطان‌ها زمینه‌ساز کشت برای پیدایش خودبخودی Induction سلول‌های سرطانی موجود است اینها از رفتار پیدا می‌شوند. همچنین برای میکنند

علائم بالینی بطور اختصاصی کاهی در حالیکه نمودر پذیرفته اولیه وا میشانیم یک بوجود کانون های ثانوی استخوانی می‌پریم.

زمانی کانون‌های ثانوی استخوانی بطور ظاهری اولیه خودنامه می‌کند دراین صورت منشاء اولیه آن برما یبوشیده است وقت امتحان‌های دقیق آن را روشن می‌سازد و یا حتی این منظره بعد

از انویسی فقط جامعه عمل بخودمی‌پوشد.

به‌صورت عالی‌تر که همه را بسیب امتحان مهم تنخیص بیشتر رادیولوژی هدايت می‌کند همانا درد های نوع نورالیزه استکند دروهای استخوانی و با تغییر شکل‌های استخوانی نیز دیده می‌شود.

اما درباره علل مهم رادیولوژی عالی رادیولوژی معمولاً در حفره هستند و وقتی داهی می‌شوند که عارضه استخوانی خیلی بی‌فرتنه باشد. علل رادیولوژی در تشخیص سرطان ثانوی می‌باشد استخوانی است در جریه اول

همیشه قرار دارند و در اکثریت موارد به آن اکثراً می‌شود.

در مورد بیماری با ملاک‌های سلول‌های استخوانی انویسی شده فقط در Sproul و Bachmann

15 مورد عألی رادیولوژی در روزهای قبل از وقوع آنها تهیه شده است درد آنها حتی توان در کانون برای تشخیص کافی نبوده است. بعضی‌ها کانون سرطانی با بی‌درد سانتی‌متر تجاوز نکنند تا اینکه معمولاً تشخیص هماهنگی شدند که اصلی تهیه‌ساز چنین کسانی است.

لکن خاصیت که زیر دو کانال می‌شود استخوان ران و استخوان بازو در درجه دوم اهمیت دارد.

چون معمولاً سرطان ثانوی استخوانها در اینجا از نوع استخوانی Osteoplasique می‌باشد

لذا اشکال رادیولوژی از نوع استخوانی می‌باشد.

که یک مرز مشخص می‌باشد در روزهای استخوان دیده می‌شود. مثال:

که یک مرز مشخص استخوان‌های هم‌ساز هم‌داشت است.

زمینه و سبب بر و یا نقطه می‌باشد تشکیل می‌شود. منجعله همه می‌دانه سیاه

تشکیل می‌شود (می‌ماند) که در تشخیص افتراقی اسباب مهره‌های سیاه می‌باشد سرطان پروستات در
شماره چهارم

ویژه‌سازی یک نوع استنولیزی مشاهده شده شکل که در آن مثل یک مهر بطور کاملاً ممکن است.

شکل اول

شکل دوم

شکل سوم

نیمه‌ی مبتلا

فصل ناپذیر کم‌مانند

آن آن است
تشخیص مثبت و افتراقی رادیولوژی

تشخیص مثبت باعث استخوان‌زایی بودن منشّت‌های سرطانی آن آسیان است هیپر‌نورم نورولاستوم سورانال و سرطان توده‌میانستازی از نوع استئوالیز می‌دهد، در هیپر‌نورم کانسولری منظره‌ی یک لوح باصفایت مخصوسی را دارد که به شیوه‌ی دارد که به شیوه‌ی تاثییه نموده‌د. درمان‌سازی سرطان پستان هرودیبده و ایفای مهوند وی کاهشی در یک برخی از جهت‌داره‌د فقط منشّت‌های سرطان‌های برک‌درنیک هستند که معمولاً استئوالیز می‌باشد ولی کلی نادرند. در بارده علائم کمکی آزمایش‌گاهی

فسفات‌های اسید مطابق معمول زبان خسته و لیست‌سازی با شایعه‌ی استخوان‌های مرتبط نیستند
فسفات‌های قلیایی در بین‌های اعیان بی‌سره دارند همچنین مقدار کلسیم خون اهمیت بسزایی دارد زیاد خون کلسیم خون هم می‌تواند مربوط به بدیهی استخوانی باشد و هم مربوط به استعمال هورمون‌های درمانی که کلسیم استخوانی را آزاد می‌کند. مقدارکلسیم درمان‌سازی استئوالیزی از ۵ میلیاً کیلوگرم تا ۷ میلیاً کیلوگرم ۱۰۰ میلی‌گرم در لیتر کاهشی به ۱ میلیت برام می‌رسد در این صورت است که علامت مخصوص با کلسیم نظاهر می‌شود که همانا کم اشتباهی - نفیوت - استفراغ - بیونت - بی‌حالی - سنتی - کمی فشارخون - علامت فلور - بی‌بت و کاهشی حتی اهمیت است. فشارخون مطابق تأییدی کلیکی و کنترل باذخر خون کم باشد ولی اغلب مقداری طبیعی و باقیت بهتر اطمینان است.

چند کلمه در بارده علائم آسیب شناسی

(Osteophytiquement, Ostéodlastique) چون معمول استخوان‌های زبان استئوالیز هستند
لذا بدون آنکه شکل کلی استخوان نگهداری کند کاهش در یک نقطهٔ الکه فشار کریگ سنتی مخصوص می‌باشد که کم و راه‌کرده‌های سروایی فقط تار و پدید ایستخوانی (Trames) که کلیت نیاز از معمول است در حالیکه در استخوان‌های مجاور علامت نکلیسی موجود است زمانی تمام یک مهره گرفتار می‌باشد.
ضرب استخوانی معمول و اکتش مخصوص نتشان می‌دهد که عبارت است از کلیت شدن آن و
بدایتش نامنظم‌های کوچکی در سطح آن که نشانه‌های مواد آهکی است.
از لحاظ ریزبنی

با به‌پایداری مشکل‌های منظره کانون سرطانی استخوانی شیبی به سرطان اولیه نیست و (Indifferentie) بجای اینکه از نوع آن‌دانوکسیدایم، اشکالی منظره غیرمنتضی رابغود می‌گیرد.

در پاتوژنی

در تشکیل این کانونهای استخوانی سخت باید واکنش سلول‌های استخوانی را دخیل دانست که در بر این انتشار سلول‌های سرطانی با روستی مواد آهنکی از خود عکس عکس عمل نشان می‌دهند.

درمان‌های معمولاً

عورمونی و فضای‌کاری انسون رودی کانونهای متاستاتی اثر بسیار خوبی دارند این کانونهای کوچک و کاهی کاملاً از بین می‌روند از لحاظ ریزبنی سلول‌های سرطانی بعد با مرحله بی‌شک و اکثرالهای زیادی که ناشی یا نماد تعداد زیادی دخیل‌کار کلکریون محدود تنها تدریباً از بین می‌روند علائم بالینی و پرتوشاسی نیز هرگز و هم‌ریزی با علائم آسبینی را رو به بهبود یکسانی می‌دهند.

روش‌های نماین شرکتین متاستاتی اثر سرطان استخوانی را در اینجا بطور اختصاص

یادآور می‌شود.

یادبودی استخوانی، می‌تواند در تشخیص نوع سرطان و منشا اولیه آن کمک بزرگی نماید ولی به‌طوری که بر اساس آسان انجام می‌شود و یا در استخوان‌های عمیق کار بسیار مشکلی است احترام با برداشت خون و روندی عدوم‌شناخته در آن سلول‌های سرطانی را را کاهی می‌شود و دیگری امتحان‌های که با رادیوآزمایش میکرونت گاما شناسی در حل مشکل تشخیص انواع سرطان‌های گوناگون استخوانی فراهم شده است.

اصول‌های در باره درمان کلی سرطان پروستات

درمان جراحی سرطان بروستات به‌سادگی أكثر مصرفین فقط در کرووه‌های A و B با باید انجام شود. با یادآور می‌شود که در کرووه A فقط یک کروه که در کرووه B محلی از پروستات سخت می‌باشد بود و اکنون سرطان A که پس از تجاوز نمو به دیگری A و B سرطان از کاپسول نجات نموده است در کرووه و C در کرووه D سرطان از کاپسول نجات را دارد و در کرووه D تمام پروستات کروه سرطان می‌باشد. ولی معمولاً به وسیلهٔ میکروسکوپ بطور قابلی قابل‌عمل‌بودن سرطان پروستات را تعیین کنم.

آمار (37) در باره وسائل درمانی بسیار آموزنده است. در 122 مورد Mayo Clinic فقط در 5 مورد پروستاتکوم انجام شده است: خلاصه آمار فوق بدين فراراست.
نامه دانشکده پزشکی
سال بست ویکم

بدون درمان
4 مورد

استرترابین به تنها
63 مورد

کاستراسیون به تنها
5 مورد

کاستراسیون و استرترابین
43 مورد

پروستاتوکوئوم
5 مورد

کوانتورتایپ شده است
2 مورد

و اما راجع به طلاسی رادیوآکتیوی

حماسکور که ملاحظه می‌شود در آمار فوق اسم از آن بوده است دلیل مانند پیگیریه Ruoquies (146) فراوانی در بیماران پسی مدیکال می‌باشد. بعضاً مطالعات دقیق باید باین تعبیه رسد که طال پیش 1984 از مطالعات دنیا و حتی خطرات نیز می‌باشد. زیرا عوارض شدیدی منجمله چربک - فیستول - تروموفیلیب - آمبولی ریوی - نکروز Prentis (27) در نرد 44 میانه در جنین درمان با 198 AU کمیاب نیستند در آمار Radoآور می‌باشد که 198 AU را بالا می‌بپدارد حد اکثر 1 میلی کوری بر هر کیلو پروستات می‌باشد.

بیمار توزیع نمونه کم‌مدت نسبی 60 درصد به کنار همگی می‌باشد و نتیجه

و فور سرطان پروستات در نزد افراد 50 ساله به بالا می‌باشد. چالی را تشکیل می‌دهد. امتحان‌های معمولی نشان می‌دهند که پلور متوسط 13 درصد تمام پروستات‌های افرادی که از کر فتا سرطان هستند امتحان‌های دقیق (Step Section) این عدد را به 2 درصد می‌رساند. به نظر می‌رسد افزایش مقدار و سطح ناحیه پلاکی شدن در صورتی که از قسمت قبلی با مسیر مشترک کاری می‌شود این سن‌ها و در تمامی ناحیه‌های پروستات بیش‌تر از آن فرض می‌شود. ظهور آن استخوان‌های پری‌پشتی و علت بیداری آن فرض یابدن متعادل بیش‌تری برای کشت سلول‌های سرطانی آدیوکارسینوم پروستات باشد.

کرچه رادیولوژی در نمای نواره سرطان نشان می‌دهد که استخوان‌های پروستاتی نمی‌توانند در کم‌مدت و به مرور می‌شود بسته به مدت‌بندی میزان نور نمی‌توانند استخوان‌های در کم‌مدت

سرطان پروستات احتمالاً نشانه و کاستراسیون از معمولی پی拖 و مؤثرات طرف درمان یا هستند در میلکت ما آمار کامل در باره سرطان‌های پروستات و نتایج درمانی آن ملاحظه می‌باشد.

روی‌پیمایی از جنبه‌های مختلف بر این پیشنهاد که این ناحیه پلی برای ایران کم‌درجه‌دار می‌باشد و یکی از عواملی که این کیفیت را توجیه می‌کند هوای بالین بودن حد متوسط سن در نزد هموطنان ما باند.


4 - Astraldi Alejandro : Diagnosis of cancer of the prostate: Biopsy by rectal route Urology & cutan. revue 41: 421-427 1937


6 - Baron E. and Angrist A. : Incidence of occult adénocarcinoma of the prostate After 50 years of age. Arch. Path. 32: 787-793 1941

7 - Batson : Hematogenous metastasis Ann. of surg. 112-138 1940


9 - Barnes R. W and Hadley H. L. : Pathology Carcinoma of the prostate p.620-623

10 - Boyd : Practical advantages of the périnaле biopsy of the prostate J. Urol. 76: 645-650 1956

11 - Bianchi, Franco : Lithiase prostatique simulant un épithélioma P.M. 6:1963


<table>
<thead>
<tr>
<th>Date</th>
<th>Author</th>
<th>Title</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>20</td>
<td>Gil Vernet S.</td>
<td>Pathologia urogenital. Tom lo Cancer de prostata Barcelona: Editorial Miguel servet 1944 p. 71</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Grabstald H.</td>
<td>Further experience with transrectal biopsy of the prostate J. Urol. 74:211-221 1954</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Grabastald H.</td>
<td>Summary of currently employed prostatic biopsy methods with comments concerning combined transrectal biopsy and radical retropubic prostatiec tomography J. Urol. 28:176-186 1956</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>Horstmain W.</td>
<td>Treatment with Au. 198; The journal of Urol. 1963-89-No 1 p. 73-74</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mullenix. Feeney</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>Hudson P. B.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
33- Graves, Warren, Harris: Lymphogenous metastasis Soc. Amer. de chir. genito-exportaire 29-179 1966
35- Jaffe: Tumors and tumorous conditions of bones p. 490 1958
38- Kahler J. E.: Carcinoma of the prostat gland: Apathologic study J. Urol. 41: 557-574 1939
41- Meyenburg H. and
<table>
<thead>
<tr>
<th>Author</th>
<th>Title</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cathomas B.</td>
<td>in Zurich Schweiz med. Wehnschr 78: 473-475 1948</td>
</tr>
<tr>
<td>Moore R. A.</td>
<td>The morphology of small prostatic carcinoma J. Urol 33:224 1935</td>
</tr>
<tr>
<td>Muire E. G.</td>
<td>Carcinoma of the prostate Lancet 1, 667-672 1934</td>
</tr>
<tr>
<td>Oswald Walter</td>
<td>Häufigkeit und genese des prostaticarcinoms Frankfurt Ztschr Path. 55:296-316 1941</td>
</tr>
<tr>
<td>Rouques L.</td>
<td>Résultats éloignés du traitement du Cancer de la prostate par l’or radioactif P.M. 1963-71 No. 17 p. 875</td>
</tr>
<tr>
<td>Tagnon (Bruxelle)</td>
<td>Etude enzymatique du cancer de la prostate P. M. No 6</td>
</tr>
<tr>
<td>Willis</td>
<td>Pathology of tumors London 1948</td>
</tr>
<tr>
<td>Young H. H.</td>
<td>The ultimate results in the treatment of carcinoma of the prostate by the radical removal of the prostate vesical neck and seminal vesicles J. Urol. 29:531-543 1933</td>
</tr>
<tr>
<td>Young H, H</td>
<td>Tumors of the prostate. In Lewis’practice of surgery Hagerstown Md; W. F. prior company Inc. 1955 vol. 9 chapt 21 p. 27</td>
</tr>
</tbody>
</table>