



## Σ Τ Ε Ι Ρ Ω Σ Ι Σ \*

Ἔπο

Α. ΚΥΡΙΑΚΗ

Ἐκτάκτου Καθηγητοῦ

Διευθυντοῦ Α' Μαιευτικῆς Κλινικῆς  
Μαιευτηρίου «Μαρίνα Ἡλιάδης»

Ἡ ἐπισκόπησι τοῦ τραχήλου, ἐκτὸς τῆς πιστοποιήσεως τῆς καλῆς ἀνατομικῆς καταστάσεως αὐτοῦ, τῆς ἐλλείψεως φλεγμονῆς κλπ., μᾶς πληροφορεῖ, ὅπως ἤδη ἀνέφερα στὸ προηγούμενο ἄρθρον μου, περὶ τῆς ποσότητος καὶ τῆς ποιότητος τῆς τραχηλικῆς βλέννης.

Ἡ βλέννα αὐτὴ τὴν ἐποχὴ τῆς ὠοτοκίας ὀφείλει νὰ εἶναι διαυγῆς καὶ λεπτόρευστη διὰ νὰ ἐπιτρέπη τὴν εὐκόλη διείσδυσι πρὸς τὴν τραχηλικὴν κοιλότητα τῶν σπερματοζωαρίων, καὶ αὐτὸ μπορούμε νὰ τὸ παρακολουθήσουμε ὑπὸ τὸ μικροσκόπιο, ὅταν πάrouμε, μετὰ τῆ συνουσία, ὑγρὸ ἀπὸ τὸν κοιλικὸ θόλο ἢ ἀπὸ τὴν τραχηλικὴν κοιλότητα, δηλ. ἐὰν ἐκτελέσουμε τὴν δοκιμασίαν κατὰ Sims καὶ Hühner. Στὶς δοκιμασίες αὐτὰς ἡ ἐξέτασι τοῦ ὑγροῦ γίνεται ὀλίγας ὥρας μετὰ τὴ φυσιολογικὴ συνουσία γιὰ νὰ ἰδοῦμε τί ἀπέγινε μὲ τὸ σπέρμα [ποῦ ἐναπετέθη ἐντὸς τοῦ κόλπου, δηλ. ποία ἦτο ἡ ἐπίδρασις τοῦ κοιλικοῦ περιβάλλοντος ἐπ' αὐτοῦ, πόσα σπερματοζωάρια ἐπέζησαν ἢ κατόρθωσαν νὰ διατρυπήσουν τὸ τραχηλικὸ βύσμα καὶ νὰ εἰσέλθουν ἐντὸς τῆς μήτρας.

Ἡ τεχνικὴ τῶν ἐξετάσεων αὐτῶν, καίτοι εἶναι ἀπλῆ καὶ μᾶς παρέχει πολὺτιμες πληροφορίες, διὰ νὰ γίνῃ χρειάζεται πειθαρχημένες ἀσθενεῖς καὶ τὴ συνεργασία ἀμφοτέρων τῶν συζύγων πού, παρ' ἡμῖν,

δυστυχῶς, δὲν ἐπιτυγχάνεται συχνά. Πρὸς τοῦτο, ἀναρροφοῦμε χωριστὰ ἀπὸ τὸν κοιλικὸ θόλο καὶ τὴν τραχηλικὴν κοιλότητα ὀλίγας σταγόνας ἐκ τοῦ ὑγροῦ ἐντὸς εἰδικῶν σωληναρίων καὶ τὰ ἐξετάζομεν ὑπὸ τὸ μικροσκόπιο. Ἐὰν λοιπὸν παρατηρηθῆ ἐκ τοῦ πρώτου δείγματος, δηλ. τοῦ ὑγροῦ τοῦ κοιλικοῦ θόλου, ἀπουσία σπερματοζωαρίων, ἐνῶ τοιαῦτα ὑπάρχουν ἄφθονα εἰς σπέρμα πού ἐλήφθη κατ' ἄλλον τρόπον, τοῦτο σημαίνει ἔλλειψιν ἐναποθέσεως τοῦ σπέρματος εἰς τοὺς θόλους εἴτε λόγῳ προώρου ἐκσπερμάτωσεως ἢ δυσκολίας κατὰ τὴν συνουσίαν (σπασμὸς, δυσπαρεῦνεια κ.ἄ.π.).

Ἡ παρουσία ἀφ' ἑτέρου νεκρῶν σπερματοζωαρίων ἢ μὲ λίαν ἠλαττωμένην κινητικότητα εἰς τὸ τραχηλικὸν ὑγρὸν, ἐνῶ γνωρίζομε ὅτι τὸ σπέρμα εἶναι φυσιολογικόν, σημαίνει βλαβερὴ ἐπίδρασι τοῦ κοιλικοῦ περιβάλλοντος ἢ τῆς τραχηλικῆς βλέννης ἐπὶ τοῦ σπέρματος λόγῳ φλεγμονῆς τραχηλικῆς, ὁρμονικῶν λόγων κ.ἄ., ὅποτε ἡ ἄρσις τῶν αἰτίων τούτων ὀδηγεῖ εἰς τὴν γονιμοποίησιν.

**Παθήσεις ἐνδομητρίου.** Τὸ ἐνδομήτριον, ἐκτὸς ἄλλων ἀνωμαλιῶν πού ἐνδεχομένως ἐμποδίζουν τὴν κύησι, ὡς εἶναι αἱ χρόνιαι ἐνδομητρίτιδες, πολὺποδες, ὑποβλεννογόνια ἰνομύωματα κλπ., προσβάλλεται συχνά ὑπὸ φυματιώσεως, ἢ ὅποια δυνατὸν νὰ μὴ προκαλῆ ἄλλας διαταραχὰς πλὴν τῆς στειρώσεως. Ἡ πάθησις ἀποκαλύπτεται κατόπιν βιοψίας τοῦ ἐνδομητρίου καὶ ἱστολογικῆς ἐξετάσεως. Ἐφ' ὅσον

\* Συνέχεια ἐκ τοῦ 5ου τεύχους (Ἰούλιος-Αὐγούστου 1958) καὶ τέλος.

ή πάθησις ἀποκαλυφθῆ ἐγκαίρως καὶ ἐφαρμοσθῆ ἢ σύγχρονη θεραπεία διὰ στρεπτομυκίνης, PAS καὶ διανικοτύλης (Ριμιφόν) ἐπιτυγχάνεται συχνὰ ἢ θεραπεία καὶ ἐνίοτε ἀκολουθεῖ καὶ κύησις.

**ἽΩαγωγοί.** Μέχρι πρὸ ὀλίγων ἐτῶν, ὁ ὡαγωγὸς ἐθεωρεῖτο ὡς ἕνας σωλὴν κατὰ μῆκος τοῦ ὁποῖου ἐκινεῖτο δι' ἰδίων δυνάμεων τὸ γονιμοποιημένο ὠάριο πρὸς τὴ μήτρα, ἀργότερα ὅμως διεπιστώθη ὅτι οἱ ὡαγωγοί, ἰδίᾳ κατὰ τὴν ἐποχὴ τῆς ὠορρηξίας, ἐκτελοῦν ρυθμικὰς περισταλτικὰς κινήσεις, πού μποροῦμε νὰ τις ἀπεικονίσουμε σὲ κυμογράφο, μὲ τις ὁποῖες διευκολύνεται τὰ μέγιστα ἢ εἰσοδος τοῦ ὠαρίου ἐντὸς τῆς σάλπιγγος καὶ ἢ προώθησις του πρὸς τὴ μητρικὴ κοιλότητα. Ὄταν ὁ ὡαγωγὸς ἀποφραχθῆ ὀλικά ἢ μερικά, τὸ ἀποτέλεσμα εἶναι στειρώσις. Τὰ αἷτια τῆς ἀποφράξεως εἶναι συνήθως φλεγμονώδη, κατόπιν ἐκτρώσεων, τοκετοῦ, ἐγχειρήσεων, μολύνσεως γονοκοκκικῆς ἢ φυματιώδους. Οἱ μὴ διαβατοὶ ὡαγωγοὶ ἀποτελοῦν περίπου τὸ 1/3 τῶν περιπτώσεων στειρῶν γυναικῶν. Ἡ ἀπόφραξις διαγιγνώσκεται εἴτε κατόπιν ἐμφυσήσεως τῶν σαλπίγγων διὰ διοξειδίου τοῦ ἀνθρακός εἴτε κατόπιν ὑστεροσαλπιγγογραφίας.

Διὰ τῶν μεθόδων αὐτῶν ὄχι μόνον διαγιγνώσκεται ἢ ἀπόφραξις καὶ ἢ ἔκτασις αὐτῆς, ἀλλὰ ἐπιτυγχάνεται, ὄχι σπάνια, εἰς ἐλαφρὰς περιπτώσεις ἀποφράξεως ἢ περισαλπιγγικῶν συμφύσεων, ἢ διάνοιξις αὐτῶν καὶ ἐπίτευξις κυήσεως.

**ἽΩοτοκία.** Ὁ πιὸ σημαντικὸς παράγων τῆς ἀναπαραγωγικῆς ἰκανότητος τῆς γυναικός εἶναι ἢ παραγωγὴ ὠαρίων καὶ ἢ ὡοτοκία. Γραφιανὰ ὡοθυλάκια παράγονται ἀπὸ τὸ βλαστικὸ ἐπιθήλιο τῶν ὡοθηκῶν ἀκόμη καὶ κατὰ τὴν ἐμβρυϊκὴ ἐποχὴ καὶ φυσικὰ καὶ μετέπειτα, ἀλλὰ τὰ ὡοθυλάκια αὐτὰ δὲν ὠριμάζουν πλήρως οὔτε παράγουν ὠριμα ὠάρια μέχρι τῆς ἐποχῆς τῆς ἡβης. Μόνον τότε, μὲ τὴν ἐπίδρασι τῶν ὁρμονῶν τῆς ὑποφύσεως (προλάνη A καὶ B), ὠριμάζει πλήρως τὸ ὡοθυλάκιο καὶ τὸ ἐντὸς αὐτοῦ ὠάριο, ὅποτε φθάνοντας στὴν ἐπιφάνεια τῆς ὡοθήκης σπάζει καὶ ἐξέρχεται τὸ ὠάριο, διὰ

νὰ παραληφθῆ ἐν συνεχείᾳ ἀπὸ τὸν ὡαγωγὸ καὶ γονιμοποιηθῆ. Χωρὶς λοιπὸν ὡοτοκία δὲν εἶναι δυνατὴ ἢ κύησις.

Ἡ ὡοτοκία σὲ ὁμαλὴ λειτουργία τῶν γεννητικῶν ἀδένων λαμβάνει συνήθως χώραν 15 περίπου ἡμέρας πρὸ τῆς ἡμερομηνίας τῆς προσεχοῦς περιόδου. Διαθέτομεν δύο κυρίως μεθόδους πού μᾶς πληροφοροῦν ἐὰν ἔλαβε χώραν ἢ ὡοτοκία. Ἡ πρώτη εἶναι νὰ παραγγείλωμε στὴν ἀσθενῆ νὰ λαμβάνη τὴν πρωινὴν θερμοκρασία τῆς καὶ νὰ τὴν σημειῶνῃ σ' ἕνα θερμομετρικὸ διάγραμμα. Ἡ λήψις ἀρχίζει ἀπὸ τῆς ἐπομένης τῆς ἐμμηνορρυσίας μέχρι τῆς προσεχοῦς τοιαύτης, καὶ τὸ ἴδιο συνεχίζεται ἐπὶ τρίμηνον. Ἐφ' ὅσον γίνεται ὡοτοκία καὶ δημιουργεῖται ὡχρὸ σωματίο, βλέπουμε στὸ διάγραμμα μιὰ πτώσι τῆς θερμοκρασίας τὴν προτεραιὰ τῆς ὡοτοκίας, ἐνῶ τις μετέπειτα ἡμέρες ἀκολουθεῖ ἀνοδος 3 ἢ περισσοτέρων δεκάτων πού συνεχίζεται μέχρι τῆς ἐμφανίσεως τῆς περιόδου, ὅποτε πίπτει στὰ φυσιολογικὰ ὄρια. Ἡ παρατήρησις αὐτῆ, δηλ. ἢ ἀπότομη πτώσι τῆς θερμοκρασίας τὴν προτεραιὰ τῆς ὡοτοκίας, μᾶς βοηθεῖ πολὺ, διότι ἐὰν τις ἡμέρες αὐτῆς γίνῃ μία γόνιμος συνουσία, θὰ εὐρεθοῦν τὴν ἐπομένην ἔτοιμα σπερματοζῶαρια στὸν ὡαγωγὸ νὰ γονιμοποιήσουν τὸ ὠάριο, τὸ ὁποῖο, ὅπως ξέρουμε σήμερα, δὲν ζῆ παρὰ μερικὰς μόνον ὥρες μετὰ τὴν ὡοτοκία.

Ἡ δευτέρα μέθοδος πού μᾶς πληροφορεῖ γιὰ τὴν ὡοτοκία καὶ τὸ σχηματισμὸ ὡχροῦ σωματίου εἶναι νὰ πάρομε λίγες ἡμέρες πρὸ τῆς περιόδου μερικὰ ξέσματα ἀπὸ τὸ ἐνδομήτριο (βιοψία ἐνδομητρίου) καὶ νὰ τὰ ἐξετάσουμε ἰστολογικῶς, ὅποτε, ἐὰν ἔγινε ἢ ὡοτοκία καὶ παρήχθη τὸ ὡχρὸ σωματίο, θὰ βροῦμε στὸ ἐνδομήτριο μεταβολὲς χαρακτηριστικῆς τῆς δράσεως τῆς ὁρμόνης τοῦ ὡχροῦ σωματίου. Μὲ τὴ βιοψία αὐτὴ συγχρόνως ἀποκλείουμε καὶ ἄλλας παθήσεις πού ἐνδεχομένως προκαλοῦν στειρώσι, δηλ. τὴ φυματίωσι, χρόνιες ἄλλες φλεγμονῆς κλπ., ὅπως ἤδη ἀνέφερα.

**ἽΕξέτασις τοῦ συζύγου.** Ἡ ἐξέτασις τοῦ συζύγου περιλαμβάνει κατὰ πρῶτον μίαν



γενικὴν ἐξέτασιν ὅτι εὐρίσκεται εἰς καλὴν φυσικὴν ὑγείαν καὶ δὲν παρουσιάζει διαταραχὰς ἐνδοκρινικάς, π.χ. ἐκ τοῦ θυρεοειδοῦς ἢ τῆς ὑποφύσεως ἢ ἄλλας ἀνωμαλίας, π.χ. ἐκ κακῆς διατροφῆς, καταχρήσεως νικοτίνης, οἰνοπνεύματος κλπ., πού πιθανόν μειώνουν τὴν γονιμότητα τοῦ σπέρματος. Ἐκ τοῦ ἀναμνηστικοῦ ἐπίσης ἀποκαλύπτεται ἐὰν ἐνόσησε ἐκ παρωτίτιδος ἢ γονοκοκκικῆς ὀρχίτιδος, πού συχνὰ ἐγκαταλείπουν στείρωσιν. Ἐνίοτε δυσκολία κατὰ τὴν συνουσίαν ἐξ ἀτελοῦς στύσεως ἢ προώρου ἐκσπερματώσεως δικαιολογοῦν στείρωσιν. Ἡ ἐξέτασις φυσικὰ τοῦ σπέρματος εἶναι ἡ κυριώτερα ἐξέτασις τοῦ ἀνδρός. Τὸ πρὸς ἐξέτασιν σπέρμα λαμβάνεται κατὰ διαφόρους τρόπους. Σημασίαν ἔχει ἡ ὅσον τὸ δυνατόν ταχύτερα ἐξέτασις. Παλαιότερα, ἡ μικροσκοπικὴ ἐξέτασις τοῦ σπέρματος περιορίζετο εἰς τὴν ἀπλὴν ἀνεύρεσιν ζώντων σπερματοζωαρίων. Αὐτὸ σήμερον δὲν ἀρκεῖ, καὶ ζητοῦμεν ἀπὸ τὸ ἐργαστήριον ἕνα πλῆρες σπερμοδιάγραμμα μὲ λεπτομερείας περὶ ὅλων τῶν παραγόντων πού συγκροτοῦν ἕνα γόνιμο σπέρμα, ὡς εἶναι ὁ ὀλικὸς ἀριθμὸς τῶν σπερματοζωαρίων, ἡ κινητικότης, ἡ διάρκεια ζωῆς τῶν σπερματοζωαρίων, τὸ ποσοστὸν τῶν νεκρῶν καὶ παθολογικῶν μορφῶν κλπ.

**Ἀνακεφαλαίωσις.** Μὲ ὅσα ἐξέθεσα στὴ συνέχεια τῶν δύο ἄρθρων μου, προσπάθησα νὰ δώσω μία πολὺ σύντομη περίληψιν τοῦ προβλήματος τῆς στείρωσεως. Ἀντιμετωπίζοντας κάθε περίπτωσιν στείρωσεως πρέπει νὰ ἔχωμε κατὰ νοῦν ὅτι ἡ στείρωσις λόγῳ συχνότητος (ἀναλόγως τῆς χώρας τὸ ποσοστὸν τῶν στείρων ζευγῶν κυμαίνεται ἀπὸ 8-20%) ἀποτελεῖ καὶ

ἐθνικὸ πρόβλημα, διότι συνδέεται ἄμεσα μὲ τὴν διατήρησιν τῆς φυλῆς, καὶ κοινωνικὸ, διότι θεραπεύοντας μιὰ στείρωσιν προλαμβάνουμε πολλακίς νευρώσεις διάφορες καὶ ψυχικὰς διαταραχὰς πού συνδέονται ἄμεσα μὲ αὐτήν. Ἡ δημιουργία ἐπομένως κέντρων στείρωσεως, ὅπου συστηματικὰ ἐρευνᾶται καὶ θεραπεύεται ἡ στείρωσις, εἶναι ἀπαραίτητος καὶ ἐπιθυμητή.

Οἱ ἱατροὶ καὶ αἱ μαῖαι πρέπει νὰ παροτρύνουν τὰ νεαρὰ ζεῦγη, πού συχνὰ ἀναβάλλουν τὴν τεκνογονία μὲ τὴν δικαιολογία οἰκονομικῶν δυσχερειῶν ἢ ἀκαταλλήλου κατοικίας ἢ ἄλλων λόγων, νὰ ἀποκτοῦν τέκνα ὅσον γίνεται ἐνωρίτερον, καὶ νὰ τονίζεται ὅτι ἡ ἠθελημένη στείρωσις διὰ τῆς χρήσεως ἀντισυλληπτικῶν ἢ ἄλλων μέσων μειώνει τὸ ποσοστὸν τῆς μετέπειτα ἐπιτυχίας. Τὰ δὲ στεῖρα ζεῦγη νὰ παροτρύνονται ὅπως τὸ ταχύτερον ζητοῦν τὴν βοήθειαν τοῦ εἰδικοῦ.

Ἡ ἄρσις τῆς στείρωσεως κατορθοῦται σήμερον σὲ μεγαλύτερο ποσοστὸ παρά ἄλλοτε, ἀλλὰ καὶ αἱ ἀποτυχίαι δὲν εἶναι ὀλίγαι.

Ἡ ἔλλειψις π.χ. ὠοτοκίας στὴ γυναῖκα ἢ ἡ ἀζωοσπερμία στὸν ἄνδρα ἀποτελοῦν συνήθως ἀνυπερβλήτα ἐμπόδια. Δὲν διαθέτομεν ἀκόμη ἀσφαλῆ τρόπον ὁρμονικῆς θεραπείας γιὰ νὰ προκαλοῦμε ὠοτοκία ἢ νὰ παράγουμε σπερματοζωάρια.

Ἡ θεραπεία ἐπίσης τῶν ἀνωμαλιῶν τῆς διαπλάσεως καὶ ἀναπτύξεως τῆς μήτρας (παιδοφάνεια, ὑποπλασία) εἶναι συχνὰ ἀπογοητευτικὴ.

Ἡ ἄρσις τέλος τῆς ἀποφράξεως τῶν ὡαγωγῶν διὰ συντηρητικῶν μέσων ἢ κατόπιν ἐγχειρήσεως ἀποδίδει ἀκόμη πενιχρὰ ἀποτελέσματα.

