



ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΗ

Μαιευτήρος - Γυναικολόγου

(Συνέχεια από τό προηγούμενο)

ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΗ ΥΠΟΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Συχνά ή παχυσαρκία των κορασίδων αποδίδεται εις πλημελή λειτουργία του θυρεοειδούς. Η έντυπωση αυτή πολλάκις είναι λανθασμένη και τουτο διότι στηρίζεται εις ένα άσταθές κριτήριο, τον βασικόν μεταβολισμόν. Παλαιότερον ή εξέταση εις αυτή ήτο πολύτιμος. Σήμερον, όμως, δέν έχει την αυτήν αξίαν. Ο βασικός μεταβολισμός διαμορφούται αναλόγως της επιφανείας του σώματος, ήτις υπολογίζεται από τό βάρος και τό ύψος της άσθενούς. Συχνά όμως ουτος εις την παχύσαρκον άσθενη εύρίσκεται χαμηλός. Αίτία τουτου, είναι ότι αύξανόμενου του βάρους ή επιφάνεια δέν αύξάνεται αναλόγως της αύξησεως της μάζης των ιστών. Ένα μέρος ίσον με τό 30% του βάρους του σώματος δυνατόν να συνίσταται εκ λίπους, τό όποιον ως γνωστόν έχει χαμηλόν μεταβολισμόν. Καλύτερον είναι να υπολογίζεται ή τιμή του βασικού μεταβολισμού των παχυσάρκων νεανίδων, βάσει σταθερών πινάκων εκ του ύψους. Τελευταίως ή έκτασις της άνεπαρκείας του θυρεοειδούς έλέγχεται εκ του πρωτεϊνικώς συνδεδεμένου ιδίου του αίματος καθώς επίσης και εκ της χοληστερόλης, ίδια δέ διά του ραδιενεργού ιδίου καθορίζεται πλέον έπακριβώς ή λειτουργία

του θυρεοειδούς (SCANNING θυρεοειδούς).

Όσαύτως ο ύποθυρεοειδισμός είναι στενά συνδεδεμένος μετὰ της άναπτύξεως των όστων (ύπενθυμίζεται ότι εις τά συμπτώματα αυτού περιλαμβάνονται καθυστέρησις της σωματικής άναπτύξεως και της άναπτύξεως του σκελετού) ως εκ τουτου δέ ή άνεπάρκεια δύναται να καταστή εμφάνη, δι' άκτινολογικής μελέτης του καρπού της χειρός. Διαφορά χρονολογικής και όστικής ηλικίας πρέπει να θεωρηται ύποπιτος.

Συνήθως οί κλινικοί ίατροί έχουν την αντίληψιν, ότι ή παχυσαρκία συμβαδίζει μετὰ της θυρεοειδικής άνεπαρκείας, διά τουτου ούτοι άδυνατούν να άναγνωρίσουν ότι μία άδύνατος βραδέως ώριμάζουσα έφηβος νέα δύναται επίσης να έχει θυρεοειδική άνεπάρκειαν. Έπιπροσθέτως, οί άσθενείς ούτοι εμφανίζουν βραχύ άνάστημα, μικρόν ποσόν ύποδορίου ιστού, μή άνοχήν του ψύχους, άνορεξίαν, επιβράδυνσιν της γεννητικής άναπτύξεως και της διαμορφώσεως του σώματος, συνοδευόμενα ταυτα υπό μιάς όστικής ηλικίας ύπολειπομένης κατά 3 έτη της χρονολογικής τοιαύτης. Εις αυτάς τάς άσθενείς ένδεικνυται θεραπευτική δοκιμασία δι' εκχυλίσματος θυρεοειδούς.

Η πραγματικώς ύποθυρεοειδική έφηβος νέα, δύναται βεβαίως να εμφάνιση παχυσαρκίαν, αλλά τό ηύξημένον βάρος όφεί-

Λεται ένίοτε εΐς μυξοΐδημα καΐ ούχι εΐς έναποθήκευσιν λίπους, οΐ ύποδóριοι ίστοΐ εΐναι χαλαροΐ καΐ πλαδαροΐ καΐ τό δέρμα έχει χαρακτηριστικήν χλωμήν δψιν.

Θ ε ρ α π ε ΐ α: "Όταν ύπάρχη πραγματική θυρεοειδική άνεπάρκεια ή ύποθυρεοειδική κατάσπασις, δυνάμεθα νά έπιτύχωμεν βασικόν άποτέλεσμα εΐς τήν θεραπείαν τής άμνηροροΐας διά τής θεραπείας ύποκαταστάσεως του θυρεοειδους. Οΐ άληθώς ύποθυρεοειδικά άσθενείς εΐναι λίαν εύάισθητοι εΐς τήν θυρεοειδικήν άντικατάσπασιν.

ΑΝΩΜΑΛΙΑΙ ΕΙΣ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΝ ΤΩΝ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΩΝ

Σύνδρομα προερχόμενα εκ δυσλειτουργΐας των έπινεφριδίων εΐναι: 1) τό άνδρογεννητικό καΐ 2) Σύνδρομον CUSHING.

ΑΝΔΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΝ ΣΥΝΔΡΟΜΟΝ

Τούτο όφείλεται εΐς ύπερλειτουργΐαν του φλοιου των έπινεφριδίων συνεπεία δγκων ή ύπερπλασίας τής μοΐρας ταύτης. Μΐα έξήγησις του συνδρόμου άπό παθολογοανατομικής άπόψεως εΐναι ή έλλειψις κορτιζόνης. Συνεπεία αίτίας τινος ή σύνθεσις τής 17 - άλφα ύδροξυπρογεστερόνης εΐς ύδροκορτιζόνην έμποδΐζεται. Άποτέλεσμα τής έλλείψεως κορτιζόνης εΐναι ή άπελευθέρωσις μεγαλυτέρων ποσοτήτων ACTH εκ του προσθίου λοβου τής ύποφύσεως, ήτις διεγείρει τόν φλοιόν των έπινεφριδίων εΐς έκκρισιν μεγάλων ποσοτήτων άνδρογόνων όρμονών, όποτε οΐ ίστοΐ του σώματος καΐ τά τελικά όργανα, ήτοι τά έξω γεννητικά όργανα, ή τριχοφυΐα, μαστοΐ, κατανομή ύποδóριου λίπους κλπ., άπαντούν δι' άρρενοποιήσεως (άρρενομορφΐας).

Αΐ μεγάλαι ποσότητες άνδρογόνων μεταβάλλονται καΐ άπεκκρίνονται εΐς τά ούρα ως 17 - Κετοστεροειδη τό ποσόν των όποιων κατά τό σύνδρομον αυτό αυξάνεται κατά 2 - 10 φορές πλέον του φυσιολογικού.

Άποτέλεσμα τής δυσλειτουργΐας ταύτης των έπινεφριδίων εΐναι ή μεταβολή των

δευτερευόντων χαρακτηήρων του φύλου, ήτις προσλαμβάνει άλλοτε άλλην μορφήν άναλόγως τής ήλικΐας των πασχόντων καθ' ήν έπέρχεται αύτη. Αΐ συγγενείς μορφαΐ αίτινες άναπτύσσονται μετά τήν ένδομήτριον ζώην καΐ γίνονται καταφανείς άπό τής γεννήσεως, εκδηλούνται ύπό τήν μορφήν του θήλεως ψευδερματσοροδιτισμού. Έάν ή άνωμαλία έπέλθη κατά τήν παιδικήν ήλικΐαν, τότε έπί μέν των άρρένων εκδηλούται ως πρώιμος ήθη, έπί δέ των θηλέων, τόσον κατά τήν παιδικήν ήλικΐαν όσον καΐ κατά τήν ήθην, ύπό τήν μορφήν του άνδροειδισμού ή άρρενοποιήσεως. Η περίπτωσης ήτις ένδιαφέρει ήμάς συμφώνως πρός τό παρόν θέμα εΐναι ή άρρενοποίησης του θήλεος. Έπί των κορασΐδων εκδηλούται μέ μεταβολήν των δευτερογενών χαρακτηήρων του φύλου μέ αυξησιν του όγκου των έξω γεννητικών όργάνων καΐ ύπερτρίχωσιν. Η φωνή καθΐσταται βαθεία, ή συμπεριφορά άνδρική, οΐ μαστοΐ δέν άναπτύσσονται έπιπροστίθεται δέ ή άμηνόρροια.

Θ ε ρ α π ε ΐ α: 'Εφ' όσον ύπάρχει όγκος, χειρουργική, μέ έπακόλουθον άκτινοβολΐαν. Εΐς περίπτωσης μεταστάσεων έπί άμφοτεροπλεύρου ύπερπλασίας έχομεν εύνοϊκά άποτελέσματα δια κορτιζόνης. Ούτω έπιτυγχάνεται άναστολή τής εκκρίσεως ACTH καΐ τής ύπερπαραγωγής άνδρογόνων. Έπίσης δύναται νά γΐνη εΐς τά άτομα αυτά χειρουργική άποκατάσπασις των γεννητικών όργάνων, διότι τά άτομα αυτά γεννητικώς εΐναι θήλεα (έκτομή κλειτορίδος).

ΣΥΝΔΡΟΜΟΝ CUSHING

Τούτο όφείλεται εΐς άμφοτεροπλευρον ύπερπλασίαν, άδένωμα ή καρκίνωμα των έπινεφριδίων μέ άποτέλεσμα ύπερπαραγωγήν κορτικοστεροειδών καΐ δη κορτιζόνης καΐ ύδροκορτιζόνης.

Σ υ μ π τ ω μ α τ ο λ ο γ ΐ α: Πιμέλωσις μέ ιδιαιτέραν κατανομήν του λίπους εΐς τό πρόσωπον, αυχένα καΐ τήν κοιλΐαν, άνευ συμμετοχής των άκρων. Κυανέρυθροι

γραμμώσεις εις τὸ δέρμα τῆς κοιλίας καὶ τῶν ἄνω ἄκρων, ὑπέρτασις, ὀστεοπώρωσις, πώρωσις, ὑπερτρίχωσις, ἐλάττωσις ἀνοχῆς τῶν ὕδατανθράκων. Τὸ κύριον σύμπτωμα εἰς τὸ σύνδρομον τοῦτο εἶναι ἡ ὑπερτρίχωσις καὶ ἡ μείωσις τῆς ὠθηκικῆς λειτουργίας, ἡ ὁποία εἶναι ἀποτέλεσμα τῆς αὐξήσεως τῶν κυκλοφορούντων ἀνδρογόνων. Ἡ ἀμηνόρροια εἶναι σταθερὸν εὕρημα. Ἀνδρογένεσις ὅμως δὲν συνοδεύει τὴν ὑπερτρίχωσιν καὶ ἡ κλειτορίς δὲν εἶναι ἀναγκαστικῶς διογκωμένη καὶ ἡ φυσιολογικὴ ἀνάπτυξις τῶν μαστῶν, μήτρας καὶ κόλπου δυνατὸν νὰ παραμένῃ εἰς προσωρινὴν ἀδράνειαν. Διαγνωστικὴν σημασίαν ἔχει ὁ προσδιορισμὸς εἰς τὰ οὖρα τοῦ 24ώρου τῶν 17 κετοστεροειδῶν καὶ τῶν 17 ὑδροξυκορτικοειδῶν.

Θ ε ρ α π ε ι ἄ : Χειρουργικὴ, ἐπὶ ἀδενώματος ἢ καρκινώματος ἄνευ μεταστάσεων. Ἐπὶ ὑπερπλασίας, ὀλικὴ ἢ ὕφολογικὴ ἐπινεφριδεκτομή. Ὄταν ἡ ἀκτινοβολία τῆς ὑποφύσεως δὲν ἀποδεικνύεται ἀποτελεσματικὴ, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον συνιστᾶται ὀλικὴ ἐπινεφριδεκτομή διὰ τὸν φόβον τῆς ὑποτροπῆς συνεπείᾳ ὑπερπλασίας τοῦ ἐναπομένου ὑπολείμματος τοῦ ἐπινεφριδίου. Ἀκολουθεῖ θεραπεία ὑποκαταστάσεως διὰ κορτιζόνης ἢ ὑδροκορτιζόνης, ἣτις εἶναι ἀποτελεσματικὴ καθιστῶσα τὴν ὀλικὴν ἐπινεφριδεκτομὴν ἀκίνδυνον.

Διαφορικὴ διάγνωσις ἀπὸ τὴν νόσον τοῦ CUSHING θὰ πρέπει νὰ γίνῃ δι' ἀκτινογραφίας κρανίου.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ

Ὡς ἐκ τῶν προηγουμένων ἔγινεν ἀντιληπτόν, ὑπάρχει πλήθος ἐρμηνειῶν ὡς πρὸς τὴν αἰτίαν δι' ἣν ἡ ἀναπτυσσομένη ἔφηβος εἴτε καθυστερεῖ νὰ ἐμφανίσῃ περίοδον, εἴτε οὐδέποτε ἐμφανίζει τοιαύτην.

Ὡς πρὸς τὴν ἡλικίαν καθ' ἣν ὀφείλομεν νὰ ἀρχίσωμεν τὴν ἔρευναν ἐγκαταλείποντες πλέον τὴν ἀναμονήν, πρόσφατοι μελέ-

ται ἔχουν δείξει, ὅτι τὰ 5—8% τῶν κορασίδων ἐμμηνόρροον μετὰ τὰ 16 καὶ ὀλιγώτερον τοῦ 1% μετὰ τὰ 18. Ἐφ' ὅσον λοιπὸν δὲν ὑπάρχουν σημεῖα ὑπαναπτύξεως δυνάμεθα νὰ ἀναμείνωμεν μέχρι τὸ 18ον ἔτος.

Ἐάν ἔχει ἀποκλεισθῇ καθυστέρησις τῆς ὠριμότητος καὶ ἄλλαι ὀργανικαὶ παθήσεις ἐντὸς τῶν ἐνδοκρινῶν ἀδένων συνδυαζόμεναι μετὰ τῆς περιόδου, τότε πρέπει νὰ δεχθῶμεν ὅτι πρόκειται περὶ λειτουργικῆς ἀνωμαλίας εἰς τὴν περιοχὴν τοῦ ἄξονος, ὑποφύσεως, ὠθηκῶν, μήτρας. Δι' ἐμπεριστατωμένης ἰατρικῆς ἐξετάσεως δυνάμεθα νὰ ἐντοπίσωμεν τὸ σημεῖον τοῦ ἄξονος τὸ ὁποῖον προκαλεῖ τὴν ἀνωμαλίαν. Εἰς αὐτὸ θὰ μᾶς βοηθήσῃ ἡ καταμέτρησις τῶν κυκλοφορούντων ὁρμονῶν τῆς ὑποφύσεως καὶ ὠθηκῆς διὰ χημικῶν καὶ βιολογικῶν ἐργαστηριακῶν μελετῶν.

Ἐν γένει, εἰς περιπτώσεις κατὰ τὰς ὁποίας ὑπάρχει ἠϋξημένη FSH εἰς τὰ οὖρα καὶ συγχρόνως γεννητικὴ ἀτροφία, δύναται τις νὰ υποθέσῃ, ὅτι τὸ βασικόν αἷτιον τῆς ἀνωμαλίας εὐρίσκεται εἰς τὰς ὠθηκᾶς. Ἐάν παρουσιάζεται γεννητικὴ ἀτροφία καὶ ἡ FSH τῶν οὔρων εὐρίσκεται εἰς μικρὰς ποσότητας ἢ ἐλλεῖπει, τότε τὸ αἷτιον θὰ πρέπει νὰ ἀναζητηθῇ εἰς τὴν ὑπόφυσιν. Ὄταν τὸ ἐπίπεδον τῶν 17 κετοστεροειδῶν τῶν οὔρων ὑψωθῇ ὑποπτευόμεθα τὰ ἐπινεφρίδια.

Αἱ ἐργαστηριακαὶ μελέται εἶναι ἀπαραίτητοι καὶ ὑποβοηθητικοί, ἀλλὰ πρακτικῶς ἡ χρησιμότης των περιορίζεται ἐκ τοῦ γεγονότος ὅτι 1) πραγματοποιοῦνται δυσκόλως, 2) πρέπει νὰ γίνουιν πολλὰς ἐπαναλήψεις διὰ νὰ γίνῃ ἀκριβὴς ἐκτίμησις καὶ 3) εἶναι πολὺ δαπανηραὶ διὰ τὸν μέσον ἀσθενῆ. Διὰ τοῦτο πολλὰκις χρησιμοποιοῦνται ὡς ὑποβοηθητικὰ μέσα τὸ κολπικόν ἐπίχρισμα καὶ τὰ ξέσματα τοῦ ἐνδομητρίου.

Ἐπὶ τῆς ἡλικίας ἐξέτασις προσιτῆ εἰς ὅλους, ἣτις δύναται νὰ μᾶς διαφωτίσῃ περὶ τῆς ἀκεραιότητος τοῦ ἀδενικοῦ ἄξονος. Ἡ ἐξέτασις αὕτη καλεῖται ἐξέτα-

στις άνακοπής τής προγεστερόνης (THE PROGESTERONE WITHDRAWAL TEST).

Ή προγεστερόνη 25 MG δίδεται ένδομυϊκώς ήμερησίως επί 4 ήμέρας. Ή αίμορραγία τής μήτρας θά έμφανισθί έντός όλίγων ήμερών έφ' όσον ύπάρχουν οίστρογόνα. Ήάν πραγματοποιηθί αίμορραγία έξ άνακοπής, τότε γνωρίζομεν ότι ύπάρχει: 1) μήτρα δυναμένη νά άνταποκριθί είς τό έρέθισμα, 2) λειτουργούσα ύπόφυσις, 3) ώθηθήκη άνταποκρινομένη είς τήν διέγερσιν τής ύπόφύσεως καί λειτουργούσα έπαρκώς ίνα παράγη οίστρογόνα. Αύτη ή έξέτασις είναι πολύ πρακτική.

Ύπάρχουν πολλά περιπτώσεις άμηνόρροιας μέ μίαν σειράν άπό στίγματα ύπαναπτύξεως. Ένα παχύσαρκο κορίτσι μέ ύπανάπτυκτα τά δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλλου έμφανίζει συχνά άμηνόρροιαν καί πολύ συχνά νομίζεται ότι πάσχει άπό τό σύνδρομον FROELICH. Ή έμμηνος ρύσις άποκαθίσταται ή όχι δι' ενός προγράμματος έλαττώσεως του βάρους. Ήπί συνδρόμου FROELICH ύπάρχει βασική ύποφυσιακή θλάβη (μή άναπρεπομένη). Αίμορραγία έξ άνακοπής προγεστερόνης άποδεικνύει μίαν άρτίαν καί καλώς λειτουργούσαν ύπόφυσιν, άποκλειομένου ως έκ τούτου του FROELICH.

Ήάν τήν άνακοπήν τής προγεστερόνης δέν άκολουθήσθι αίμορραγία τότε ένοχοποιούνται ή μήτρα, ώθηθήκη καί ή ύπόφυσις. Ή μήτρα δυνατόν νά είναι φυσιολογική, αλλά νά μή λειτουργή, είτε διότι δέν λαμβάνει οίστρογονικήν διέγερσιν, είτε διότι έχει μείνει άνευ διεγέρσεως επί μακρόν, μέ άποτέλεσμα νά καταστή άτροφική καί άδιάφορος είς τήν όρμονικήν διέγερσιν. Ή λειτουργικότης τής μήτρας έλέγχεται διά τής χορηγήσεως οίστρογόνων διά του στόματος. Ούτω δυνάμεθα νά δώσωμεν ESTINYL 0,5 MG, DIAETHYLSTILBOESTROL 1—2 MG ή PREMARIN 2,5 MG ήμερησίως διά 3 έβδομάδας. Ήάν ή νέα δέν αίμορραγίση μετά τήν διακοπήν τών οίστρογόνων ή μήτρα ένοχοποιείται, ήτοι είναι άνεπαρκής,

έκτός τών περιπτώσεων κατά τάς όποίας ύπάρχει ένδομήτριος νόσος, ως φυματίωσις, άνάπτυξις ένδομητρικών συμφύσεων (ASHERMAN'S DISEASE).

Δυνάμεθα νά αύξήσωμεν τό μέγεθος τής μήτρας διά τής χορηγήσεως μεγάλων δόσεων οίστρογόνων διά μίαν περίοδον τουλάχιστον 6 μηνών, πλήν όμως ή πιθανότης έγκυμοσύνης ή έμφανίσεως περιόδου παραμένει μικρά.

Ήάν τήν άνακοπήν τών οίστρογόνων άκολουθήσθι αίμορραγία, τότε ή άνωμαλία πρέπει νά εύρίσκεται είς τάς ώθηθήκας ή τήν ύπόφυσιν. Πρέπει τις νά έλέγξθι τήν ύπόφυσιν διά έξετάσεως τής FSH τών ούρων. Ήάν αύτη ύπάρχη ή είναι είς μέγαν ποσότητος ή άνωμαλία εύρίσκεται είς τάς ώθηθήκας. Ήάν δέν εύρεθί FSH στά ούρα τό αίτιον εύρίσκεται είς τήν ύπόφυσιν. Ήάν εύρεθί FSH στά ούρα είς ήλαττωμένης ποσότητος καί ή έκκρισις 17 κετοστεροειδών είς τά ούρα είναι ύψηλή, πρέπει νά ύποθέσωμεν ύπερπλασίαν τών έπινεφριδίων.

Δύναται τις νά άποκλείσθι τόν παράγοντα έπινεφριδία διά χορηγήσεως κορτιζόνης (12,5 MG τρείς φορές ήμερησίως).

Ήάν ή αίτία τής διαπαραχής τής ένδοκρινικής ίσορροπίας είναι έπινεφριδιακή ύπερλειτουργία ή έκκρισις τών 17 κετοστεροειδών πρέπει νά πέση καί ή έμμηνος ροή νά έπανέλθθι.

Ήάν ή θλάβη εύρίσκεται είς τήν ύπόφυσιν όλίγα δύνανται νά έπιτευχθούν πρόσ δημιουργίαν ενός φυσιολογικού κύκλου περιόδου. Αί γοναδοτροφίνες τής ύπόφύσεως θά έπιφέρουν ίδανικήν θεραπείαν διότι θά διεγείρουν καί θά άναπτύξουν τάς ώθηθήκας. Δυστυχώς όμως είναι άρκετά άδρανείς διά τήν έγκατάστασιν ενός κύκλου καί είναι έπικίνδυνον νά χρησιμοποιηθούν, διότι τά μέχρι σήμεραν χρησιμοποιούμενα προϊόντα, δέν είναι καθαραί καί περιέχουν τόσας πολλάς ξένας πρωτεΐνας, ώστε ή συνεχής χρήσις αύτών έχει ως άποτέλεσμα σοβαρά άναφυλακτικά έπακόλουθα.



ΤΟ ΠΕΜΠΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΟΣ ΚΑΙ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΟΣ ΣΤΗ ΒΕΝΕΤΙΑ

Από τις 2 μέχρι τις 6 Οκτωβρίου πραγματοποιήθηκε στη Βενετία τό 5ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Γονιμότητας και Στείρωσης. (V ESCO, EUROPEAN STERILITY CONGRESS ORGANIZATION).

Κατά την πενταήμερη διάρκεια του Συνεδρίου ανακοινώθηκαν 350 περίπου εργασίες. Ειδικός των ανακοινώσεων έγιναν και 24 εισηγήσεις, 6 σεμινάρια και μία συζήτηση «στρογγυλής τραπέζης». Προβλήθηκαν επίσης 25 κινηματογραφικές ταινίες.

Κύρια θέματα του Συνεδρίου αποτέλεσαν: η ένδοσκόπησι (λαπαροσκοπία — δουλγασιοσκοπία — ύστεροσκοπία), η μικροχειρουργική των σολπίγγων, ο τρoαηλικός παράγων, ο άνοσοβιολογικός παράγων στη δημιουργία της στειρότητας, η προλακτίνη και οι διάφορες μέθοδοι άντισυλλήψεως.

Είς τό Συνέδριο συμμετείχαν μέ άννακoiνώσεις και μέ την ένεργό παρουσία τους όλες οι Πανεπιστημιακές Μαιευτικές και Γυναικολογικές Κλινικές τής χώρας μας και άλλες διάφόρων Νοσοκομείων τής πρώτεύουσας, όπως ή Β' και Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Μ.Μ.Η.

Η πιό έντυπωσιακή από τις άννακoiνώσεις —κατά τή γνώμη του γράφοντος— ήταν εκείνη των STEPTOE και EDWARDS περί «κυήσεων κάπoπιν τεχνητής γονιμοποίησης» (πρόκειται για τούς άγγλους έπιστήμονες έρευνητές που πραγματοποίησαν πρόσφατα τήν πρώτη γονιμοποίησι σε δοκιμαστικό σωλήνα).

Δρ ΣΑΚΕΛΛΑΡΗΣ ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ

Έπιστημονικός Συνεργάτης

Β' Μ, και Γ. Κλιν. Πανεπιστ. Αθηνών

Θεραπεία ύποκαταστάσεως διά ώθηκικών όρμονών, ήτοι οίστρογόνων και προγεστερόνης, δύναται νά έχη θεραπευτικόν άποτέλεσμα, αλλά και ψυχολογικόν είς άσθενείς μέ πρωτοπαθή άμηνόρροια. Η δημιουργία ενός τεχνητού κύκλου περιόδου παίζει σημαντικό ρόλον διά τόν ψυχικόν κόσμον τής νέας ήτις, άλλως, αισθάνεται ότι ή άμηνόρροια τήν άπομονώνει τών συνομηλικών της ως τι τό παράξενον. Η ανάπτυξις τών δευτερευόντων γεννητικών χαρακτήρων συντελεί ώστε νά μή ξεχωρίζη πολύ τών φυσιολογικών συνομηλικών της. Αύτά τά κορίτσια δύναται νά έλθουν είς γάμον, αλλά βέβαια ή έγκυμοσύνη είναι άδύνατος.

Θεραπευτικόν σχήμα: Έπί τρείς έβδομάδας οίστρογόνα διά του στόματος. Ακολουθεί ένδομυϊκώς επί 4 ήμέρας προγεστερόνη. Συνεχίζεται αύτη 6 μήνας.

Έάν αι έργαστηριακά έξετάσεις έχουν άποδείξει ότι ή βλάβη εύρίσκεται είς τήν ώθηκήν, ένώ ή ύπόφυσις και τά επινεφρίδια είναι φυσιολογικά, δύναται τις επίσης νά προτιμήση θεραπείαν δι' έναλλάξ χορηγήσεως οίστρογόνων και προγεστερόνης.

Είς τας περιπτώσεις εκείνας τής πρωτοπαθούς άμηνόρροιας κατά τας όποιās ή πάσχουσα έχει μέν ύποβληθή είς πάσαν επικουρικήν θεραπείαν, άνευ όμως ουδενός άποτελέσματος, ένδείκνυται ή κοιλιακή έρευνα. Έάν ή διάγνωσις τής βλάβης έντοπισθί είς τήν ώθηκήν ή τήν ύπόφυσιν, δυνατόν νά είναι πεπλανημένη, ειδικά όταν ύπάρχη διαφορομένη κλινική βεβαιώσις. Πριν είσαγάγομεν τήν άσθενή είς μίαν ζωήν ένδοκρινικής ύποκαταστάσεως φαίνεται λογικόν ότι τό μέγεθος τής ώθηκής ή τής συγγενούς δυσγενεσίας πρέπει νά εκτιμηθούν διά άπ' εύθείας έξετάσεως διά μιάς έρευνητικής λαπαροτομίας. Ός παράδειγμα άναφέρεται περίπτωσις ήτις ένεφάνιζε μέν όλα τά κλινικά και έργαστηριακά εύρήματα ώθηκικής άγενεσίας, άπεδείχθη δέ πάσχουσα ύπό του STEIN — LEVENTHAL,