

# Η ΕΠΙ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΥΠΕΡΤΡΙΧΩΣΙΣ ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΥΤΗΣ

Υπό

Δρ. ΑΡΙΣΤ. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ

Υφηγητοῦ τῆς Δερματολογίας  
τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν

Ἐπερτρίχωσις εἶναι ἡ κατ' ὄγκον καὶ ἀριθμὸν αὐξήσις τῶν τριχῶν.

Ἡ φυσιολογικὴ διάταξις τῶν τριχῶν ἐπὶ τῶν γυναικῶν εἶναι ἡ ἀκόλουθος: Κόμη ἄφθονος, βλεφαρίδες βραχεῖαι, ὄφρυς μακραί, τρίχες κατὰ τὰς μασχάλας καὶ τὸ ἐφήβιον, διάσπαρτοι καὶ λεπταὶ τινες τρίχες κατὰ τὰ ἀντιβράχια καὶ τὰς κνήμας. Τὸ ὑπόλοιπον σῶμα εἶναι ψιλόν, δὲν παρουσιάζει δηλαδὴ τρίχας ἀλλὰ μόνον χνοῦν, μόλις ὁρατὸν διὰ τοῦ γυμνοῦ ὀφθαλμοῦ. Ἡ ἀνωτέρω διάταξις τῶν τριχῶν ἀπαντᾷ ἀπὸ τῆς ἐφηβείας καὶ διατηρεῖται μέχρι τῆς ἐμμηνοπαύσεως. Ἐκτοτε αἱ τρίχες τοῦ ἐφηβαίου καὶ τῆς μασχάλης ἀραιώνουν βαθμιαίως μέχρι βαθέος γήρατος, ὅτε σχεδὸν ἐξαλείφονται, ἐνῶ ἀντιθέτως τρίχες παρουσιάζονται κατὰ τὸν πώγωνα καὶ τὸ ἄνω χεῖλος διασπάρτους.

Τοιαύτη εἶναι ἡ συνήθης διάταξις τῶν τριχῶν ἐπὶ τοῦ θήλεος. Ὅμως ἐπὶ 10% τῶν μελαγχρόνων καὶ ἐπὶ 5% τῶν ξανθῶν γυναικῶν ἐμφανίζονται ἐπὶ πλεόν ἀραιαὶ τινες τρίχες καὶ κατὰ τὸ ἄνω χεῖλος, σχεδὸν δὲ ἐπὶ 25% τῶν γυναικῶν καὶ κατὰ τὰς κνήμας.

Ἡ καθαυτὴ ὑπερτρίχωσις ὑπερβαίνει τὰ ὅρια ταῦτα καὶ ἀπαντᾷ ἐπὶ 3% τῶν γυναικῶν, παρουσιάζει δὲ εἴτε ἀληθῆ μύστακα εἴτε τρίχας κατὰ τὴν λευκὴν γραμμὴν καὶ ἀλλαχοῦ. Τότε ἡ ἀσθενὴς προσέρχεται παρ' ἡμῶν διὰ τὴν δυσμορφίαν ταύτην. Συχνότερον ὅμως συμβαίνει ἡ ὑπερτρίχωσις νὰ ἀποκαλύπτεται καθ' οἰανδῆποτε ἰατρικὴν ἐξέτασιν, καὶ δὴ ὅταν αὕτη εἶναι μικροῦ

βαθμοῦ. Ἐπὶ πάσης ὑπερτριχώσεως, ἐλαφρᾶς ἢ βαρείας, συνυπάρχουν καὶ ἄλλα συμπτώματα, τὰ ὁποῖα πρέπει νὰ ἐπισύρουν τὴν προσοχὴν μας. Ταῦτα εἶναι νευρικὴ ἀνισορροπία μὲ τάσιν πρὸς κατάθλιψιν, διαταραχαὶ τῆς ἐμμηνορυσίας καὶ τοῦ μεταβολισμοῦ, παχυσαρκία, λιποσαρκία, ἢ καὶ στεῖρωσις.

Ὁ ρόλος τῶν ἐνδοκρινῶν ἀδένων ἐπὶ τῆς τριχοφυΐας. Ἡ τριχοφυΐα ἐξαρτᾶται τοῦτο μὲν ἐκ τῆς ἐκκρίσεως τῶν ἀνδρογόνων ὁρμονῶν, τοῦτο δὲ ἐκ τῆς εὐαισθησίας τῆς ρίζης τῶν τριχῶν ἐναντι τῶν ὁρμονῶν τούτων. Ὡς γνωστόν, αἱ ἀνδρογόνοι ὁρμόναι ἐκκρίνονται ὑπὸ τῶν ἐπινεφριδίων καὶ τῶν γεννητικῶν ἀδένων. Ἡ ἐκ τῶν ἐπινεφριδίων ἐκκρίσις τούτων εἶναι κατὰ τι περὶ σσοτέρα ἐπὶ ἀνδρῶν ἢ ἐπὶ γυναικῶν. Ἡ ἐκ τῶν ὠθηκῶν ἐκκρίσις τῶν εἶναι αἰσθητικῶς ὀλιγοτέρα τῆς τῶν ὄρχεων. Φυσιολογικῶς ἡ διάταξις τῶν τριχῶν ἐπὶ γυναικῶς μὲν ἐξαρτᾶται ἐκ τῶν ἀνδρογόνων ὁρμονῶν τῶν ἐπινεφριδίων καὶ ὠθηκῶν, ἐπὶ ἀνδρῶς δὲ ἐκ τῶν ἀνδρογόνων ὁρμονῶν τῶν ἐπινεφριδίων καὶ τῶν ὄρχεων. Ἡ εἰς τὰ δύο φύλα διαφοροποίησις τῆς διατάξεως τῶν τριχῶν σημειοῦται κατὰ τὴν ἐφηβείαν, ὅτε οἱ γεννητικοὶ ἀδένες ἀρχίζουν νὰ λειτουργοῦν, γεγονὸς ὅπερ μαρτυρεῖ ὅτι οὗτοι μᾶλλον ἢ τὰ ἐπινεφρίδια παίζουσι σπουδαῖον ρόλον εἰς τὴν τριχοφυΐαν. Αἱ οἰστρογόνοι ὁρμόναι ἐκκρίνονται κυρίως ὑπὸ τῶν ὠθηκῶν, εἰς μικρὰν δὲ ποσότητα ἐκ τῶν ἐπινεφριδίων καὶ ὄρχεων. Αὗται ἀντιτίθενται εἰς τὴν ἐπὶ τῶν τριχῶν δράσιν τῶν ἀνδρογόνων ὁρ-

μονῶν. Ἡ ἔναντι τῶν ἀνδρογόνων ὁρμονῶν εὐαισθησία τῶν ριζῶν τῶν τριχῶν ἐξαρτᾶται ἐκ φυλετικῶν, γενετικῶν καὶ οἰκογενειακῶν παραγόντων. Οὕτω π.χ. ὑπερτρίχωσης ἀπαντᾶ ἐπὶ τῆς κιτρίνης φυλῆς, ἰδίᾳ ὅμως ἐπὶ τινῶν μαύρων, τῶν Ἀινῶ. Γενικῶς ὅμως ἐπὶ γυναικῶν μελανοτρίχων σημειοῦται τάσις πρὸς ὑπερτρίχωσιν. Σημειώθητε ὅτι ὅσον πρόωρος καὶ ἀφθονος εἶναι ἡ ἔκκρισις τῶν ἀνδρογόνων ὁρμονῶν τόσον αὐξάνεται ἡ εὐαισθησία τῶν ριζῶν ἔναντι τούτων. Ἐξαιρέσιν ἀποτελοῦν αἱ τρίχες τοῦ τριχωτοῦ τῆς κεφαλῆς, αἱ ὁποῖαι ἐπὶ περισσεΐας ἀνδρογόνων ὁρμονῶν ἀποπίπτουν, π.χ. κατὰ τὴν σημηματοροικὴν ἀλωπεκίαν, καὶ τοῦτο διότι αἱ ἀνδρογόνοι ὁρμόνοι δροῦν οὐ μόνον ἐπὶ τῶν ριζῶν τῶν τριχῶν ἀλλὰ καὶ ἐπὶ τοῦ ὄγκου καὶ ἐπὶ τῆς ἔκκρίσεως τῶν σημηματογόνων ἀδένων.

**Μορφαί.** Τῆς ὑπερτρίχωσης διακρίνονται:

1. Το πικρή, π.χ. οἱ ἔντριχοι ὑπέρχροοι ἢ ἄχροοι σπῖλοι. Ἐπ' αὐτῶν αἱ τρίχες ἐμφανίζονται συνήθως ἀργότερον. Ὑπερτρίχωσης τοπικῆ παρουσιάζεται σπανιότερον μετὰ κάκωσιν ἢ μετ' ἐφαρμογῆν ἐμπλάστρου. Ἄλλοτε αἱ τρίχες εἶναι μὲν ἀφθονώτεραι ἀλλὰ περιορίζονται κατὰ τὰς συνήθεις ἐντρίχους χώρας. Τὸ μέγιστον τῆς ὑπερτρίχωσης ταύτης παρουσιάζεται κατὰ τὴν ἐμμηνόπασιν. Ἡ τοπικῆ ἀπαντᾶ οἰκογενῶς καὶ δὲν συνοδεύεται ὑπὸ ἄλλης τινὸς διαταραχῆς.

2. Διάχυτος. Ἐπ' αὐτῆς αἱ τρίχες δυνατὸν νὰ καταλάβουν διαστάσεις ἀνδρικοῦ τύπου, νὰ παρουσιάσουν δηλ. μύστακα, γένειον, τρίχας κατὰ τὴν λευκὴν γραμμὴν, στερνικὴν χώραν, μαστοὺς καὶ ἀλλαχοῦ. Ἡ μορφή αὕτη εἶναι σπανία καὶ δύναται νὰ συνδυάζεται μετ' ἄλλους ἀνδρικοὺς χαρακτήρας, ἥτοι μετ' βαθεῖαν φωνήν, ἀνδρικός τάσεις, ἄκομφον βᾶδισμα, παχὺ δέρμα, ἀλλὰ καὶ σημηματόροισιν, τάσιν πρὸς ἀκμήν, διαταραχὰς ἐμμηνορρυσίας.

**Ἐξέλιξις.** Ἡ ὑπερτρίχωσης ἐμφανίζεται τάχιστα, καὶ δὴ ἐντὸς 3-4 ἐτῶν ἀπὸ τῆς ἐνάρξεως τῆς ἐφηβείας, ἀκολούθως προχωρεῖ βραδύτατα. Ἡ ἐξέλιξις αὕτη εἶναι ἡ συνηθεστέρα καὶ ἀπαντᾶ ἐπὶ κοινῆς ὑπερ-

τριχώσεως, ἢ ἀντιθέτως ἐξ ἀρχῆς προχωρεῖ βραδέως ἀλλὰ κανονικῶς ἀπὸ τῆς ἡβῆς μέχρι τοῦ γήρατος, ἢ ἐμφανίζεται ἀποτόμως ὀψίμως ἢ πρωίμως, ὡς π.χ. ἐπὶ βαρειῶν ψυχικῶν διαταραχῶν ἢ ἐπὶ ἀνδρογόνων ὄγκων, ἢ ἐμφανίζεται ὀψίμως καὶ ἐξελίσσεται βραδέως, ὡς π.χ. ἐπὶ γεροντικῆς ὑπερτρίχωσης τοῦ προσώπου, ποῦ συνοδεύεται μετ' ἀραιώσιν τῶν τριχῶν τῶν μασχάλων καὶ τοῦ ἐφηλαίου.

**Αἰτιολογία.** Ἀναλόγως τοῦ αἰτίου διακρίνεται:

1. Ὑπερτρίχωσης ἐξ ἐπινεφριδικῆς ὑπερανδρογονίας. Αὕτη προκαλεῖται:

α) Ἐξ ἀνδρογόνου ὄγκου καλοήθους ἢ κακοήθους τῶν ἐπινεφριδίων. Συνήθως ἐπέρχεται ἐπὶ γυναικός, πρότερον φυσιολογικῆς παρουσιάξει αἰφνιδίως μετωπιαίαν φαλάκραν, μεγέθυνσιν τῆς κλειτορίδος, ἀμηνόρροισιν, αὐξησιν τῶν μυϊκῶν μαζῶν καὶ ὑψηλὴν ἀπόκρισιν τῶν 17 C.S. (C.S.=κετοστεροειδῆ). Ἄλλοτε ὁ ὄγκος δὲν εἶναι ἀπλῶς ἀνδρογόνος ἀλλὰ μικτός, ἐκκρίνει ἐπίσης γλυκοκορτικοειδῆ, ὅτε παρουσιάζει τὸ σύνδρομον Cushing.

β) Ἐξ ὀψίμου ὑπερπλασίας ἢ ὑπερεκκρίσεως τῶν ἐπινεφριδίων. Καὶ αὕτη δυνατὸν νὰ εἶναι ἀπλῆ ἢ μικτῆ. Τὰ 17 C.S. εἶναι τότε ὀλίγον ἠδύνημα, ἢ ἀκτινογραφία τῶν ἐπινεφριδίων φυσιολογική.

γ) Ἐξ ἐνζυμοπαθείας τῶν ἐπινεφριδίων συγγενοῦς, ἥτις ἄγει εἰς ἀποκλεισμὸν τῆς 21 καὶ 11 ὑδροξυλιώσεως. Συνέπεια ταύτης εἶναι τοῦτο μὲν ἡ ἐλαττωματικὴ σύνθεσις τῆς ὑδροκορτιζόνης, ἥτις λήγει εἰς συσσώρευσιν τῆς ACTH καὶ λόγω ταύτης εἰς τὸν σχηματισμὸν πολλῶν ἀνδρογόνων οὐσιῶν, τοῦτο δὲ εἰς ἐλαττωματικὴν μετατροπὴν τῆς androstendione εἰς oestradiole. Διὰ τοῦ ἀποκλεισμοῦ τῆς 11 ὑδροξυλιώσεως σχηματίζονται ὁμοίως ὑπερτατικά στεροειδῆ, ἢ δεσοξυκορτικοστερόνη καὶ ἢ 17 δεσοξυκορτικοστερόνη. Τὸ σύνδρομον τοῦτο ἀρχεται ἀπὸ τῶν πρώτων ἐβδομάδων τῆς ἐμβρυϊκῆς ζωῆς καὶ προκαλεῖ σαφῆ ψευδερμαφροδιτισμόν. Κατὰ δὲ τὴν ἐφηβικὴν ἡλικίαν παρουσιάζει ψευδεφηβίαν ἀνδρικοῦ τύπου μετ' ὕψος κά-

τω τοῦ μετρίου. Τὰ 17 C.S. καὶ ἡ pregnandiole εἶναι τότε ηὔξημένα. Ἡ κορτιζὼν χορηγούμενη ὑποβιβάζει τὰ 17 C.S., καὶ ὅσον ἐνωρίτερον ἐφαρμόζεται τόσον δρᾶ ἱκανοποιητικώτερον ἐπὶ τῆς ἐφηβείας τοῦ θήλεος. Πλὴν τῆς συγγενεῦς ὑπάρχει καὶ ὄψιμος ἐνζυμοπάθεια ἀλλὰ μὲ διάφορα κλινικὰ σημεῖα, ἥτοι μὲ ὑπερτρίχωσιν, ἐφηβείαν καὶ ἐμμηνορροσίαν ὑπολειπομένας καὶ κλειτορίδα μεγεθυσμένην.

2. Ὑπερτρίχωσις ἐξ ἀνδρογόνων ὄγκων τῶν ὠοθηκῶν. Τὰ 3/4 τῶν ὄγκων τούτων εἶναι ἀρρενοβλαστώματα, τὸ ὑπόλοιπον 1/4 εἶναι ὄγκοι μὲ λιποειδικὰ κύτταρα. Οἱ ὄγκοι οὗτοι δυνατόν νὰ ὑφίστανται ἀπὸ μακροῦ ἄνευ συμπτωμάτων, ἀργότερον παρουσιάζουν σύνδρομον ὀψίμου ἀνδρισμοῦ μὲ ὑπερτρίχωσιν, βαθεῖαν φωνήν, μεγεθυσμένην κλειτορίδα, ἀμηνόρροϊαν. Ἐπ' αὐτῆς τὰ 17 C.S. εἶναι ὀλίγον ηὔξημένα, κατ' ἀντίθεσιν πρὸς τὴν περίπτωσιν ἐπινεφριδικοῦ ὄγκου.

Κατὰ τὸν H. P. Klotz, ἡ αἰτιολογία τῆς ὑπερτρίχωσης εἶναι πολλάκις μικτὴ, ὀφείλεται δηλ. εἰς συνύπαρξιν βλαβῶν τῶν τε ἐπινεφριδίων καὶ ὠοθηκῶν, ἥτοι εἰς ὑπερλειτουργίαν τοῦ ὅλου ἀνδρογόνου συστήματος. Τὸ σύνδρομον τοῦτο εἶναι οἰκογενὲς καὶ ποικίλλει ἀπὸ ἐλαφρᾶς μορφῆς μὲ ὠρίμανσιν τῶν ὠοθυλακίων μέχρι βαρείας μορφῆς μὲ μεγάλας στεῖρας ὠοθήκας, τύπου Stein-Lewenthal.

3. Δυνατὸν νὰ ὀφείλεται εἰς ἐνδοκρινεῖς διαταραχὰς τῆς ὑποφύσεως, ὡς π.χ. εἰς λιπογεννητικὸν σύνδρομον, μεγαλακρίαν, σύνδρομον Cushing, βασεόφιλον ἀδένωμα, ὑπερπροκαλεῖ ὑπερπλασίαν τοῦ φλοιοῦ τῶν ἐπινεφριδίων. Ἄλλὰ καὶ ἡ μνηιγοεγκεφαλίτις τῆς βάσεως τοῦ κρανίου ἢ ἡ ἐσωτερικὴ ὑπερόστωσις τοῦ μετωπιαίου ὀστοῦ δύναται νὰ τὴν προκαλέσῃ. Αἱ ἀνωτέρω αἰτίαι εἶναι σπανιώταται, τοῦναντίον συχνῆ εἶναι ἡ ὑπερτρίχωσις μετὰ ἐνέσεις ἀνδρογόνων ὁρμονῶν, καὶ δὴ κατόπιν ἐμφυτεύσεως αὐτῶν, ὅτε ἡ ἀπορρόφησις των εἶναι ἀκανόνιστος καὶ ταχίστη. Δυστυχῶς, ἐπὶ τῶν περιπτώσεων τούτων ἡ ὑπερτρίχωσις ἐπιμένει καὶ μετὰ τὴν παῦσιν τῆς χορηγήσεως αὐτῶν. Κατ' αὐτὴν, αἱ ἐν ἐμμηνοπαύ-

σει διατελοῦσαι γυναῖκες εἶναι εὐαίσθηταί.

4. Ἰδιοπαθὴς ὑπερτρίχωσις. Φαίνεται αὕτη νὰ ὀφείλεται εἰς τὴν εὐαίσθησίαν τῶν ριζῶν τῶν τριχῶν ἐναντι τῶν ἀνδρογόνων ὁρμονῶν, διότι αἱ κατ' αὐτὴν λειτουργίαι τῶν ἐνδοκρινῶν ἀδένων εἶναι φυσιολογικαί. Αὕτη παρουσιάζεται κυρίως ἐπὶ ὠρισμένης φυλῆς (γυναικῶν Ἀινῶ καὶ Κουρίλλων νήσων, αἵτινες εἶναι δασύτριχοι ὡς ἡ ἄρκτος, ἢ ἐπὶ τινῶν τῆς Ἀνατολικῆς Μεσογείου καὶ δὴ Ἀρμενιδῶν). Ἄλλὰ καὶ ἐπ' αὐτῶν πρέπει νὰ ἀναζητῶμεν τυχούσας ἐνδοκρινεῖς διαταραχὰς.

5. Κοινὴ ὑπερτρίχωσις. Αὕτη εἶναι ἡ συνηθέστερα καὶ χαρακτηρίζεται ὑπὸ 5 κατηγορίαν συμπτωμάτων:

α) Νευρικαὶ διαταραχαὶ ἐπὶ 85% τῶν περιπτώσεων, ἥτοι ἀπὸ ἀπλῆς νευρώσεως μέχρι βαρέος καταθλιπτικοῦ συνδρόμου καὶ ψυχώσεως· προσέτι δυστονία τοῦ φυτικοῦ νευρικοῦ συστήματος ἐπὶ 100%, μὲ σημεῖον Chvosteck ἐπὶ 42%, ἐναντι 5-7% ἐπὶ τῶν ὑγιῶν καὶ μὲ συνήθεις διαταραχὰς τοῦ ἠλεκτροεγκεφαλογραφήματος. Σημειωθῆτω ὅτι ἡ δυσμορφία αὕτη δρᾶ δυσμενῶς ἐπὶ τῆς ψυχικῆς διαθέσεως, ἀλλ' αἱ ἀνωτέρω νευρικαὶ διαταραχαὶ προηγοῦνται τῆς ὑπερτρίχωσης καὶ εἶναι δυσανάλογοι αὐτῆς. Εἰς τινὰ ψυχιατρικὴν κλινικὴν τῆς Μασσαλίας ὑπερτρίχωσις ἐσημειώθη ἐπὶ 52% τῶν ψυχοπαθῶν.

β) Ἀνδρισμὸς μὲ ὑπερτρίχωσιν ἀπὸ ἐλαχίστης μέχρις ἀνδρικοῦ τύπου, ἐξαιρετικῶς δὲ μὲ μετωπιαίαν φαλάκραν. Ἐπὶ 24% τῶν περιπτώσεων συνυπάρχει ἐπιμονος ἀκμῆ. Ἡ κλειτορίς εἶναι συνήθως φυσιολογικὴ ἢ ἐλαφρῶς ηὔξημένη, περὶ τὰ 5 χλστμ. Οἱ λοιποὶ δευτερεύοντες φυλετικοὶ χαρακτήρες εἶναι φυσιολογικοί.

γ) Διαταραχαὶ τοῦ ὠοθηκικοῦ κύκλου· αὗται εἶναι συνήθεις, ὡς π.χ. ἡ σπάνις τῶν ἐμμηθῶν, ἥτις ἀπαντᾷ ἐπὶ 51%, στεῖρωσις ἐπὶ 9%, συνηθέστατοι δὲ εἶναι οἱ ὑπογάστριοι πόνοι. Ἐπ' αὐτῆς ἔχομεν κυρίως ἀνεπάρκειαν ὠχρίνης, μὲ ἐπιβράδυνσιν ἢ ἔλλειψιν ὠριμάνσεως ὠαρίου. Ἡ F.S.H. συνήθως εἶναι φυσιολογικὴ ἢ ἐλαφρῶς ηὔξημένη, ἢ L.H. ηὔξημένη.

δ) Κατά τὴν ἔρευναν τῆς ἀνδρογόνου λειτουργίας τὰ 17 C.S. εἶναι φυσιολογικά ἢ ἐλαφρῶς ἠϋξημένα, pregnandiole δὲν ὑπάρχει ἢ εἶναι ἐλαχίστη· αἱ ἀνδρογόνοι ὁρμόναι ἐλαφρῶς ἠϋξημένοι. Αἱ δοκιμαὶ ἐρεθισμοῦ διὰ τοῦ ACTH καὶ διὰ χοριονικῆς γοναδοτροφίνης καὶ τῆς ἀνακασέσεως διὰ dexamethasone καὶ dieneptrol καθορίζουν τὴν τυχούσαν ἐπινεφριδικὴν ἀρχὴν ταύτης.

ε) Βλάβαι ἀποκαλύπτονται μετὰ λαπαροτομίαν, καὶ δὴ τῶν ὠοθηκῶν ἐκ τούτων ἐρμηγύονται αἱ ἀνωμαλῖαι τοῦ καταμηγίου κύκλου. Αἱ βλάβαι αὗται ἀποτελοῦν τὸ σύνδρομον Stein-Lewenthal, ὅπερ συνίσταται ἐκ στειρώσεως, ἀμνηρορίας, αὐξήσεως τοῦ ὄγκου τῶν ὠοθηκῶν, πολυκυστώσεως ἢ ὑπερπλασίας τῆς θήκης αὐτῶν καὶ ὠχρινοποιήσεως διαφόρων βαθμῶν. Ἰστολογικῶς ἔχομεν «ὄρχεοποίησιν τῶν ὠοθηκῶν» κατὰ Allen Woolf. Ἄλλὰ καὶ διὰ τῆς κολπικῆς ἐξετάσεως ἀνευρίσκωμεν συχνάκις αἰξήσιν τοῦ ὄγκου τῶν ὠοθηκῶν. Ἐκ τοῦ εὐρήματος τούτου καὶ ἐκ τῆς συνήθως συνυπάρξεως πόνων κατὰ τὴν πύελον συμπεραίνομεν ὅτι αἱ βλάβαι τῶν ὠοθηκῶν εἶναι συνήθεις ἐπὶ κοινῆς ὑπερτριχώσεως. Δυνατὸν μάλιστα ἢ ὑπερτριχῶσις μόλις νὰ ἐκσημαίνεται. Πλὴν ὅμως, πᾶσα περίπτωσις κοινῆς ὑπερτριχώσεως δὲν παρουσιάζει ἀπαραιτήτως καὶ τὰς 5 ἀνωτέρω ὁμάδας συμπτωμάτων. Ἐξ οὗ καὶ ἡ κοινὴ ὑπερτριχῶσις ποικίλλει ἀναλόγως τῶν στοιχείων τοῦ συνδρόμου, τῆς βαρύτητος καὶ τῆς ἐξελίξεως αὐτῆς. Σπανιώτατα ὅμως ἐν τῶν συμπτωμάτων νὰ ἐλλείπη καθ' ὅλον τὸν βίον. Δυνατὸν ἐν τῇ τινὰ τούτων νὰ λανθάνουν ἐπὶ μακρόν, νὰ ἐμφανισθοῦν ἡμέραν τινὰ καὶ κατόπιν νὰ ἐξασθενήσουν ἢ νὰ ἐξαφανισθοῦν παντελῶς, ὡς π.χ. ἡ νευρικὴ κατάθλιψις ἢ αἱ διαταραχαὶ τῆς ὠριμάνσεως τοῦ ὠαρίου. Ἐὰν ὑφίσταται τὸ σύνδρομον Stein-Lewenthal, τοῦτο ἀποτελεῖ τὴν βαρυτέραν μορφήν τῆς κοινῆς ὑπερτριχώσεως.

**Ἡ παθογονία** τῆς κοινῆς ὑπερτριχώσεως εἶναι ἀτελῶς γνωστὴ.

α) Βεβαία εἶναι ἡ ἐπ' αὐτῆς εὐαισθησία τῶν ριζῶν τῶν τριχῶν ἔναντι τῶν ἀνδρογόνων ὁρμονῶν. Τοῦτο ἀποδεικνύεται διὰ τοῦ ἀσκόπου θεραπευτικοῦ ἀποτελέσματος διὰ τοιούτων ὁρμονῶν, ὅτε ἐπιδεινοῦται ἢ ὑπερτριχῶσις καὶ διὰ τῆς κατ' αὐτὴν χαμηλῆς στάθμης τῶν ἀνδρογόνων.

β) Ἡ εὐαισθησία αὕτη εἶναι ἄνισος ἐπὶ τῶν διαφόρων ἰσθῶν· μείζων ἐπὶ τῶν τριχῶν ἢ ἐπὶ τῆς κλειτορίδος, μεγαλύτερα ἐπὶ τῶν τριχῶν τοῦ ἐφηβαίου καὶ προσώπου ἢ ἐπὶ τῆς φαλάκρας.

γ) Ἀνδρογόνοι ὁρμόναι εὐρίσκονται ἄνω τοῦ φυσιολογικοῦ ποσοῦ. Ἡ ἀρχικὴ διαταραχὴ, ἢ ὅποια ἄγει εἰς ὑπερτονίαν τοῦ ἀνδρογόνου συστήματος, εἶναι εἰδικὴ λειτουργικὴ νευροενδοκρινικὴ. Αὕτη ἀρχεται ἀπὸ τῆς παιδικῆς, ἴσως δὲ ἀπὸ τῆς ἐμβρυϊκῆς ἡλικίας, ἐπὶ ἐδάφους προδιατεθειμένου. Ὁρισμένοι χαρακτηῖρες, ὡς ὁ οἰκογενῆς, ἢ πρῶτος ἐμφάνισις τῆς ὑπερτριχώσεως (ἐπὶ τινων περιπτώσεων ἀπὸ ἡλικίας 8-15 ἐτῶν), ἢ κατόπιν ἐνέσεων χοριονικῆς γοναδοτροφίνης ἐπιδεινῶσι αὐτῆς ἢ μετὰ συγκινήσεις ἢ μετὰ μηνιγγίτιδα, ἀποδεικνύει τὴν ὑπαρξίν ἐτοιμότητος πρὸς ὑπερέκκρισιν ἀνδρογόνων οὐσίων.

δ) Διαταραχαὶ τῶν ὠοθηκῶν τοῦ ὀφείλονται εἰς νευροψυχικὰ αἰτία, ἰδιοπαθῆ τετανίαν, ψυχικὰς συγκινήσεις. Οὕτω, μετὰ συγκινητικὸν choc ἔπεται ἔντονος κεφαλαλγία καὶ ἐμφάνισις τριχῶν ἢ μετὰ μηνιγγιτικόν τι ἐπεισόδιον. Μάρτυς δὲ τοῦ εἰδικοῦ νευρολογικοῦ ἐδάφους εἶναι αἱ κατὰ 79% ἀνωμαλῖαι τοῦ ἐγκεφαλογραφήματος, αἱ ἀνωμαλῖαι τῶν ὑποφλοικῶν κέντρων, ἐξ οὗ σύνηθες εἶναι τὸ σημεῖον Chvostek. Ἄρα ἐπὶ τῆς κοινῆς ὑπερτριχώσεως σημειοῦνται διαταραχαὶ καὶ ἐπὶ τῶν ἀνωτέρων νευρικῶν κέντρων. Ἡ δὲ ἄλυσος τῶν διαδοχικῶν ἀντιδράσεων ποῦ καταλήγουν εἰς κοινὴν ὑπερτριχῶσιν εἶναι: αα) νευροπαθητικὴ εὐπάθεια, ἐκδηλουμένη δι' ἰδιοπαθοῦς τετανίας, ββ) παρακώλυσις ὠριμάνσεως ὠοθυλακίου, ποῦ προκαλεῖ ὑπερβολικὴν ἔκκρισιν τῆς L.H., ὑπολόγου τῆς πολυκυστώσεως καὶ ὠχρινοποιήσεως, γγ) ὑπερβολικὴ ἔκκρισις ἀνδρογόνων ἐκ τῶν ὠοθηκῶν, ἴσως καὶ ἐκ τῶν ἐπινεφριδίων, αἵτινες δροῦν ἐπὶ τῶν ριζῶν τῶν τριχῶν, εὐαισθητῶν λόγῳ τῆς νευρικῆς διαταραχῆς,

δδ) αὐξησις τῆς ὑπερανδρογονίας διὰ τῆς διαταραχῆς τῆς ὠριμάνσεως τοῦ ὠοθυλακίου καὶ τῆς διαταραχῆς ταύτης διὰ τῆς ὑπερανδρογονίας.

**Διάγνωσις.** Ἐξακριβώνομεν τὴν ἐθνικότητα, τυχούσαν αἰμομιξίαν, ἐὰν μέλος τι τῆς οἰκογενείας πάσχη ὑπὸ ὠοθηκικῶν ἢ ψυχικῶν διαταραχῶν. Καθορίζομεν τὴν ἐξέλιξιν τῆς ὑπερτριχώσεως, τὴν κατάστασιν τῶν ὠοθηκῶν καὶ τῆς ψυχικῆς διαθέσεως τῆς ἀσθενοῦς. Ἐξετάζομεν τὴν διάταξιν τῶν τριχῶν, τοὺς σηγηματογόνους ἀδένας, τοὺς λοιπούς δευτερεύοντας φυλετικούς χαρακτῆρας, ὑποδόριον λίπος, σχέσιν διαμέτρων ὠμοπλατῶν-πέλου, συσχέτισιν βάρους με ἀνάστημα, γεννητικὰ ὄργανα, τὸ μέγεθος τῆς κλειτορίδος καὶ τυχούσας ἄλλας δυστροφίας. Τὴν ἀσθενῆ ἀκολουθῶς ἐξετάζομεν νευρολογικῶς καὶ ψυχολογικῶς, ἀναζητοῦμεν τὸ σημεῖον Chosteck, προβαίνομεν εἰς ἠλεκτροεγκεφαλογράφημα, λαμβάνομεν τὸ μεταξὺ δύο περιόδων θερμοδιάγραμμα. Ἐρευνῶμεν τὴν λειτουργίαν τῶν ὠοθηκῶν μέσῳ τοῦ κολπικοῦ ἐπιχρίσματος· προσδιορίζομεν τὴν pregnandiole, τὴν ὠοθυλακίνη, τὴν προγεστερόνην καὶ τὴν F.S.H. Ἐξετάζομεν τὴν λειτουργίαν τῶν ἐπινεφριδίων διὰ τῆς προκλητῆς σακχαρουρίας· προσδιορίζομεν ποσοτικῶς τὰ 17 C.S. (φυσιολογικῶς ἔχομεν 5-7 χλστγρ. εἰς τὸ 24ωρον). Πρὸς τοῦτο πρέπει νὰ λάβωμεν ὑπ' ὄψιν τὴν ἡλικίαν τῆς γυναικός (11 χλστγρ. κατὰ τὸ 30ὸν ἔτος εἶναι τὸ μέγιστον φυσιολογικὸν ὄριον· σὺν τῇ παρόδῳ τῆς ἡλικίας πίπτει εἰς τὰ 7-8 χλστγρ.)· ἐπὶ κακοήθους ὄγκου ἔχομεν ἄνω τῶν 50 χλστγρ. εἰς τὸ 24ωρον, ἐνῶ ἐπὶ ὑπερπλασίας ἢ ἀδενώματος τοῦ φλοιοῦ τῶν ἐπινεφριδίων κυμαίνεται μεταξὺ 15-30 χλστγρ. Προσέτι ἐφαρμόζομεν τὴν δοκιμὴν ἐρεθισμοῦ τούτων διὰ τοῦ ACTH βραδείας ἀπορροφῆσεως, ὅτε ἐπὶ ὄγκου μὲν οὐδεμία τροποποίησις παρατηρεῖται, ἐπὶ Cushing δὲ σημειοῦται ὕψωσις τῶν 17 C.S. Διὰ τῆς δοκιμῆς ἀνασχέσεως διὰ τῆς dexamethasone· ταύτης χορηγοῦμεν ἀνὰ 3-4 χλστγρ. καθ' ἑκάστην ἐπὶ 5 ἡμέρας, ὅτε ἐπὶ ἐπινεφριδογεννητικοῦ συνδρόμου ἢ ἀνάσχεσις εἶναι πλήρης, ἐπὶ Cushing ὀλίγον τρο-

ποποιεῖται, ἐπὶ ὄγκου τῶν ἐπινεφριδίων οὐδὲν ἀναστέλλεται. Προβαίνομεν προσέτι εἰς ποσοτικὸν προσδιορισμὸν τῶν οἰστρογόνων. Τὴν διάγνωσιν συμπληροῦμεν διὰ ἀκτινογραφίας τῶν ἐπινεφριδίων μετὰ πνευμοπεριτόναιον, τῶν ὠοθηκῶν μετὰ κτινογραφίαν, κοιλιοσκοπίαν ἢ ἐν ἀνάγκῃ μετ' ἐρευνητικὴν λαπαροτομίαν.

**Θεραπεία.** Αὕτη κατὰ πρῶτον λόγον εἶναι αἰτιολογική. Ἐπὶ ἀνδρογόνων ὄγκων τῶν ἐπινεφριδίων ἐπεμβαίνομεν χειρουργικῶς ἢ ἐφαρμόζομεν ἀκτινοθεραπείαν. Ἐπὶ ἀπλῆς ὑπερεκκρίσεως τῶν ἐπινεφριδίων ἐφαρμόζομεν ἀνασταλτικὴν θεραπείαν διὰ τῆς dexamethasone, προσέχοντες τὸ εἰς τὰ ψυχικὰ συμβάματα καὶ εἰς τὸν ὑπερκορτιζονισμόν. Ἐφ' ὑπερπλασίας τοῦ φλοιοῦ ἀκτίνες X. Ἐπὶ ἐνζυμοπαθείας χορηγοῦμεν κορτιζόνην (ιδεὲς περαιτέρω). Ἐπὶ ἀνδρογόνων ὄγκων τῶν ὠοθηκῶν ἐπεμβαίνομεν χειρουργικῶς. Ἐπὶ ὄγκων τῆς ὑποφύσεως, χειρουργικῆ ἢ ἀκτίνες X.

Ἐπὶ κοινῆς ὑπερτριχώσεως βελτιοῦμεν τοὺς ψυχολογικοὺς ἄρους· ἐπὶ ἄγχους ἐφαρμόζομεν ψυχοθεραπείαν. Ἐὰν ἡ κοιλιοσκοπία δείξῃ ὠοθήκας λείας καὶ μεγάλας, ἐπεμβαίνομεν χειρουργικῶς. Ἡ καινοειδὴ ἐκτομὴ τῆς ὠοθήκης ἢ ἡ ἀποφλοιώσις δυναταὶ νὰ ἀποκαταστήσῃ τὴν ἐμμηνορροσίαν καὶ καταστήσῃ δυνατὴν τὴν γονιμότητα. Ἐὰν ὅμως ἡ κοιλιοσκοπία δείξῃ ὠοθήκας μικρὰς καὶ ἀτροφικὰς, τότε δὲ ἐπεμβαίνομεν. Ὅσακις αἱ ἀνδρογόνοι ὄρμονοι ὑπερβαίνουν τὰ φυσιολογικὰ ὄρια, ἐπιδιώκομεν νὰ ἐλαττώσωμεν τὴν ἐκκρίσιν τούτων διὰ τῆς κορτιζόνης (διὰ τῆς ὀπιόμενου ACTH) καὶ δὴ εἰς δόσιν ἀρκετὴν μὲν διὰ τὴν ἐλάττωσιν ἀπεκκρίσεως σπερσοδῶν οὐχὶ δ' ὅμως μεγαλότεραν, πρὸς ἀποφυγὴν τῶν ἐξ αὐτῆς συμβαμάτων. Αὕτη δύναται νὰ χορηγηθῇ ἐπὶ μακρόν, εἰς δόσιν 5-10 χλστγρ. deltacortisone διὰ τὴν πηγίωσιν, εἰς ὑψηλότερας δόσεις κατὰ τὴν ἀνάγκην τῆς θεραπείας. Αὕτη ὠφελεῖ τὸν κληρονομικὸν κύκλον, ἐνίοτε δὲ ὑποβοηθεῖ τὴν κύησιν, οὐδεμίαν ἐπίδρασιν ἔχει ἐπὶ τῇ ἤδη ὑπαρχουσῶν τριχῶν· δρᾷ ὅμως προληπτικῶς, κωλύουσα τὴν ἐμφάνισιν νέων τρι-

χῶν. Αἱ οἰστρογόνοι ὁρμόναι, καίτοι βιολογικῶς ἀνταγωνίζονται τὰς ἀνδρογόνους, οὐδεμίαν ἐπίδρασιν ἔχουν ἐπὶ τῆς τριχοφυΐας. Ἐπὶ ἀπλῆς διαταραχῆς τῆς ἐμμηνορροσίας μὲ ὠρίμανσιν τοῦ ὠοθυλακίου περιοριζόμεθα νὰ τακτοποιήσωμεν τὸν καταμήνιον κύκλον διὰ χορηγήσεως ὠχρίνης τὴν 23ην ἡμέραν τοῦ κύκλου.

**Θεραπεία τοπική.** Αὕτη καταπολεμᾷ τὴν ἐκ τῆς ὑπερτριχώσεως δυσμορφίαν καὶ οὕτω διευκολύνει τὴν ψυχικὴν ἰσορροπίαν τοῦ συνήθως νευρωτικοῦ ἀτόμου. Πρὸς τὸν σκοπὸν τοῦτου διαθέτομεν:

α) Χημικὰ μέσα πρὸς ἀπόχρωσιν τῶν τριχῶν δι' οὐσιῶν ὀξειδωτικῶν τῆς χρωστικῆς τῶν τριχῶν, αἱ ὁποῖαι μετατρέπουν τὴν μέλαιναν τρίχα εἰς ξανθὴν, ὀλίγον ὄρα τὴν. Αὕτη γίνεται δι' ὀξυγονοῦχου ὕδατος 20-30 ὄγκων μετὰ ἢ ἄνευ ἀμμωνίας· ὑπάρχουν καὶ κρέμαι ὀξυγονοῦχοι. Ἡ ἀπόχρωσις ὅμως αὕτη ἐπαναλαμβάνομένη ἐπὶ μακρὸν δυνατὸν νὰ ἐρεθίσῃ τὸ δέσμα. Ἡ ἐφαρμόζομεν χημικὰ ἀποψιλωτικὰ μέσα· ταῦτα διαλύουν τὴν τρίχα, εἶναι δὲ τὰ θειοῦχα ἀλκάλια (θειοῦχον ἀσβέστιον, θειοῦχον βάριον, μονοθειοῦχον νάτριον). Μετὰ τὴν ὑπὸ μορφὴν φυράματος ἢ ὑγροῦ ἐφαρμογὴν αὐτῶν, αἱ τρίχες ἀποπίπτουν. Κατόπιν πλένομεν τὴν χώραν διὰ ψυχροῦ ὕδατος καὶ ἐπιθέτομεν τάλκ. Διὰ τῆς μεθόδου ταύτης προκαλεῖται ἐρύθημα καὶ ἐνίοτε ἀντίδρασις ἀλλεργική.

β) Μηχανικὰ μέσα, ὡς π.χ. τὸ ξύρισμα μὲ κοινὴν ἢ ἠλεκτρικὴν μηχανήν, αὕτη ὅμως δυνατὸν νὰ προκαλέσῃ ἐρεθισμὸν καὶ ἔχει τὸ μειονέκτημα νὰ κόπῃ τὴν τρίχα καὶ χλοῦν ἀδιακρίτως. Ἡ ἐφαρμόζομεν ἀπο-

ψιλωτικὸν κηρὸν, ἰδίᾳ εἰς τὰ ἄκρα ἐπὶ ἐκτεταμένης ἐπιφανείας· ἀλλὰ καὶ ἡ μέθοδος αὕτη ἔχει τὰ ἀνωτέρω μειονεκτήματα· ἐπὶ πλέον ὁ κηρὸς, ἐὰν ἐφαρμοσθῇ θερμὸς προκαλεῖ ἔγκαυμα, ἢ ἔγκλεισιν τῶν τριχῶν ἐντὸς τῆς ἐπιδερμίδος, ἢ θυλακίτιδας. Ἡ δι' ἀποτριχωτικῆς λαβίδος ἀποσπῶμεν τὰς μεγάλας τρίχας χωρὶς νὰ θίξωμεν τὸν χλοῦν.

γ) Ἡλεκτρικὰ μέσα· ἡ ἀκτινοθεραπεία δὲν συνιστᾶται, διὰ τὸν φόβον τῆς ἀκτινοδερματίτιδος, καὶ δὴ μετὰ πολλὰ ἔτη ἀπὸ τῆς ἐφαρμογῆς της. Ὡς μέθοδος ἐκλογῆς θεωρεῖται ἡ ἠλεκτροπηξία. Πρὸς τοῦτο δὲν χρειάζεται τοπικὴ ἀναισθησία. Τὸ δέσμα καθαρίζομεν δι' οἰνοπνεύματος, καθετηριάζομεν τὴν τρίχα καὶ ἀνοίγομεν τὸ ρεῦμα ἐπὶ 1/10''-1'' λ., ὅποτε ἀποσύρομεν τὴν βελόνην. Ἡ θριξ τότε πρέπει νὰ ἀποσπᾶται ἄνευ τινὸς ἀντιστάσεως, ἄλλως ἢ ἐπανάκφυσις της εἶναι βεβαία. Ἡ ἐπιτυχία τῆς μεθόδου ταύτης ἐξαρτᾶται ἐκ τῆς πείρας καὶ ὑπομονῆς μας. Μετὰ τὴν συνεδρίαν ἐφαρμόζομεν τοπικῶς ἀλοιφὴν μὲ βιταμίνην Α. Ἐὰν ἐμφανισθῇ ἐρύθημα ἢ οἴδημα, καταπολεμεῖται τοῦτο μὲ ἐπιθέματα χλιαροῦ ὕδατος θερμανθέντος εἰς 100° Κ. Δύνατὸν νὰ παρατηρηθοῦν φλεγμονώδης ἀντίδρασις, θυλακίτις, ἔγκλεισις τριχῶν, ὑπερχρωσις, ἰδίᾳ ἐπὶ μελαχρῶν, ἢ οὐλαὶ στιγμοειδεῖς, ἰδίᾳ ὅταν τὸ ἠλεκτρικὸν ρεῦμα εἶναι ἔντονον.

Ἡ μόνη προφύλαξις συνίσταται εἰς τὴν ἐγκαιρὸν διάγνωσιν πρὸ τῆς ἐφηβείας, πρὸ τῆς ἐμφανίσεως δηλαδὴ τῆς ὑπερτριχώσεως καὶ εἰς τὴν καταπολέμησιν εἰ δυνατὸν τοῦ αἰτίου ὅπερ προκαλεῖ ταύτην.

