



## ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Υπό

Δρος ΑΡΙΣΤ. Κ. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ

Υφηγητού του Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν

**Εἰσαγωγή:** Ὡς γνωστόν, κατὰ τὸ 1942 ἀνεκαλύφθη ὑπὸ τοῦ Fleming ἡ πενικιλίνη. Κατὰ τὸ 1943 οἱ Arnold καὶ Harris κατέδειξαν, ἔπειτα ἀπὸ πειράματα ἐπὶ ζώων καὶ κλινικὰς παρατηρήσεις ἐπὶ συφιλιδικῶν ἀνθρώπων, τὰ θαυμάσια θεραπευτικὰ ἀποτελέσματα αὐτῆς. Ἀπὸ τότε, νέος ἄνεμος αἰσιοδοξίας ἔπνευσεν καὶ ἠλπίσαμεν ὅτι διὰ τῆς πενικιλίνης ἡ μᾶστιξ αὐτῆ τῆς ἀνθρωπότητος θὰ ἐξηφανίζετο. Τὴν ἐλπίδα μας ἐνίσχυσεν ἡ σημαντικὴ πτώσις τῶν περιστατικῶν συφίλιδος καὶ βλεννορροίας μετὰ τὴν θεραπείαν τούτων διὰ πενικιλίνης. Μὲ τὴν πάροδον ὅμως τοῦ χρόνου, καὶ μάλιστα τελευταίως, αἱ νέαι μολύνσεις ἠξήθησαν προοδευτικῶς εἰς πολλὰς χώρας. Τότε ἐπέισθημεν ὅτι αὐτὰ τὰ νοσήματα δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ ἐλέγχωνται ἀπολύτως με ἰατρικὰ μέσα καὶ ὅτι ἡ ἐπέκτασις των ἐξαρτᾶται ἀπὸ κοινωνικοὺς κυρίως ὄρους. Διὰ ταῦτα συνιστᾶται ὅπως οἱ ἰατροί, αἱ μαῖαι καὶ οἱ νοσοκόμοι ἀνανεώσουν τὸ ἐνδιαφέρον των καὶ ἐφιστοῦν τὴν προσοχὴν των εἰς αὐτὰ τὰ νοσήματα, πού συχνά παρουσιάζονται κατὰ τρόπον ἀθόρυβον, χωρὶς κἄν ὑπόνοιαν, καὶ πού ἡ διάγνωσις των δυσχεραίνεται ἀπὸ παραλόγους καὶ ἠθικὰς κρίσεις. Ἐκ τῶν περιπτώσεων τούτων αἱ περισσότερον ἐνδιαφέροσαι καὶ τρομεραὶ εἰς τραγικὰς συνεπείας εἶναι ἐκεῖναι πού συνδυάζονται με ἐγκυμοσύνην. Τοῦτο πρέπει νὰ ἔχουν κατὰ νοῦν οἱ μαιευτῆρες καὶ αἱ μαῖαι. Πρὸς αὐτοὺς λοιπὸν κυρίως ἀπευθυνόμεθα καὶ τοὺς ὑπενηθυμίζομεν τὰ σπουδαιότερα σημεῖα.

**Ἡ σύφιλις:** Εἶναι νόσος σταδιακὴ καὶ ἐφείλεται στὴν ὠχρὰν σπειροχαίτην. Μεταδίδεται συνήθως διὰ τῆς συνουσίας, δι' αὐτὸ ἡ πρώτη βλάβη παρουσιάζεται στὰ γεννητικὰ ὄργανα. Ὁ χρόνος πού παρέρχεται ἀπὸ τῆς μολύνσεως μέχρι τῆς ἐμφανίσεως τοῦ ἔλκους κυμαίνεται συνήθως μεταξὺ 3-4 ἐβδομάδων (χρόνος ἐπιώσεως). Ἦδη ὅμως ἡ σπειροχαίτη εἰσέρχεται στὸ αἷμα τοῦ ἄρρώστου. Τὸ συφιλιδικὸν ἔλκος συνήθως εἶναι ἀπλῆ διάβρωσις, μικρά, ὑποστρόγγυλος, ἀνώδυνος, ἀφλέγμαντος, με βάσιν σκληράν, δι' αὐτὸ καὶ σκληρὸν ἔλκος ὀνομάζεται καὶ ὀρορροεῖ. Τοῦτο καὶ χωρὶς θεραπείαν μετὰ 1 μῆνα περίπου ὑποχωρεῖ χωρὶς οὐλήν. Στὴν γυναῖκα τὸ συφιλιδικὸν ἔλκος παρουσιάζεται συνήθως κατὰ τὸ αἰδοῖον ἢ τὸν τράχηλον τῆς μήτρας, καθὼς δὲ δὲν πονεῖ, δυνατὸν νὰ παρέλθῃ ἀπαράτηρητον. Ἐπειτα ἀπὸ 5-6 ἡμέρας ἀπὸ τῆς ἐμφανίσεως τοῦ ἔλκους, οἱ βουβωνικοὶ λεμφαδένες διογκοῦνται. Ἡ συφιλιδικὴ αὐτῆ ἀδενίτις ἀποτελεῖται ἀπὸ πολλά, σκληρά, ἀνώδυνα, ἀφλέγμαντα γάγγλια, μεγέθους ἀμυγδαλοῦ. Ἐλκος καὶ ἀδενίτις ἀποτελοῦν τὸ πρῶτον στάδιον τῆς συφίλιδος.

Μετὰ 6-8 ἐβδομάδας ἀπὸ τῆς ἐμφανίσεως τοῦ ἔλκους ἀρχίζει τὸ δεύτερον στάδιον. Ὁ ἄρρωστος τότε παραπονεῖται συχνά δι' ἀνορεξίαν, κεφαλαλγίαν, παρουσιάζει διαφόρους βλάβας στὸ δέρμα καὶ στοὺς βλεννογόνους. Τὰ ἐξανθήματα αὐτὰ εἶναι πολλά, δισκορπισμένα, ἐπιφανειακά, δι' αὐτὸ ὑποχωροῦν χωρὶς νὰ ἀφήσουν οὐλὰς καὶ δὲν συνοδεύονται ἀπὸ κνησμὸν ἢ πόνον.

Στὸ δέρμα παρουσιάζονται ἐρυθρηματώδεις κηλίδες, ἢ *συφιλιδικὴ ροδάνθη*, ἢ ἀπλαῖ βλατίδες ἢ βλατίδες ποῦ συνδυάζονται μὲ φλυκταίνας ἢ ἐφελκίδας ἢ λέπια. Τότε ὅλοι οἱ λεμφικοὶ ἀδένες διογκοῦνται καὶ ψηλαφῶνται, καὶ μάλιστα κατὰ τὸν αὐχένα καὶ τοὺς ἀγκῶνας. Στὸ στόμα, τὸ αἰδοῖον καὶ τὸν δακτύλιον αἱ βλάβαι, λόγῳ τῆς ἐκεῖ τριβῆς καὶ ὑγρασίας, διαβιβρώσκονται καὶ ἀποτελοῦν τὰς *συφιλιδικὰς πλάκας*. Αὐταί, καθὼς βρίθουν σπειροχαιτῶν, εἶναι πάρα πολὺ μεταδοτικαί. Δυνατὸν νὰ πέσουν καὶ αἱ τρίχες τῆς κεφαλῆς κατὰ τόπους, ἰδίως κατὰ τὸ ἰνίον (*συφιλιδικὴ ἀλωπεκία*), νὰ προσβληθοῦν οἱ ὄνυχες (*συφιλιδικὴ ὄνυχια*). Χωρὶς θεραπείαν ἢ μετὰ ἀτελεῖ θεραπείαν ἢ νόσος ἐξελίσσεται· μετὰ τὴν πάροδον τοῦ χρόνου ὑποχωροῦν μὲν ὅλαι αἱ ἀνωτέρω βλάβαι, παρουσιάζονται ὅμως νέαι σοβαρότεραι. Τότε ἡ σύφιλις εἰσέρχεται στὸ τρίτον στάδιον. Ἡ ἀρχὴ αὐτοῦ κυμαίνεται ἀπὸ 3-20 ἐτῶν, σπανιώτερον ἀπὸ 6 μηνῶν μέχρι 30 ἐτῶν ἀπὸ τῆς μόλυνσεως. Αἱ βλάβαι τώρα ἐντοπιζοῦνται κατὰ τόξα κύκλου, εἶναι βαθεῖαι, συνήθως δὲ ἐλκοῦνται καὶ ὡς ἐκ τούτου ὅταν ὑποχωρήσουν ἀφήνουν οὐλάς. Φύματα καὶ κομμωμάτα εἶναι αἱ βλάβαι τοῦ τρίτου σταδίου, ποῦ δὲν ἐντοπιζοῦνται μόνον στὸ δέρμα καὶ στοὺς βλενογόνους ἀλλὰ προσβάλλουν καὶ τὰ σπλάγχνα. Ἀναλόγως δὲ τοῦ ἐντοπισμοῦ τούτων ἔχομεν ποικίλιαν συμπτωμάτων. Ἡ σπειροχαιτὴ φιλεῖ κυρίως τὸ νευρικὸν σύστημα καὶ τὰ ἀγγεῖα. Νευρικαὶ βλάβαι εἶναι ἢ προϊούσα γενικὴ παράλυσις, ἢ νωτιαία φθίσις, ἐπὶ δὲ τῆς συγγενοῦς συφίλιδος ἢ συφιλιδικῆς μηνιγγίτις, ποῦ λήγει εἰς ὑδροκεφαλίαν· ἢ κωφαλαλία ἀποδίδεται εἰς συφιλιδικὴν λαβυρινθίτιδα ἢ εἰς νευρίτιδα τῆς ὀγδόξης ἐγκεφαλικῆς συζυγίας. Ἐκ τῶν ἀγγειακῶν βλαβῶν, σοβαρωτέρα εἶναι ἢ προσβολὴ τοῦ τοιχώματος τῆς ἀορτῆς (*συφιλιδικὴ ἀορτίτις*) ἢ τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν, ποῦ λήγει εἰς στένωσιν αὐτῶν ἢ εἰς ἀνεύρωσμα.

Ἐπὶ ἐγκυμοσύνης, μεγάλος εἶναι ὁ κίνδυνος τῆς μόλυνσεως τοῦ ἐμβρύου. Ἐὰν ἢ μήτηρ διατρέχῃ τὸ πρῶτον ἢ τὸ δεῦτερον στάδιον τῆς συφίλιδος, ἢ μετάδοσις αὐτῆς

στὸ ἐμβρυον εἶναι σχεδὸν βεβαία. Μὲ τὴν πάροδον ὅμως τοῦ χρόνου, ἐφ' ὅσον δηλαδὴ ἢ σύφιλις τῆς μητρὸς παλαιοῦται, ὁ κίνδυνος τῆς μεταδόσεως τῆς συφίλιδος εἰς τὸ ἐμβρυον γίνεται ὅλο καὶ μικρότερος. Φαίνεται ὅτι ἡ κύσις ἐξαιλεῖται τὰ συμπτώματα τῆς συφίλιδος ἐπὶ τινων μητέρων τόσον ὥστε ἡ σύφιλις, ὅμως ἱκανὴ νὰ μόλυνῃ τὸ ἐμβρυον. Ἡ μόλυνσις τοῦ ἐμβρύου ἐπέρχεται κατὰ τὸν πέμπτον μῆνα τῆς κύσεως, δηλαδὴ μετὰ τὸν σχηματισμὸν τοῦ πλακοῦντος, καθ' ὃν χρόνον αἱ λάχναι τοῦ πλακοῦντος λεπτύνονται. Πρωτύτερα αἱ λάχναι εἶναι παχεῖαι καὶ ἐμποδιζοῦν τὴν διείσδυσιν τῶν σπειροχαιτῶν.

Ἡ ὑπὸ τῆς ὥραξ σπειροχαιτῆς μόλυνσις τοῦ ἐμβρύου δυνατὸν νὰ φέρῃ τὸν θάνατον, προῶτως ἢ μετὰ τὸν τοκετόν. Τότε τὸ νεογνὸν εἶναι ἐμβεβρεγμένον. Ὁ πλακοῦς ἀντὶ νὰ ζυγίξῃ 500 γρ. ἤτοι τὸ 1/6 τοῦ βάρους τοῦ νεογνοῦ, ἐπὶ συγγενοῦς συφίλιδος ζυγίξει 800 γρ. καὶ πλεόν, ἤτοι τὸ 1/4 καὶ ἄνω τοῦ βάρους τοῦ νεογνοῦ. Τὸ συφιλιδικὸν βρέφος δυνατὸν νὰ παρουσιάξῃ συφιλιδικὰς βλάβας, ποῦ ποικίλλουν εἰς ἀριθμὸν καὶ μορφήν καὶ ὁμοιάζουν τῆς ἐπικτητοῦ συφίλιδος. Δυνατὸν ὅμως οὐδεμίαν βλάβην νὰ παρουσιάξῃ. Ἐπὶ συγγενοῦς συφίλιδος οὐδέποτε παρουσιάζεται συφιλιδικὸν ἔλκος καὶ ἐμφανίζονται διάφοροι δυστροφίαι. Ἀναλόγως δὲ τοῦ χρόνου τῆς ἐμφάνισεως τῶν βλαβῶν διακρίνομεν: α) τὴν πρῶμιον, μὲ βλάβας ποῦ ἐμφανίζονται κατὰ τὴν 2αν-6ην ἑβδομάδα ἀπὸ τοῦ τοκετοῦ, καὶ β) τὴν ὕψιμον, μὲ βλάβας ποῦ παρουσιάζονται ἀπὸ τῆς δευτέρας παιδικῆς ἡλικίας καὶ πέραν, δηλαδὴ ἀπὸ τοῦ 3ου-10ου ἔτους.

Καὶ κατὰ μὲν τὴν πρῶμιον ΣΣ χαρακτηριστικὴ εἶναι ἡ συφιλιδικὴ κόρυζα, μὲ ἔκκριμα ἐκ τῆς ρινὸς καὶ ἐμφραξιν αὐτῆς, ποῦ ἐμποδίζει τὸν θηλασμόν. Ἡ συφιλιδικὴ πέμφις, μὲ πομφόλυγας ἀπὸ 2 χλστμ. ἕως 1 ἐκ. καὶ δὴ κατὰ τὰς παλάμας καὶ τὰ πέλματα. Αἱ ἀκτινοειδεῖς οὐλαὶ τοῦ στόματος. Ὁ σπλὴν καὶ τὸ ἥπαρ δυνατὸν νὰ εἶναι διωγκωμένα. Τὸ ὑδράμιον, ποῦ ὀφείλεται εἰς συφιλιδικὴν προσβολὴν τοῦ

ἥπατος τοῦ ἐμβρίου. Δυνατὸν τὰ ἄκρα τῶν μακρῶν ὀστέων νὰ διογκωθοῦν καὶ νὰ εἶναι ἐπάδυνα. Τοῦτο ὀφείλεται εἰς συφιλιδικὴν ὀστεοχονδρίτιδα, ποῦ καταλήγει σὲ ἀποκόλλησιν τῆς ἐπιφύσεως ἀπὸ τοῦ λοιποῦ ὀστού, δηλαδὴ εἰς τὴν ψευδοπαράλυσιν τοῦ Parrot. Τέλος, τὸ συφιλιδικὸν βρέφος δυνατὸν νὰ πάσχη ἀπὸ ἀναιμία, τὸ ψευδολευχαιμικὸν σύνδρομον τοῦ Jackchs' καὶ ἀπὸ ὑδροκλήην.

Χαρακτηριστικὴ τῆς ὀψίμου συφίτιδος εἶναι ἡ τριάς τοῦ Hutchinson, δηλαδὴ κερρατίτις μὲ ἀπώλειαν τῆς ὄρασεως, διάμεσος ὠτίτις μὲ κώφωσιν, καὶ ἡμισελήνοειδῆς ἔντομή κατὰ τὸ ἐλεύθερον χεῖλος τῶν ἄνω μέσων τομέων ὀδόντων.

Αἱ μαῖαι πρέπει νὰ ἔχουν ὑπ' ὄψιν τὰ ἐξῆς οὐσιώδη:

α) Κάθε ἔλκος ἢ οἰαδήποτε ἄλλη βλάβη κατὰ τὰ γεννητικὰ ὄργανα τῆς γυναικὸς πρέπει νὰ θεωρῆται ὑποπτος διὰ σύφιλιν, μέχρις ὅτου ἀποκλεισθῇ αὕτη μετὰ βεβαίωτητος. Ἡ ὑπόνοια ὅμως τῆς συφίτιδος, ὅσονδήποτε ἴσχυρα καὶ ἂν εἶναι, δὲν δικαιολογεῖ συζήτησιν μὲ τὴν ἄρρωστον ἐπ' αὐτοῦ τοῦ θέματος.

β) Κάθε ἐγκύου, ἀνεξαρτήτως τῆς κοινωνικῆς της καταστάσεως, πρέπει νὰ ἐξετάζεται τὸ αἷμα κατὰ Wassermann καὶ Kahn. Τοῦτο εἶναι οὐσιώδες, διὰ νὰ προλάβωμεν τὰς περιπτώσεις συγγενοῦς συφίτιδος. Τὸ θετικὸν ἢ ἀρνητικὸν ἀποτελέσμα τῶν ἀντιδράσεων τούτων δὲν ἀποτελεῖ ἀπόλυτον κριτήριον. Π.χ. ἐπὶ συφίτιδος, ποῦ διατρέχει τὸ στάδιον τῆς ἐπώσεως ἢ τὰς πρώτας ἡμέρας τοῦ πρώτου σταδίου, ἢ Wassermann καὶ ἢ Kahn εἶναι ἀρνητικά. Ἄλλ' ἢ μήτηρ δυνατὸν νὰ μολυνθῇ ἀργότερον, μετὰ τὴν ἐνάρξιν τῆς κησεως, δηλαδὴ μετὰ τὸ ἀρνητικὸν ἀποτέλεσμα τῆς Wassermann. Διὰ τοῦτο συνιστᾶται ὅπως ἢ ὀροαντίδρασις γίνεται στὴν ἀρχὴν καὶ κατὰ τὸ τέλος τῆς κησεως.

γ) Πολλοὶ πιστεύουν ὅτι ἐπὶ ἐγκυμοσύνης ἀπαντᾷ ψευδῆς θετικὴ ἀντίδρασις. Ὁμως ἐπ' αὐτῆς ἢ ποσοτικὴ ἀντίδρασις τῆς Kahn εἶναι χαμηλῆ, κάτω τῶν 16 μονάδων, καὶ ἢ νεωτέρα ἐξέτασις Nelson-Mayer test εἶναι ἀρνητικὴ, πλὴν ἐπὶ σπειροχαι-

τικῶν λοιμώξεων. Δι' αὐτό, ἐπὶ θετικῆς ἀντιδράσεως, σεῖς αἱ μαῖαι πρέπει νὰ ἀποφεύγεται ἀκάρπους ἐρωτήσεις, ποῦ ἐνοχλοῦν τὴν ἄρρωστον, πρὶν ἢ ἢ ὑπὸ εἰδικοῦ ἀφροδισιολόγου κλινικῆ ἐξέτασις καὶ λοιπαὶ εἰδικαὶ ἀντιδράσεις θέσουσιν τὴν διάγνωσιν.

δ) Παρ' ὅλας τὰς προφυλάξεις, ἢ συφιλιδικὴ μόλυνσις δυνατὸν νὰ γίνῃ τυχαίως, ὁ δὲ ἀριθμὸς τῶν περιπτώσεων τούτων ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν παρουσίαν μεταδοτικῶν βλαβῶν καὶ ἀπὸ τὸν βαθμὸν τῆς πρὸ τοῦ τοκετοῦ προσοχῆς μας.

ε) Αἱ ἀποβολαὶ τῶν πρώτων μηνῶν τῆς ἐγκυμοσύνης σήμερον δὲν ἀποδίδονται στὴν σύφιλιν, ἀλλ' εἰς διαταραχὰς τῆς μήτρας ἢ τῶν ἐνδοκρινῶν ἀδένων ἢ εἰς διαμαρτίας περὶ τὴν διάπλασιν τοῦ ἐμβρίου, ποῦ ἐμφανίζονται κατὰ τοὺς πρώτους μῆνας τῆς κησεως καὶ εἶναι ἄσχετοι τῆς συγγενοῦς συφίτιδος.

Διὰ γ ν ο σ ι ς : Ὅταν δὲν ἐπιβλέπεται ἢ συγγενῆς σύφιλις, δυνατὸν νὰ μὴ διαγνωσθῇ. Ἄλλωστε, ἢ διάγνωσις δυνατὸν νὰ παρουσιάσῃ προβλήματα. Δὲν πρέπει νὰ ἀποκλείσωμεν τὴν δυνατότητα τῆς μεταδόσεως στὰς περιπτώσεις ποῦ δὲν παρηκολουθήσαμεν τὴν μήτέρα πρὸ τοῦ τοκετοῦ, ἢ πολὺ περισσότερον ἂν γνωρίζωμεν ὅτι ἢ μήτηρ ἦτο συφιλιδική, ἔστω καὶ ἂν αὕτη ὑπεβλήθη ἢ μὴ εἰς θεραπείαν. Ἡ ἔλλειψις βλαβῶν στὸ βρέφος δὲν ἀποκλείει τὴν σύφιλιν. Αἱ ὀροαντιδράσεις δυνατὸν νὰ εἶναι ἀρνητικαὶ παρά τὴν σύφιλιν, ἢ ἀντιθέτως θετικαὶ παρά τὴν ἀπουσίαν συγγενοῦς συφίτιδος, θετικαὶ ποῦ ὀφείλονται στὸ θετικὸν αἷμα τῆς μητρός. Ἡ θετικὴ Wassermann καὶ Kahn κατὰ τοὺς 3 πρώτους μῆνας τοῦ βρέφους δὲν λαμβάνεται ὑπ' ὄψιν, διότι αὕτη ὀφείλεται στὰ ἀντισώματα τῆς μητρός ποῦ κυκλοφοροῦν στὸ αἷμα τοῦ βρέφους. Μόνον μετὰ τὸν 3ον μῆνα ἔχει ἀξίαν, διότι ἀπὸ τοῦ 3ου μηνῶν, ἐπὶ συγγενοῦς συφίτιδος, τὸ βρέφος ἀρχίζει νὰ παράγῃ ἰδικὰ του ἀντισώματα. Τὴν διάγνωσιν ὑποβοηθεῖ ἢ ἀκτινογραφία τῶν μακρῶν ὀστέων, ποῦ ἀποκαλύπτει τὴν συφιλιδικὴν ὀστεοχονδρίτιδα.

Θ ε ρ α π ε ρ ι α : Οὐδεμία θεραπεία ἐπιτρέπεται πρὶν ἢ διαπιστωθῇ κλινικῶς καὶ

ἐργαστηριακῶς ἢ διάγνωσαι τῆς συφιλίδος. Ἡ δοκιμαστικὴ θεραπεία εἶναι ἄδικος καὶ σκληρὰ διὰ τὸ παιδί καὶ τοὺς γονεῖς.

Διὰ μὲν τοὺς μεγάλης ἡλικίας ἐφαρμοζομεν 3 ἐνέσεις βισμουθίου ἢ κυανιούχου ὑδραργύρου, ἀνὰ μίαν ἡμερησίως, ἵνα ἀποφύγωμεν τὴν ἀντίδρασιν Herxheimer. Ἀκολουθεῖ κρυσταλλικὴ πενικιλίνη μονάδων 15.000.000, ἀπὸ 1.000.000 ἡμερησίως. Ἔτσι συμπληροῦται ἡ θεραπεία ἐφόδου. Καλὸν εἶναι νὰ συνεχίζεται ἡ θεραπεία δι' ἐνέσεων βισμουθίου, εἰς 10 σειράς, ἐκάστης ἐξ 20 ἐνέσεων, πρὸς παγίωσιν τοῦ ἀποτελέσματος, κατὰ χρονικὸν διάστημα 2 ἐτῶν. Κατὰ τὸν χρόνον τοῦτον μᾶς διδεται ἡ εὐκαιρία νὰ παρακολουθοῦμεν τὸν ἄρρωστον κλινικῶς καὶ ἐργαστηριακῶς. Διὰ δὲ τὰ συφιλιδικὰ βρέφη οἱ παιδίατροι ἐφαρμόζουσι κρυσταλλικὴν πενικιλίνην καὶ δὴ 15.000 μ. κατὰ κίλον βάρους σώματος καὶ καθ' ἡμέραν, ἐπὶ 15 ἡμέρας. Καθ' ἡμᾶς, ἡ θεραπεία αὕτη εἶναι ἀνεπαρκής. Δυνάμεθα ὅμως νὰ ἐφαρμόσωμεν ἀντισυφιλιδικὴν θεραπείαν στὴν μητέρα, ποῦ πρέπει τότε νὰ θηλάζῃ τὸ βρέφος της. Οὕτω τὰ φάρμακα, διὰ τοῦ γάλακτος τῆς μητρός, φέρονται καὶ πρὸς τὸ βρέφος. Πρέπει νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν μας ὅτι ἡ μεικτὴ διὰ πενικιλίνης καὶ βισμουθίου θεραπεία γίνεται πάντοτε χωριστά, ἄλλως ἢ πενικιλίνη ἀδρανεῖ ὅταν ἔλθῃ εἰς ἐπαφὴν μὲ τὰ βαρέα μέταλλα (βισμουθίου, ἀρσενικὸν κλπ.).

**Π ρ ο φ ὕ λ α ξ ι ς** τῆς συγγενοῦς συφιλίδος, ἢ πλέον ἀποτελεσματικὴ, εἶναι ἡ πρὸ τοῦ 5ου μηνὸς τῆς ἐγκυμοσύνης ἀντισυφιλιδικὴ θεραπεία τῆς μητρός. Γυναῖκα ἐγκυος δὲν ἐπιτρέπεται νὰ ἐκδίδεται ἀπὸ τοῦ 4ου μηνὸς τῆς ἐγκυμοσύνης. Τὸ αἷμα τῆς τροφοῦ καὶ τὸ αἷμα τοῦ παιδιοῦ πρὸς νόσησιν ἐπιβάλλεται νὰ ἐξετάζεται κατὰ Wassermann καὶ Kahn.

\* \* \*

**Ἡ βλεννόρροια** ὀφείλεται εἰς ναίσερείαν τὴν γονορροϊκὴν. Συνήθως μεταδίδεται διὰ τῆς συνουσίας ἢ τυχαίως διὰ τῶν ὀθονίων κοινῆς χρήσεως, καὶ δὴ στὰς κορασίδας. Ἡ ἐπώασις της κυμίνεται μεταξὺ 2-8 ἡμερῶν. Ἡ νόσος παρουσιάζει ρῦσιν πυώ-

δη ἐκ τῆς οὐρήθρας καὶ ἐκ τοῦ τραχήλου τῆς μήτρας. Εἰδικῶς ἐπὶ τῶν κορασίδων ἔχομεν αἰδιοκοιλίτιδα μὲ ἐρυθρότητα, οἴδημα καὶ ρῦσιν πυώδη ἐκ τοῦ αἰδοίου. Ἐπὶ τῶν θηλέων ἢ μόλυνσις ἐπεκτείνεται συχνὰ πρὸς τὸν πρωκτὸν καὶ τὸ ὀρθόν. Πολλοὶ πάσχουσι δὲν παρουσιάζουσι συμπτώματα ἢ ἔχουσι τόσον ἐλαφρὰς ἐνοχλήσεις, ὥστε δὲν τὰς προσέχουσι. Κατὰ τὸν A. King, ἐπὶ 100 γυναικῶν ποῦ πάσχουσι ἀπὸ βλεννόρροϊαν, αἱ 42 παρουσιάζουσι σαφεῖς ἐνοχλήσεις, αἱ ὑπόλοιποι 58 μόνον ὅταν ἐμόλυναν τὸν σύζυγον, μνηστῆρα ἢ φίλον των τὸ ἀντελήφθησαν.

Ἐπικίνδυνοι εἶναι αἱ ἐπιπλοκαί. Ἐπὶ σαλπιδίτιδος ἔχομεν πυρετὸν, πόνον κατὰ τὴν πύελον, δυνατὸν δὲ τότε μετὰ τὴν ὑποχώρησιν της νὰ ἐμφραχθῇ ὁ αὐλὸς τῶν σαλπίγγων, ὅτε ἐμποδίζεται ἡ κάθοδος τοῦ ὀρίμου ὀαρίου καὶ προκαλεῖται στειρωσις. Ἡ σαλπιδίτις παρουσιάζεται κυρίως ἐπὶ γυναικῶν, ποῦ ἀγνοοῦν τὴν πάθησιν των καὶ ὡς ἐκ τούτου εἰς οὐδεμίαν θεραπείαν ἔχουσι ὑποβληθῆ, καὶ μάλιστα μετὰ κόπασιν, σεξουαλικὴν κατάχρησιν ἢ τοκετὸν. Κατὰ τὸν τοκετὸν, δυνατὸν νὰ προσβληθοῦν οἱ ὀφθαλμοὶ τοῦ νεογνοῦ. Ἡ γονοκοκκικὴ ὀφθαλμία παρουσιάζει ἐρυθρότητα, οἴδημα τῶν βλεφάρων καὶ πυόρροϊαν ἐκ τῶν ὀφθαλμῶν, μὲ κίνδυνον ἀπωλείας τῆς ὁράσεως.

Ἄλλοτε, διὰ νὰ ἀποφύγωμεν τὴν γονοκοκκικὴν ὀφθαλμίαν περιοριζόμεθα εἰς ἐνστάλαξιν εἰς ἕκαστον ὀφθαλμὸν δύο σταγόνων διαλύματος νιτρικοῦ ἀργύρου 1% κατὰ τὴν μέθοδον τοῦ Crédé. Σήμερον, ἀντὶ νιτρικοῦ ἀργύρου ἐφαρμόζομεν εἰς σταγόναν διάλυμα πενικιλίνης. Ἄμφιβάλομεν ὅμως ἐὰν ἡ στιγμιαία ἐπίδρασις ταύτης εἶναι ἀρκετὴ διὰ τὴν προφύλαξιν. Τὴν σήμερον, διὰ τὴν ἀσφαλῆ προφύλαξιν συνιστᾶται ἡ ἔγκαιρος, ἢ πρὸ τοῦ τοκετοῦ διάγνωσις καὶ θεραπεία τῆς βλεννορροίας τῆς μητρός. Κατ' αὐτὸν τὸν τρόπον ἀποφεύγονται καὶ αἱ ἐπιπλοκαί τῆς βλεννορροίας τῆς μητρός καὶ ἡ γονοκοκκικὴ ὀφθαλμία τοῦ νεογνοῦ. Πρὸς τὸ ἐπιβάλλεται, ἰδίως ὅταν ἡ ἐγκυος παραπονητῆ δι' ὑγρά, ἢ μικροσκοπικὴ ἐξέτασις τοῦ ἐκκρίματος διὰ

Neisser, τριχομονάδας καὶ ὠτίδιον τὸ λευκάζον, καὶ ἐν ἀνάγκῃ ἢ καλλιέργεια αὐτοῦ.

Δυνατὸν αἱ τριχομονάδες νὰ συνδυάζωνται μὲ τὸν γονόκοκκον. Καθὼς ὅμως ἀποκαλύπτονται εὐκολώτερον, θὰ κάμωμεν τὸ λάθος νὰ θεραπεύσωμεν αὐτὰς χωρὶς νὰ ἀναζητήσωμεν τὸν γονόκοκκον. Πρέπει ἐπίσης νὰ προσέχωμεν μὴ οἱ ὀφθαλμοὶ τοῦ βρέφους μολυνθοῦν ἀπὸ τὸ μολυσμένο νερὸ τοῦ λουτροῦ. Ἡ μαῖα ὀφείλει, εὐθὺς ὡς ἰδῆ ἔστω καὶ τὸ ἐλάχιστον ἔκκριμα στοὺς ὀφθαλμοὺς τοῦ νεογνοῦ, νὰ τὸ παραπέμπῃ στὸν ἰατρὸν κατ' αὐτὸν τὸν τρόπον ἢ μαῖα σῶζει τὴν ὄρασιν τοῦ παιδιοῦ.

\* \* \*

**Μὴ γονοκοκκικαὶ μολύνσεις τῶν γεννητικῶν ὀργάνων.** Περί αὐτῶν πραγματευόμεθα στὸ Περιοδικὸν «Ἐλευθώ», τόμος Ε', τεύχος 28ον, Ἰουλίου-Αὐγούστου 1962. Δυνατὸν μετὰ τὸν τοκετὸν καὶ αὐταὶ νὰ προκαλέσουν ὀφθαλμίαν τῶν νεογνῶν. Διὰ τοῦτο ἐπιβάλλεται, ὡς ἐπὶ βλεννορροίας, ἢ πρὸ τοῦ τοκετοῦ ἔγκαιρος διάγνωσις καὶ ἄμεσος θεραπεία τῆς μητρός.

\* \* \*

**Τὰ μαλακὰ ἔλκη:** ὀφείλονται εἰς βακτηριδίον, αἰμόφιλον τὸν δουκρεϊκόν, ποὺ συνήθως μεταδίδεται μετὰ συνουσίαν.

Ὁ χρόνος ἐπάσσεως εἶναι μικρὸς, 2-4 ἡμερῶν. Κατὰ τὰ γεννητικὰ ὄργανα παρουσιάζονται πολλαὶ ἐλκώσεις, ἐπώδυνοι, ποὺ φλεγμαίνουσι καὶ πυορροοῦν. Συνήθης ἐπιπλοκὴ εἶναι ὁ βουβῶν. Τότε, κατὰ τὰς μηρογεννητικὰς πτυχάς, φλεγμαίνει καὶ διογκοῦται ἕνας ἀδὴν, φθάνει τὸ μέγεθος καρπού καὶ καταλήγει σὲ ἀπόστημα, ποὺ ἀνοίγει πρὸς τὰ ἔξω.

**Θεραπεία:** Στὰ μαλακὰ ἔλκη θέτομεν σκόνιν σουλφαμιδῶν. Ὁ βουβῶν ὑποχωρεῖ μετὰ τὴν ἀπὸ τοῦ στόματος λήψιν σουλφαμιδῶν. Χάρις σ' αὐτὴν τὴν θεραπείαν τὰ μαλακὰ ἔλκη σπανίζουσι σήμερα.

\* \* \*

**Ἡ Νόσος Nicolas Favre:** Ὄφειλεται εἰς διηθητὸν ἰόν. Μετ' ἐπάσσειν 10-20 ἡμερῶν ἐμφανίζεται ἀπλή διάβρωσις, ποὺ ἐντο-

πίζεται στὰ γεννητικὰ ὄργανα καὶ συχνὰ παρέρχεται ἀπαρατήρητος. Ἐπειτα ὅμως ἀπὸ 1-2 μῆνας διογκοῦνται οἱ βουβωνικοὶ λεμφαδένες, συνεννοῦνται μεταξύ των σὲ πακέτο μεγέθους πυγμῆς, φλεγμαίνουσι καὶ σχηματίζουν πολλοὺς συριγγώδεις πόρους (ἔξ' οὗ καὶ ποραδενίτις καλεῖται). Ἡ νόσος προσβάλλει καὶ τὸ ἀπευθυσμένον, ὅπου προκαλεῖ ἐλκώσεις καὶ περιορθικὰ ἀποστήματα, ποὺ καταλήγουσι σὲ στένωσιν τοῦ ἐντέρου. Συνοδεύεται μὲ πυρετὸν καὶ γενικὴν κακουχίαν. Διαγιγνώσκεται διὰ τῆς ἐνδοδερμικῆς ἀντιδράσεως Frei. Θεραπεύεται μὲ σουλφαμιδάς ἢ μὲ ἀντιβιοτικά.

\* \* \*

**Συμπεράσματα:** Χάρις στὰς σουλφαμιδάς καὶ τὰ ἀντιβιοτικά ποὺ ἐφαρμόζονται κατὰ τὴν τελευταίαν 25ετίαν, ἡ θεραπεία καὶ τῶν 4 ἀφροδισίων νόσων ἔγινεν ἀπλή καὶ περισσότερον ἀποτελεσματικὴ, τόσον ὥστε σήμερα τὰ μὲν μαλακὰ ἔλκη καὶ ἡ νόσος Nicolas Favre ἔγιναν ἐξαιρετικῶς σπάνια, ἡ δὲ σύφιλις καὶ βλεννόρροια περιωρίσθησαν, ὅχι ὅμως ὅσον ἐλπίζαμεν, διὰ λόγους ποὺ ἐξεθέσαμεν στὴν Εἰσαγωγὴν. Ἀκόμη καὶ παλαιαὶ βλάβαι, ἐπὶ περιπτώσεων ποὺ παρημελήθησαν, ἐφ' ὅσον καὶ αὐταὶ εἶναι ἐπανορθώσιμοι, ἐπηρεάζονται εὐνοϊκὰ διὰ τῆς νέας θεραπείας.

Ἡ μαῖα, ὅταν ἰδῆ ὅποιανδήποτε βλάβην κατὰ τὰ γεννητικὰ ὄργανα, ἔχει καθήκον νὰ ἀποτείνεται στὸν εἰδικὸν ἰατρὸν, χωρὶς χρονοτριβὴν καὶ συζητήσεις. Κατ' αὐτὸν τὸν τρόπον βοηθεῖ καὶ ἡ μαῖα στὴν ἔγκαιρον διάγνωσιν καὶ θεραπείαν καὶ στὴν πρόληψιν σοβαρῶν ἐπιπλοκῶν στὴν μητέρα καὶ τρομερῶν καταστροφῶν στὸ νεογνόν. Ἐτσι συμμετέχει καὶ αὐτὴ στὴν εὐγενῆ προσπάθειαν τῆς εὐγονίας, στὴν γέννησιν δηλαδὴ παιδιῶν ὑγιῶν καὶ ἀρτιμελῶν.

#### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

King J. Ambroise, *Midwives Chronicle*, March 1964 p. 92-94.

Moor Joseph, *Earl, Penicillin in Syphilis*.  
Nicolas J. Gaté, *Encycl. Medicochir. Syphilis*, 320 A 10, p.p. 1-10.

Φατεινοῦ Π., *Ἐγχειρίδιον Ἀφροδισιολογίας*, 1954, σελ. 222 κ.έ.