



ΝΕΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΩΝ ΟΥΡΗΘΡΙΤΙΔΩΝ

Υπό

Δρος ΑΡΙΣΤΕΙΔΟΥ Κ. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ

Υφηγητοῦ τῆς Δερματολογίας
Διευθυντοῦ τοῦ Δερματολογικοῦ Τμήματος
τοῦ Μαιευτηρίου «Μαρίνα Ἡλιάδης»

Εἰσαγωγή. Διὰ τῶν ἀντιβιοτικῶν, ὡς γνωστόν, ἔχει ἀπλοποιηθῆ ἡ θεραπεία τῆς γονοκοκκικῆς οὐρηθρίτιδος καὶ ἔχει περιορισθῆ σημαντικὰ ὁ ἀριθμὸς τῶν νέων μολύνσεων, ὑπάρχουν ὅμως χρόνιαι ἐστία βλενορροίας εἰς τὰς ὁποίας ὀφείλονται κυρίως αἱ νέαι προσβολαί. Αὗται μάλιστα τελευταίως ἔχουν λάβει ἀνησυχητικὰς διαστάσεις, ὡς τοῦτο διεπιστώθη διεθνῶς, κατὰ τὸ ἐν Κρακοβίᾳ συνελθὸν κατὰ τὸ παρελθὸν ἔτος Συνέδριον τῶν Δερματολόγων.

Ἐκτὸς ὅμως ἀπὸ τὰς γονοκοκκικὰς οὐρηθρίτιδας ὑπάρχουν καὶ αἱ λεγόμεναι μὴ γονοκοκκικαὶ ἢ σαπροφυτικά. Αἱ οὐρηθρίτιδες αὗται ἀπαντοῦν εἰς ἀκόμη σημαντικώτερον ἀριθμὸν, τόσον ἐπὶ τῶν ἀνδρῶν, ὅσον καὶ ἐπὶ τῶν γυναικῶν. Αὗται μάλιστα ὀφείλονται οὐχὶ εἰς ἓν ὄρισμένον ἀλλ' εἰς ποικίλα αἷτια καὶ δὲν ἐπηρεάζονται ὑπὸ τῶν συνήθων ἀντιβιοτικῶν, δηλ. τῆς πενικιλίνης καὶ στρεπτομυκίνης. Ἀντιθέτως, μάλιστα, μερικαὶ ἐξ αὐτῶν εὐαισθητοποιοῦνται καὶ ἐμφανίζονται ἀκριβῶς μετὰ τὴν χρῆσιν τῶν ἀντιβιοτικῶν. Διὰ τὸν λόγον τοῦτον αὗται παρουσιάζονται συνηθέστερον σήμερον ἢ πρὸ τῆς ἐφαρμογῆς τῶν ἀντιβιοτικῶν.

Κατηγορίαι οὐρηθρίτιδων: Τὰς μὴ γονοκοκκικὰς οὐρηθρίτιδας ταξινομοῦμεν εἰς διαφόρους κατηγορίας, καὶ δὴ ἀναλόγως τοῦ αἰτίου αὐτῶν.

Κατὰ τοὺς Dossot καὶ Palazzoli, διακρίνομεν:

1 η ν κ α τ η γ ο ρ ί α ν οὐρηθρίτιδων ἀφροδισιακῆς αἰτιολογίας. Αὗται παρουσιάζονται κατόπιν συνουσίας μετὰ γυναικὸς κατὰ τὴν ἔμμηνον ρύσιν, τὴν ἐγκυμοσύνην ἢ κατὰ τὰ λόχεια. Κατὰ τὰς περιπτώσεις ταύτας, τὰ ἐν τῷ κόλπῳ τῆς γυναικὸς φυσιολογικῶς ὑπάρχοντα σαπρόφυτα ἀποκτοῦν ποιάν τινα λοιμογόνον δύναμιν καὶ καθίστανται παθογόνα διὰ τὴν οὐρήθραν τοῦ ἀνδρός. Ἀλλὰ καὶ μετὰ παρὰ φύσιν διὰ τοῦ πρωκτοῦ συνουσίαν προκαλεῖται οὐρηθρίτις, ἡ ὁποία ὀφείλεται εἰς τὴν ἐν τῷ πρωκτῷ ἀφθονίαν τῆς μικροβιακῆς χλωρίδος.

2 α κ α τ η γ ο ρ ί α μετὰ χημικοὺς ἐρεθισμοὺς ἢ μετὰ μηχανικὰς κακώσεις τῆς οὐρήθρας. Καὶ ἐρεθισμοὶ μὲν προκαλοῦνται ἐπὶ ἀτόμων τὰ ὁποῖα συχνάκις ἐφαρμόζουσι προληπτικὰς ἐγχύσεις, καὶ μάλιστα διὰ πυκνῶν διαλυμάτων ἀντισηπτικῶν φαρμάκων. Κακώσεις δὲ ἐπέρχονται μετὰ συνεχεῖς συνθλίψεις καὶ ἐκθλίψεις τῆς οὐρήθρας, ὡς τοῦτο συμβαίνει πολλάκις ἐπὶ ἀτόμων φοβουμένων τὴν μόλυνσιν.

3 η κ α τ η γ ο ρ ί α: Ἡ ἀπλῆ φαμίλιας ἢ καὶ οἱ λίθοι τῆς οὐρήθρας ἢ τῆς κύστεως δύνανται νὰ προκαλέσουν συμπτώματα οὐρηθρίτιδος. Ἀλλὰ καὶ ἡ ἐπίσχεσις τῶν οὐρῶν ἢ ἡ πυελονεφρίτις, διὰ τῆς κατιούσης ὁδοῦ, δύνανται νὰ προκαλέσῃ οὐρηθρίτιδα.

4 η κ α τ η γ ο ρ ί α εἶναι ἡ αἵματογενὴς πρόκλησις οὐρηθρίτιδος μετὰ δοθιῆνα ἢ ψευδάνθρακα, ὁ ὁποῖος ἐντοπίζεται ὅπου-δήποτε τοῦ δέρματος.

Εἰς τὰς ἀνωτέρω κατηγορίας δυνάμεθα νὰ προσθέσωμεν ὡς 5 η κ α τ η γ ο ρ ί α ν τὴν ὑπὸ τοῦ Καθηγητοῦ Π. Φωτεινοῦ περιγραφομένην ὡς νέαν βλενόρροϊαν, ἢ ὁποία ὀφείλεται οὐχὶ εἰς τὸν γονοκοκκὸν ἀλλ' εἰς διηθητὸν ἰὸν ἢ, κατὰ τοὺς Ἀμερικανοὺς συγγραφεῖς, εἰς μικροοργανισμόν, τύπου PPLO (pleuro-pneumonia-like organism).

Εἰς τὰς ἀνωτέρω πέντε κατηγορίας οὐρηθριτίδων, κλινικῶς μὲν ἔχομεν συμπτώματα ὅμοια πρὸς τὰ τῆς βλενόρροϊας, με ἔκκριμα κατὰ τὸ στόμιον τῆς οὐρήθρας διαφόρου ποιοῦ, ἄλλοτε μὲν βλενωῶδες, ἄλλοτε δὲ βλενοσπιῶδες ἢ πυῶδες ἢ πυσαιματηρὸν καὶ ποικίλου ποσοῦ. Τὸ ἔκκριμα δηλ. εἶναι ἢ ἐλάχιστον, καὶ δὴ κατὰ τὴν πρῶϊαν, ὑπὸ μορφὴν σταγόνης ἢ περισσότερον, ἢ καὶ ἀφθονον καθ' ὅλον τὸ 24ωρον.

Μικροσκοπικῶς εἰς τὸ ἔκκριμα τῆς οὐρήθρας, ἢ καλύτερον ἀκόμη κατόπιν καλλιέργειας αὐτοῦ, ἀνευρίσκομεν ποικίλα μικρόβια, ὡς π.χ. τὸν λευκὸν ἢ, σπανιώτερον, τὸν χρυσιζόντα σταφυλόκοκκον, τὸν αἰμολυτικὸν στρεπτόκοκκον ἢ τὸν str. viridans, τὸ κολοβακτηρίδιον, τὸ διφθεροειδές, τὸ βακτηρίδιον τοῦ κυανοῦ πύου, τὸν πρωτέα, ἐντερόκοκκον, μικρόκοκκον, σαρκίνας, διπλόκοκκον τὸν καταρροϊκόν, σιλόκοκκον ἢ οὐδὲν ἀπολύτως μικρόβιον πλὴν τῶν πνοσφαιρίων, ὡς τοῦτο συμβαίνει κατὰ τὴν νέαν βλενόρροϊαν.

Εἰς τὰς 5 ταύτας κατηγορίας τῶν οὐρηθριτίδων πρέπει νὰ προσθέσωμεν καὶ δύο ἄλλας, αἱ ὁποῖαι ὀφείλονται: α) εἰς τὰς τριχομονάδας, καὶ β) εἰς τὸ ὠίδιον τὸ λευκάζον. Καὶ τὰ δύο προκαλοῦν ἐπὶ μὲν τῶν ἀνδρῶν οὐρηθρίτιδας, ἐπὶ δὲ τῶν γυναικῶν οὐρηθρίτιδας ἀλλὰ καὶ αἰδοιοκολπίτιδας (τόσον ἐπὶ τῶν μικρῶν ὅσον καὶ ἐπὶ τῶν ἐνηλίκων). Σημειωθῆτω ὅτι αἱ ἐκ τοῦ δευτέρου οὐρηθρίτιδες ἔγιναν συχνότεραι σήμερον, καὶ τοῦτο ὀφείλεται εἰς τὴν ἐφαρμογὴν τῶν ἀντιβιοτικῶν, διὰ τῶν ὁποίων τὸ ὠίδιον ἀναζωοπυροῦται καὶ εὐχερέστε-

ρον πολλαπλασιάζεται. Καὶ ἡ μὲν ἐκ τριχομονάδων οὐρηθρίτις παρουσιάζεται μετ' ἐπάσιν 3-4 ἐβδομάδων, με κνησμὸν κατὰ μῆκος τῆς οὐρήθρας καὶ με ὕδατῶδες καὶ ἀφρώδες ὑγρὸν κατὰ τὸ στόμιον τῆς οὐρήθρας. Ἡ δὲ ἐξ ὠιδίου τοῦ λευκάζοντος οὐρηθρίτις, ἢ ὁποία προέρχεται κατόπιν τοπικῆς ἢ αἵματογενεοῦς μόλυνσεως, ἐκδηλοῦται ὁμοίως διὰ κνησμοῦ κατὰ μῆκος τῆς οὐρήθρας, παρουσιάζει δὲ ὑγρὸν λευκὸν κατὰ τὸ στόμιον τῆς οὐρήθρας. Κατὰ τὴν ἄμεσον μικροσκοπικὴν ἐξέτασιν τοῦ προσφάτου ἐκκρίματος ἐπ' ἀμφοτέρων παρουσιάζεται τὸ παθογόνον αἷτιον. Δυνατὸν νὰ ἐπιμολυνθῶν καὶ αὐταὶ ὑπὸ πνογόνων κόκκων, ὅτε τὸ ἔκκριμα καὶ αὐτῶν καθίσταται πυῶδες.

Τέλος, ἄλλη μορφή εἶναι ἡ οὐρηθρίτις ἢ ὁποία ἀπαντᾷ κατὰ τὸ σύνδρομον τοῦ Reiter. Τοῦτο χαρακτηρίζεται ὑπὸ τριάδος συμπτωμάτων, δηλ. ὑπὸ οὐρηθρίτιδος, ἐπιπεφυκίτιδος καὶ ἀρθρίτιδος. Τοῦτο εἶναι σπάνιον καὶ προσβάλλει συνήθως νεαρὰ ἄτομα. Τὸ αἷτιόν του εἶναι ἀγνωστον. Κλινικῶς ἐκδηλοῦται ὑπὸ ρύσεως πυῶδους ἐκ τοῦ στομίου τῆς οὐρήθρας καὶ ὑπὸ αἰσθηματος καύσου κατ' αὐτήν. Ἡ οὐρηθρίτις αὕτη δυνατὸν νὰ ἐπιπλακῇ ὑπὸ κυστίτιδος ἢ ὑπὸ προστατίτιδος. Ἡ πρόγνωσις εἶναι καλή.

Ἐπιπλοκαί: Πολλάκις ἄρρωστοι προσέρχονται παρ' ἡμῶν καὶ ἀφηγοῦνται ὅτι ἔπαθον ἀπὸ καιροῦ οὐρηθρίτιδα. Μετὰ τὴν λῆψιν ἀντιβιοτικοῦ, ὡς λέγουσιν, εἴτε ἐλευθέρως εἴτε κατόπιν ἀντιβιογράμματος, ἡ ρύσις ἔπαυσεν. Ὅμως μετὰ μικρὸν ἢ μακρὸν χρόνον ἡ ρύσις ἐπανέρχεται καὶ πάλιν, χωρὶς νὰ προηγηθῇ νέα συνουσία, ὑποπτος δι' ἀναμόλυνσιν. Εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας ἐπιβάλλεται νὰ στρέψωμεν τὴν προσοχήν μας εἰς τινὰ ἐπιπλοκήν, καὶ δὴ τοῦ προστάτου. Τότε δηλ. με τὴν λῆψιν τοῦ ἀντιβιοτικοῦ ὑποχωρεῖ μὲν ἡ οὐρηθρίτις, παραμένει δ' ὅμως λοιμώδης τις ἐστία, καὶ ἐξ αὐτῆς ἀργότερον ἀναμολύνεται ἡ οὐρήθρα. Ἐν τοιαύτῃ περιπτώσει, ἐφ' ὑπονοίας ἐπιπλοκῆς ἐπιβάλλεται ἡ προσεκτικὴ καὶ λεπτομερὴς ἐξέτασις τῶν γεννητικῶν ὀργάνων, πρὸς ἀνεύρεσιν ἐντοπισμοῦ τινος τοῦ

μικροβίου. Ἄλλωστε, καὶ ἡ χρονία οὐρηθρίτις ὀφείλεται εἰς τοιοῦτον ἔντοπισμὸν ἢ ἐπιπλοκὴν.

Ἐκ τῶν ἐπιπλοκῶν τῶν ἀνωτέρω μὴ γονοκοκκικῶν οὐρηθριτίδων συνηθεστέρα εἶναι ἡ προστατίτις. Αὕτη προκαλεῖται συνηθέστερον μὲν διὰ τῆς ἀνιούσης ὁδοῦ, δηλ. ἐκ τῆς οὐρήθρας, ἀλλὰ καὶ διὰ τῆς λεμφικῆς ἢ αἰμοφόρου ὁδοῦ δύναται νὰ προκληθῇ. Ἡ αἱματογενὴς προκαλεῖται μετὰ λοιμώδη νόσον τῶν ἀναπνευστικῶν ὀργάνων ἢ μετ' ἔγκαιμα, ψευδάνθρακα, ὀστεομυελίτιδα, κολίτιδα κ.ἄ. Κατὰ τοὺς Weckstein-Rasmussen, εἰς τὸ κατόπιν μαλάξεων τοῦ προστάτου ἔκκριμα ἀνευρέθη ὁ αἰμολυτικὸς σταφυλόκοκκος ἐπὶ 68% τῶν περιπτώσεων, τὸ διφθεροειδὲς ἐπὶ 50%, ὁ λευκὸς σταφυλόκοκκος ἐπὶ 11%, ὁ χρυσίζων σταφυλόκοκκος, ἐπὶ 2,6%, ὁ β-αἰμολυτικὸς στρεπτόκοκκος ἐπὶ 0,9% καὶ τὸ κολοβακτηρίδιον ἐπὶ 0,9%, καὶ τοῦτο κατόπιν καλλιέργειας. Ἡ προστατίτις ἐκδηλοῦται διὰ καύσου κατὰ τὴν οὐρήθραν καὶ διὰ πόνων κατὰ τὸ περίνεον. Ὁ ἀσθενὴς ἔχει δυσουρία, τὰ οὔρα εἶναι θολερά. Διὰ τῆς δακτυλικῆς ἐξετάσεως, ἡμεῖς μὲν ἀντιλαμβάνομεθα ἀύξησιν μερικὴν ἐνὸς τῶν λοβῶν, ἢ ὀλικὴν τοῦ ἔγκου τοῦ προστάτου, ὁ δὲ ἀσθενὴς βύθιον πόνον ἔντοπιζόμενον κατὰ τὸν προστάτην. Σημειωθήτω ὅτι καὶ αἱ τριχομονάδες καὶ οἰδίου τὸ λευκάζον δύναται νὰ προκαλέσουν προστατίτιδα.

Ἄλλη ἐπιπλοκὴ εἶναι ἡ σπερματοκυστίτις, ἡ ὁποία ὁμοίως ὑπὸ τῶν τριχομονάδων καὶ ὑπὸ τοῦ οἰδίου δύναται νὰ προκληθῇ. Ἀλλὰ καὶ τὸ βακτηρίδιον τοῦ Κὼχ πολλάκις προκαλεῖ ταύτην. Συχνὴ εἶναι ἡ συνύπαρξις τῆς με προστατίτιδα, λόγῳ τῆς στενῆς διὰ τῶν λεμφαγγείων ἐπικοινωνίας αὐτῶν. Κατ' αὐτὴν ἔχομεν ἐπώδυνον ἐκσπερμάτισιν καὶ αἰμοσπερμίαν. Ἡ παρούσα τῆς διαπιστοῦται διὰ τῆς δακτυλικῆς ἐκ τοῦ ἀπευθυμένου ἐξετάσεως. Ἐπίσης καὶ ἡ ἐπιδιδυμῖς, ἡ μία ἢ καὶ αἱ δύο, δυνατὸν νὰ προσβληθοῦν μετὰ τὰ γνωστὰ τῆς ἐπιδιδυμίτιδος συμπτώματα. Ὁμοίως δυνατὴ εἶναι ἡ κωπηρίτις ἢ ἡ φλεγμονὴ τῶν ἀδένων τοῦ Littre. Εἰς τινὰ τῶν ἀνωτέρω ἐπιπλοκῶν ἢ ἔντοπισμῶν τοῦ οἰοδύποτε

μικροβίου ὀφείλεται καὶ ἡ ἐπιμονὴ τῆς ρύσεως, δηλ. ἡ χρονία οὐρηθρίτις. Αὕτη, πλὴν τῆς δυσαρέστου ἀπηχήσεως ἐπὶ τῆς ψυχικῆς διαθέσεως τοῦ ἀρρώστου, ἡ ὁποία οὐχὶ σπανίως φθάνει ἐπὶ προδιατεθειμένων μέχρι νευρασθενείας, προκαλεῖ ἐπίσης ἐλάττωσιν τῆς σεξουαλικῆς ἱκανότητος, μετὰ πρόωρον ἐκσπερμάτισιν καὶ ὀλίγον εἰς ποσότητα σπέρμα, συμπτώματα τὰ ὁποῖα μετὰ τὴν σειρὰν τῶν δροῦν δυσμενῶς ἐπὶ τῆς ψυχικῆς σφαίρας τοῦ ἀσθενοῦς.

Αἱ ὑποτροπαὶ τῶν μὴ γονοκοκκικῶν οὐρηθριτίδων δὲν εἶναι σπάνιαι. Ὑπάρχουν δηλαδὴ περιπτώσεις οὐρηθρίτιδος αἱ ὁποῖαι ὑποχωροῦν μὲν μετὰ τὴν λήψιν ἀντιβιοτικού τινος, ἢ στείρωσιν ὅμως αὕτη τοῦ ἐκκρίματος τῆς οὐρήθρας εἶναι προσωρινή. Ἀρκεῖ δηλ. παρεκτροπὴ τις εἴτε διαίτης, μετὰ λήψιν οἰνοπνευματωδῶν ποτῶν ἢ ἀλκυμῶν π.χ., εἴτε ὑγιεινῆς, ὡς μετὰ συνουσίαν, ἱππασίαν κλπ., ἢ ἄλλοτε χωρὶς ἐκδηλοῦν αἰτίαν, διὰ τὴν ὑποτροπιᾶσιν ἢ οὐρηθρίτις. Κυριώτατα λοιπὸν κατὰ τὰς περιπτώσεις ταύτας πρέπει νὰ ἀναζητῶμεν ἐπιπλοκὴν ἢ ἔντοπισμὸν, διότι εἰς αὐτάς ὀφείλονται αἱ ὑποτροπαὶ τῆς οὐρηθρίτιδος.

Ἡ διάγνωσις τῆς οὐρηθρίτιδος, καὶ κυρίως τοῦ αἰτίου αὐτῆς, γίνεται κλινικῶς μὲν διὰ τῆς λεπτομεροῦς ἐξετάσεως τῶν γεννητικῶν ὀργάνων, ἐργαστηριακῶς δὲ διὰ τῆς μικροσκοπικῆς ἐξετάσεως τοῦ ἐκκρίματος ἢ ἀκόμη καλύτερον διὰ τῆς καλλιέργειας αὐτοῦ πρὸς ἐξακρίβωσιν τοῦ παθολόγου αἰτίου αὐτῆς.

Συμπληρωματικῶς ἐφαρμόζομεν τὸ ἀντιβιογράμμα (test εὐαισθησίας). Πρὸς τοῦτο λαμβάνομεν διὰ κρικοφόρου σύρματος ἀνὰ 1-2 σταγόνας ἐκ τῆς 24ώρου καλλιέργειας. Θέτομεν ταύτας εἰς θρεπτικὸν ὑπόστρωμα ἐντὸς τρυβλίων Petri ἢ ἐντὸς δοκιμαστικῶν σωληναρίων. Εἰς ταῦτα προσθέτομεν ἰδιαιτέρως ἀνὰ ἓν δισκίον γνωστοῦ ἀντιβιοτικοῦ. Ταῦτα ἐπαναθέτομεν ἐντὸς ἐπωαστικοῦ κλιβάνου θερμοκρασίας 37°, ἐπὶ 24 ὥρας. Περὶ τὸ χάρτινον δισκίον, τὸ ἐμπεποτισμένον ὑπὸ τοῦ ἀντιβιοτικοῦ, παρουσιάζεται ἄλλως ἀναστολῆς τῆς ἀναπτύξεως τοῦ μικροβίου.

Ἀναλόγως τῶν διαστάσεων τῆς ἄλλο

ταύτης, καθορίζεται ἡ εὐαισθησία τοῦ ἐν λόγῳ μικροβίου ἐναντι τῶν διαφόρων ἀντιβιοτικῶν. Οὕτω πως καθορίζεται τὸ εἶδος τοῦ μικροβίου ἀφ' ἑνὸς καὶ ἐλέγχεται ἡ εὐαισθησία αὐτοῦ ἐναντι τῶν διαφόρων ἀντιβιοτικῶν ἀφ' ἑτέρου. Τοῦτο θὰ μᾶς βοηθήσῃ εἰς τὴν θεραπείαν τῆς οὐρηθρίτιδος.

Ἡ θεραπεία τῆς οὐρηθρίτιδος γίνεται σήμερον διὰ τῆς λήψεως τοῦ καταλλήλου ἀντιβιοτικοῦ, ἐναντι τοῦ ὁποίου εἶναι εὐαίσθητον τὸ παθογόνον αἷτιον αὐτῆς. Παρὰ ταῦτα, δὲν εἶναι ἀσύνθηες ἡ *in vitro* παρουσιαζομένη εὐαισθησία αὕτη τοῦ μικροβίου ἐναντι ὠρισμένου ἀντιβιοτικοῦ, κλινικῶς δηλ. *in vivo* νὰ μὴ ἐκδηλοῦται, ἀλλὰ νὰ ἔχωμεν ἐπιμονὴν τῆς οὐρηθρίτιδος, παρὰ τὴν λήψιν τοῦ πλέον ἐνδεδειγμένου ἀντιβιοτικοῦ. Κατὰ τὰς περιπτώσεις ταύτας κυρίως πρέπει νὰ στρέψωμεν τὴν προσοχήν μας πρὸς τινὰ ἐντοπισμὸν ἢ ἐπιπλοκὴν τῆς οὐρηθρίτιδος.

Οἷκοθεν νοεῖται ὅτι πᾶσα ἐπιπλοκὴ ἔχει ἀνάγκην, πλὴν τῆς λήψεως τῶν ἀντιβιοτικῶν, καὶ τῆς εἰδικῆς δι' ἐκάστην περίπτωσιν θεραπείας. Οὕτω π.χ. προκειμένου περὶ προστατίτιδος, ἐπὶ μὲν τῆς ὀξείας μορφῆς αὐτῆς συνιστῶνται θερμὰ ἐδρόλουτρα, εἰδικὰ ἐμβόλια ἢ πρωτεϊνοθεραπεία, ἐπὶ δὲ τῆς ὑποξείας ἢ τῆς χρονίας ἀραιαὶ μαλάξεις τοῦ προστάτου, ἀνὰ ἑπταήμερον. Αἱ συχναὶ μαλάξεις προκαλοῦν μηχανικὸν ἐρεθισμὸν καὶ παρόξυνσιν τῆς φλεγμονῆς. Διὰ τὴν θεραπείαν τῶν τριχομονάδων χορηγοῦμεν ἐσωτερικῶς δισκία καὶ ἐνδοκολπικῶς ὑπόθετα Trichomycine ἢ Flagyl. Ἐπειδὴ δὲ αἱ τριχομονάδες δὲν ἀναπτύσσονται ἐπὶ 2-2,5 pH τοῦ κόλπου, διὰ τοῦτο ὑποβοηθητικῶς συνιστῶνται ὄξινοι ἐνδοκολπικαὶ πλύσεις.

Διὰ τὴν θεραπείαν τοῦ ὠιδίου τοῦ λευκάζοντος χορηγοῦμεν μυκοστατικά, ἥτοι

Mycostatine, ἐσωτερικῶς καὶ εἰς ὑπόθετα. Κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς θεραπείας ἀπαγορεύεται ἡ συνουσία· ἀπαραίτητον εἶναι νὰ ὑποβληθῇ εἰς θεραπείαν καὶ ὁ σύζυγος.

Συμπεράσματα : Διὰ τῆς περιληπτικῆς ταύτης ἀνασκοπήσεως, ἐθίξαμεν ἀπλῶς τὸ θέμα τῶν μὴ γονοκοκκικῶν οὐρηθρίτιδων. Τὰ αἷτια αὐτῶν, ὡς εἶδομεν, εἶναι πολλὰ καὶ ποικίλα. Ἡ ἐμμονὴ τῶν εἰς τὴν θεραπείαν ὀφείλεται τοῦτο μὲν εἰς τὴν οὐχὶ σπανίως ἀπαντωμένην ἀντοχήν αὐτῶν ἐναντι τῶν διαφόρων ἀντιβιοτικῶν, τοῦτο δὲ εἰς τὸν ἐντοπισμὸν ἢ ἐπιπλοκὴν αὐτῶν.

Ὅθεν, διὰ τὴν ριζικὴν θεραπείαν αὐτῶν ἐπιβάλλεται ἡ καταπολέμησις τῶν ἐπιπλοκῶν καὶ ἐντοπισμῶν καὶ ἡ ἐκλογὴ τοῦ καταλλήλου ἀντιβιοτικοῦ. Ἀπὸ κοινωνικῆς ἐπόψεως, δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν ὅτι αἱ σαπροφυτικαὶ αὗται οὐρηθρίτιδες ἐπιμένουσαι ἢ χρονίζουσαι ἀποτελοῦν ὄντως κοινωνικὴν μάστιγα, ἀφοῦ οὐχὶ σπανίως καθίστοῦν τοὺς ἐξ αὐτῆς πάσχοντας νευρασθενεῖς καὶ σεξουαλικῶς ἀνικάνους. Διὰ πάντα ταῦτα ἐπιβάλλεται ἡ ἔγκαιρος διάγνωσις καὶ ἡ ριζικὴ θεραπεία αὐτῶν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Colby F., *Urology*, 3d ed. 1956, p. 488.
2. Dossot R.-Palazzoli M., *Urethrites chroniques*, 1932.
3. Durel P., *Infections non gonococciques-Symposium de Krakovie*, Octobre 1960.
4. Καίρη Ζ., Ἀραβαντινοῦ, *Εἰδικὴ Νοσολογία*, τόμ. Β', σελ. 1105-1112.
5. Οἰκονόμου Σπ., *Νοσολογία γεννητικοῦ συστήματος ἀρρενος*, 1937, σελ. 335, 353, 455, 477, 497, 593.
6. Οἰκονόμου Σπ., *Οὐρολογία*, 1928, σελ. 1005-1014.
7. Φωτεινοῦ Παναγ., *Ἐγχειρίδιον ἀφροδισίων νόσων*, 1954, σελ. 88-97.
8. *Yearbook of Urology* 1959-1960.