

Η σύφιλη και η αντιμετώπισή της προ της χρήσης των αντιβιοτικών μέσα από το περιοδικό “Αρχεία του Νοσοκομείου “Α. Συγγρός” (1931-1946)

Τσοροβά Χ.

Χριστοπούλου-Αλετρά Ε.

Σωτηριάδης Δ.

Δεβλιώτου-Παναγιωτίδου Δ.

Α' Παν/κή Δερματ/κή Κλινική Α.Π.Θ., Νοσ. Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσ/κης Ιστορία Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Β' Παν/κή Δερματ/κή Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο “Παπαγεωργίου”

Α' Παν/κή Δερματ/κή Κλινική Α.Π.Θ., Νοσ. Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσ/κης

Περίληψη

Η σύφιλη αποτελούσε ένα από τα κύρια αφροδίσια νοσήματα της Ελληνικής κοινωνίας στις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα. Προσέβαλλε κυρίως τις κατώτερες κοινωνικές τάξεις και εκδηλώνόταν με ποικιλία κλινικών σημείων και συμπτωμάτων. Το Νοσοκομείο “Ανδρέας Συγγρός”, υπήρξε το πρώτο μεγάλο δερματολογικό νοσηλευτικό ίδρυμα της Ελλάδας και έδωσε από την αρχή της λειτουργίας του μεγάλη έμφαση στην συστηματική αντιμετώπιση της νόσου. Ποικίλα φαρμακευτικά σκευάσματα με διαφορετικά αποτελέσματα ήταν διαθέσιμα στους ιατρούς της εποχής. Στον καθορισμό συγκεκριμένων θεραπευτικών πρωτοκόλλων σημαντικό ρόλο έπαιξε ο διευθυντής του Νοσοκομείου, καθηγητής Γ. Φωτεινός. Πλούσιες πληροφορίες για την προσπάθεια καταπολέμησης της σύφιλης εκείνο το χρονικό διάστημα, μας παρέχονται σήμερα από το περιοδικό Αρχεία του Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. Στο άρθρο αυτό παρουσιάζεται μια σύντομη μελέτη της ιστορίας της σύφιλης και της θεραπείας της στην Ελλάδα των αρχών του προηγούμενου αιώνα, όπως αυτή καταγράφεται στο περιοδικό.

Syphilis and its treatment before the use of antibiotics: a study of the medical journal “Archives of “A. Syggros Hospital” 1931-1946

Tsorova Ch., Christopoulou-Aletra H., Sotiriadis D., Devliotou-Panagiotidou D.

Summary

Syphilis was one of the main sexually transmitted diseases of the Greek society at the first decades of 20th century. It affected primarily the lower social classes and was manifested with a variety of clinical signs and symptoms. The Andrew Syggros' Hospital was the first large Greek dermatological institution and it specialized on the treatment of the disease. During that period many pharmaceutical compounds were available to the medical community with questionable efficacy. The hospital director, Professor G. Photinos played a principal role regarding the determination of therapeutic protocols. A lot of information concerning the efforts to eradicate syphilis is provided to us today through the Archives of A. Syggros' Hospital. This paper presents a brief study of the history of syphilis and the attempts of its treatment in Greece during the first decades of the previous century, as it is reflected in the articles of the journal Archives of A. Syggros' Hospital.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΥΡΙΑ • Σύφιλη, θεραπεία, Αρχεία του Νοσοκομείου “Ανδρέου Συγγρού”

KEY WORDS • Syphilis, treatment, Archives of Andrew Syggros' Hospital

Στην παρούσα αναδρομική μελέτη επιχειρείται μία εκτίμηση της πορείας της σύφιλης κατά την περίοδο 1931-1946 όπως αυτή σκιαγρα-

φείται μέσα από το περιοδικό *Αρχεία του Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού*.

Η σύφιλη είναι σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόση-

μα, οφειλόμενο στο ωχρό τρεπόννημα (*Treponema pallidum*). Πρωτοεμφανίστηκε στην Ευρώπη το 1493 μετά την επιστροφή του Χριστόφορου Κολόμβου και του πληρώματός του από τη Νέα Ήπειρο, όπου και είχαν μολυνθεί.¹ Ακολούθως, η νόσος διαδόθηκε με ταχείς ρυθμούς κυρίως λόγω του γαλλοϊσπανικού πολέμου από τους μισθοφόρους στρατιώτες του γαλλικού στρατεύματος, οι οποίοι κατάγονταν από διάφορες χώρες της Ευρώπης. Το 1521 δόθηκε στην πάθηση το σημερινό της όνομα από τον Ιταλό ιατροφιλόσοφο και ποιητή Girolamo Fracastore. Στο ποίημά του "Syphilis sive Morbus Gallicus", ο ποιμένας Syphilus έπασχε από τη συγκεκριμένη νόσο, ως τιμωρία από τους Θεούς.

Το Νοσοκομείο "Α. Συγγρός"

Το Νοσοκομείο "Α. Συγγρός" ιδρύθηκε το 1910 μετά από προσφορά της ευεργέτιδας Ιφιγένειας Συγγρού, στη μνήμη του συζύγου της Ανδρέα (1830-1899), με "αρχικόν αυτού προορισμόν της νοσπλείας μόνον απόρων αρρένων και θηλέων ασθενών εκ μεταδοτικών νοσημάτων".² Το νοσπλευτικό αυτό ίδρυμα ήταν ειδικό για την πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και αποτελούσε "την βάση του εν Ελλάδι αντιφροδισιακού αγώνος, όστις προ της ιδρύσεως αυτού ήτο ανύπαρκτος".² Μέχρι τότε τα περιστατικά αυτά, αφορούσαν ως επί το πλείστον στις εκδιδόμενες γυναίκες της εποχής που θεραπεύονταν στο "Κρατικό Νοσοκομείο Μεταδοτικών Νοσημάτων", το οποίο λόγω των άθλιων συνθηκών νοσπλείας και κοινωνικής αντιμετώπισης των ασθενών, συχνά αποκαλούνταν "δεσμοκτήριον-νοσοκομείον-κόλασις".³ Η διεύθυνση του παλαιού Νοσοκομείου, καθώς και η διδασκαλία των αφροδισίων και δερματικών νόσων, αναθέτονταν στον εκάστοτε καθηγητή Μαιευτικής ή Εγχειρητικής και Τοπογραφικής Ανατομικής. Στην πράξη ωστόσο, το νοσπλευτικό αυτό ίδρυμα βρισκόταν υπό την εποπτεία του περίφημου επιστάτη "του διοριζόμενου εκάστοτε υπό των ισχυρών της ημέρας και όντος λίαν γνωστού, κατά την εποχήν εκείνην, ως τυραννίσκου των εν τω νοσοκομείω νοσπλευομένων γυναικών".⁴ Οι πλουσιοπάροχες αμοιβές του προέρχονταν "εξ επιβολής φόρου επί των δυστυχών της κοινωνίας εκείνων πλασμάτων, των εν τω Νοσοκομείω δηλαδή νοσπλευομένων γυναικών, υπό ποικίλας μορφάς, άλλως ανηλεώς υπ' αυτού εδέροντο ή εφυλακίζοντο εις την περίφημον γαιανθρακαποθήκην του νοσοκομείου, εξ ης αι δυστυχείς εξήρχοντο Αιθιοπίδες την μορφήν".⁵

Το Νοσοκομείο Α. Συγγρός από την αρχή της λειτουργίας του έχει "λαϊκώτατον χαρακτήρα" διότι νοσπλεύει δωρεάν τους άπορους ασθενείς και πολλές φορές "παρακαλεί τους προσερχομένους εις το εξωτερικόν του ιατρείου να νοσπλευθώσιν ως εσωτερικοί άρρωστοι προς αποτροπήν της μεταδόσεως της νόσου των εις άλλους υγείς".⁷

Ο ιδιότυπος χαρακτήρας του Νοσοκομείου Α. Συγγρός κατέστη σαφής από την αρχή της λειτουργίας του. Το αποκαλούσαν "Νοσοκομείον-Φυλακεία", καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσπλευόμενων ασθενών αποτελούνταν από εκδιδόμενες γυναίκες, οι οποίες αποστέλλονταν από την αστυνομία "προς νοσπλείαν καταναγκαστικήν".⁷ Το ίδρυμα αυτό, που περιλάμβανε "περί τας τριακοσίας κλίνας, εν ανάγκη δε περί τας τετρακοσίας", διαιρούταν σε τρία τμήματα ανάλογα με την προέλευσή των ασθενών.⁴ Το πρώτο τμήμα προοριζόταν για τη νοσπλεία των "καθ' υπόδειξιν του Επιθεωρητού των αφροδισίων νόσων" γυναικών και πληρούνταν από τις "κοινές" γυναίκες της εποχής, οι οποίες παρέμεναν υποχρεωτικά μέχρι την πλήρη ίασή τους και εξερχόμενες αποστέλλονταν και πάλι στον επιθεωρητή. Το δεύτερο τμήμα, των "οικεία βουλήσει" νοσπλευόμενων γυναικών, αποτελούνταν από γυναίκες, εκδιδόμενες και μη, οι οποίες εξέρχονταν εκουσίως, ακόμα και πριν από την ολοκλήρωση της αποθεραπείας τους. Τέλος, το τρίτο τμήμα, "κεχωρισμένον καθ' ολοκληρίαν από των ανωτέρω τμημάτων" προοριζόταν για τη δωρεάν νοσπλεία των άπορων ανδρών.⁴ Ταυτόχρονα, λειτουργούσαν καθημερινά εξωτερικά ιατρεία ανδρών και γυναικών.

Το νοσπλευτικό αυτό ίδρυμα, χάρη στην ευεργέτιδα και προστάτιδά του, σύζυγο του Συγγρού, Ιφιγένεια Συγγρού, αλλά και στην τέλεια οργάνωσή του "κατέστη μοναδικόν εν πάση τη Ανατολή και εν εκ των τελειότερων της Υψηλίου και πρότυπον τοιαύτης ειδικότητος νοσοκομείον από πάσης απόψεως, ήτοι διοικητικής, νοσπλευτικής, οικονομικής, θεραπευτικής, προφυλακτικής, επιστημονικής και εκπαιδευτικής".² Διάσημοι καθηγητές της εποχής, όπως οι Gougerot, Hoffman, Uhlenhut, Mulzer, Matsamoto αλλά και οι υγιεινολόγοι της Κοινωνίας των Εθνών Emerson, Madzen και Park επισκεπτόμενοι το Νοσοκομείο "πάνυ ευφύμως εξεφράσθησαν περί τούτου".⁴

Ο καθηγητής Γεώργιος Θ. Φωτεινός και η ίδρυση της ΕΔΑΕ

Ο καθηγητής Γ. Θ. Φωτεινός διορίστηκε το 1910 ως τακτικός καθηγητής της έδρας της Δερματολο-

γίας-Αφροδισιολογίας και διευθυντής του Νοσοκομείου "Α. Συγγρός". Αδιαμφισβήτητα κατέχει κεντρική θέση στην ιστορία της Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας στην Ελλάδα, καθώς η πολυετής προσωπική του και η πλούσια δράση του, επηρέασαν σημαντικά την αλματώδη εξέλιξη της ειδικότητας. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι πριν από την εποχή του, ο κλάδος αυτός "υφίστατο εν νεκροβιώσει".³ Έργα του Φωτεινού αποτελούν η οργάνωση του Νοσοκομείου βάσει διεθνών προτύπων, αλλά και η αναβάθμιση του τρόπου εκπαίδευσης των ιατρών της εποχής στη Δερματολογία-Αφροδισιολογία.

Μετά από πρωτοβουλία του ιδρύθηκε το 1914 η Ελληνική Δερματολογική και Αφροδισιολογική Εταιρεία (Ε.Δ.Α.Ε.), με σκοπό την προαγωγή του συγκεκριμένου κλάδου, την καταπολέμηση των αφροδισίων νόσων και την προφύλαξη εξ' αυτών. Ως Πρόεδρος της Εταιρείας, σύμφωνα με το άρθρο 14 του καταστατικού, οριζόταν "μονίμως ο εκάστοτε τακτικός καθηγητής των Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων εν τω Εθνικώ Πανεπιστημίω".⁸ Τα πρακτικά των μνηαίων συνεδριάσεων της Εταιρείας συντάσσονταν από γραμματείς οριζόμενους από το επιταμείο Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Δ.Α.Ε. και εκδίδονταν ετησίως από το 1937, ως *Αρχεία του Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού*. Το περιεχόμενο των αρχείων αυτών ήταν δομημένο σε τρεις θεματικές ενότητες. Στην πρώτη ενότητα παραθέτονταν πρωτότυπες επιστημονικές εργασίες, που αφορούσαν σε κλινικά και εργαστηριακά θέματα της ειδικότητας, σε μελέτες φαρμάκων και σε νέες θεραπευτικές μεθόδους. Η δεύτερη ενότητα περιελάμβανε τα πρακτικά των συνεδριάσεων της Ε.Δ.Α.Ε., νεκρολογίες, απολογισμούς χρήσεων, προϋπολογισμούς και ονόματα Εταίρων. Στην τρίτη ενότητα δημοσιεύονταν η επίσημη έκθεση των πεπραγμένων του Νοσοκομείου.⁹ Στο τέλος κάθε τόμου ακολουθούσε και περίληψη των πρακτικών στη γαλλική γλώσσα "ίνα (...) η δράσις του Νοσοκομείου (...) γίνηται γνωστή και πέραν των ορίων της ημετέρας χώρας".² Αξίζει να σημειωθεί ότι η έκδοση των επίσημων αρχείων της περιόδου 1931-1936 πραγματοποιήθηκε αναδρομικά μετά το 1937, ενώ δεν υπάρχουν εκδοθέντα αρχεία για την περίοδο 1910-1930. Επίσης, μέσα στο ασταθές πολιτικό κλίμα της εποχής, για επτά συναπτά έτη από το 1939 έως το 1945 δεν εκδόθηκαν τα Αρχεία λόγω ελλείψεως οικονομικών πόρων. Αντ' αυτών, δημοσιεύτηκε το 1946 μία συνολική επιστημονική εργασία σχετικά με την συνεισφορά των σουλφοναμιδών και της πενικιλίνης στην αντιμετώπιση των αφροδισίων και δερματικών νοσημάτων.

Από το 1980 τα *Αρχεία του Νοσοκομείου Ανδρέου*

ου Συγγρού εκδίδονταν με νέα αρίθμηση τόμων και από το 1990 μετονομάστηκαν σε *Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας*.⁹

Επιδημιολογικά και κοινωνικά δεδομένα των συφιλιδικών ασθενών στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου

Η σύφιλη αποτελούσε τη συχνότερη νόσο μεταξύ των εξεταζόμενων ασθενών στο νοσοκομείο "Α. Συγγρός" πριν και κατά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Από τη μελέτη των πηγών της εποχής, προκύπτει ότι το 50% των εξεταζόμενων και νοσηλευόμενων ασθενών κατά τη χρονική περίοδο 1931-1945 ήταν προσβεβλημένοι από τη σύφιλη που "φονεύει κατ' έτος είκοσι χιλιάδες τουλάχιστον Έλληνας ενηλίκους και νεογνά".^{5,6}

Μελετώντας τα στοιχεία των *Αρχείων του Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού* μπορούμε να συνάγουμε ορισμένα επιδημιολογικά και κοινωνιολογικά δεδομένα των προσβεβλημένων από τη νόσο ανδρών και γυναικών. Στο Νοσοκομείο νοσηλεύονταν άρρωστοι επί πληρωμή ή δωρεάν. Οι επί πληρωμή θέσεις καλύπτονταν, βάσει του κανονισμού, μόνο από γυναίκες. Οι ασθενείς κατά την εισαγωγή τους παρέδιδαν τα ρούχα, χρήματα και τιμαλφή αντικείμενά τους στον διαχειριστή του Νοσοκομείου ή την αρχινοσοκόμο, οι οποίοι διορίζονταν μετά από υπόδειξη του Διευθυντή.¹⁰ Ακόμα, οι δωρεάν νοσηλευόμενοι ασθενείς είχαν την υποχρέωση να συνδράμουν, εφόσον βέβαια το επέτρεπε η γενική τους κατάσταση, στον καθαρισμό των θαλάμων, των διαδρόμων, του εστιατορίου και των άλλων τμημάτων του Νοσοκομείου, ή να εκτελούν οποιαδήποτε άλλη εργασία τους υποδείκνυε η οικονόμος, η αρχινοσοκόμος και η ματιοφύλακας. Από την υποχρέωση αυτή εξαιρούνταν οι επί πληρωμή νοσηλευόμενες γυναίκες.¹⁰

Οι ασθενείς αναφέρονταν στα κείμενα των *Αρχείων*, για λόγους ιατρικού απορρήτου, με τα αρχικά γράμματα του ονόματος και του επωνύμου τους και τον αύξοντα αριθμό μπτρώου και ιστορικού τους. Πληροφορίες, όπως η καταγωγή, το θρήσκευμα, η οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα γίνονταν γνωστές. Παραθέτονταν λεπτομερές ιστορικό από τη γέννηση των αρρώστων μέχρι την παρούσα κατάσταση και ακολουθούσε μία εκτενής περιγραφή του εξανθήματος και της πορείας του στο χρόνο.

Το τμήμα των "καθ' υπόδειξιν του Επιθεωρητού των αφροδισίων νόσων" νοσηλευόμενων γυναικών αποτελούνταν από άγαμες, στη συντριπτική τους πλειοψηφία, γυναίκες ηλικίας 16-25 ετών, καταγωγής κα-

τά σειρά συχνότητας από τη Σμύρνη, την Κωνσταντινούπολη, τη Μικρά Ασία, την Πελοπόννησο, την Αθήνα και τις Κυκλάδες. Οι προερχόμενες από το εξωτερικό ήταν κυρίως Ρωσικής και κατά δεύτερο λόγο Αιγυπτιακής καταγωγής. Αναφορικά με την εργασία, υπερτερούσαν "αι κοιναί" γυναίκες, ακολουθούμενες από τις υπηρέτριες, τις νοικοκυρές και τις εργάτριες.

Αντιθέτως στο τμήμα των εκουσίως προσερχόμενων ασθενών, οι περισσότερες γυναίκες ήταν έγγαμες, ηλικίας 21-30 ετών και ήταν, κατά σειρά συχνότητας, νοικοκυρές, εκδιδόμενες, υπηρέτριες και εργάτριες. Τα επιδημιολογικά στοιχεία της καταγωγής τους δε διέφεραν από εκείνα του προηγούμενου τμήματος. Σε πολλά σημεία των Αρχείων αναφερόταν ότι κύρια πηγή της νόσου αποτελούσαν οι κρυφά εταιριζόμενες γυναίκες της εποχής, οι οποίες παρουσιάζονταν ως νοικοκυρές και ήταν "πολυπληθέστεραι των δεδηλωμένων και επιθεωρουμένων".⁵

Οι νοσπλευόμενοι άνδρες ήταν ως επί το πλείστον άγαμοι, ηλικίας 21-30 ετών με καταγωγή από τη Μικρά Ασία, την Αθήνα, τη Σμύρνη, την Κωνσταντινούπολη, την Κρήτη και τον Πειραιά. Οι αλλοδαποί, προέρχονταν κυρίως από τη Ρωσία και τη Συρία. Αναφορικά με την εργασία, οι περισσότεροι ασθενείς ήταν εργάτες, σιδηρουργοί, ιδιωτικοί υπάλληλοι, αυτοκινητιστές, άεργοι, σερβιτόροι, ναυτικοί και μαθητές.

Από τους νοσπλευόμενους στρατιωτικούς, οι περισσότεροι προέρχονταν από τα τμήματα της χωροφυλακής της επαρχίας και από το πεζικό.

Οι εκδιδόμενες γυναίκες κατά την εισαγωγή τους φωτογραφίζονταν κρατώντας αύξοντα αριθμό, μέτρο ιδιαίτερα αποδοτικό καθώς οι περισσότερες εξ αυτών δήλωναν διαφορετικό όνομα σε κάθε νοσπλεία τους, προκαλώντας δυσχέρεια στην παρακολούθησή τους. Επίσης, όπως προκύπτει από τη μελέτη των Αρχείων, συχνά προκαλούσαν ταραχές, απόπειρες εμπρησμού και "θραύσεις των υαλοπινάκων των παραθύρων", διότι θεωρούσαν ότι ήταν καθ' όλα υγιείς και νοσπλεύονταν αδίκως.⁷ Προς συμμόρφωση και παραδειγματισμό τους, θεωρήθηκε ότι η ηπιότερη αλλά και αποτελεσματικότερη τιμωρία αυτών των νοσπλευόμενων, λόγω της ιδιαίτερης ψυχосύνθεσής τους, ήταν η επιβαλλόμενη από τον Διευθυντή, κράτησή τους μέσα στο Νοσοκομείο ορισμένες μέρες μετά την αποθεραπεία τους. Άλλες εφαρμοζόμενες τιμωρίες, σύμφωνα με τον κανονισμό, όπως η απομόνωση, το μειωμένο γεύμα ή η νηστεία, συν τω χρόνω απεδείχθη ότι είχαν αποτύχει ολοσχερώς.⁷

Πολλές φορές, οι γυναίκες ασθενείς αρνούσαν να εξεταστούν από τους φοιτητές Ιατρικής με συνέ-

πεια να ξεπούν συμπλοκές στο αμφιθέατρο, καθώς "οι λάθρα εισελθόντες "φίλοι" (αγαπητικοί) των δια της αστυνομίας νοσπλευομένων γυναικών, εξαγαγόντες περίστροφα και μαχαίρας, ηπείλουν τους πάντας, εάν αι φίλοι αυτών εξητάζοντο υπό των σπουδαστών".⁷ Λύση στο πρόβλημα αυτό απέφερε ο αποκλεισμός των συνοδών από το αμφιθέατρο, καθώς και η χρήση προσωπίδας στις ασθενείς που προσέρχονταν για κλινική εξέταση.

Με σκοπό τη διαφύλαξη της ψυχίας και της τάξης, εντός του Νοσοκομείου λειτουργούσε αστυνομικός σταθμός στεγαζόμενος σε φυλάκιο με δύο χωροφύλακες και έναν υπαξιωματικό.¹⁰

Κλινική εικόνα των ασθενών με σύφιλη

Στο δεύτερο μέρος των *Αρχείων του Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού* ανακοινωνόνταν ορισμένες μόνο περιπτώσεις ασθενών με σύφιλη. Ανεπιβεβαίωτα περιστατικά συφιλίδος (λανθάνουσα νόσος), καθώς και άτυπες εκδηλώσεις της νόσου που δημιουργούσαν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα, σε ιατρούς της ίδιας ή άλλης ειδικότητας,¹¹ παραθέτονταν με κάθε λεπτομέρεια. Ακόμα, άρρωστοι με πολλαπλά έλκη,¹² σπανιότερες εντοπίσεις του πρωτογόνου εξανθήματος (π.χ. θηλή μαστού,¹² δάκτυλα χεριών,¹³ υπερώα,¹⁴ άνω-κάτω χείλη στόματος,¹⁵ πρωκτός¹⁶ κ.α.) και με διαφορετική μορφολογία των βλαβών (π.χ. γιγάντια βλαστώνουσα συφιλιδικά έλκη¹⁷), περιγράφονταν αναλυτικά. Οι ασθενείς με δευτερογόνο νόσο προσέρχονταν συχνότερα με συφιλιδική ροδάνθη, συφιλιδική αλωπεκία, περιτραχήλιο της Αφροδίτης και συφιλιδικές πλάκες. Τα άτομα του τρίτογόνου σταδίου εμφάνιζαν φυματοελκωτικές, φυματολεπιδώδεις βλάβες και ιστικά κομμιώματα διαφόρων σταδίων, με κύρια εντόπιση στο δέρμα και τα οστά.

Μελετώντας το τρίτο μέρος των *Αρχείων*, με την έκθεση των πεπραγμένων του Νοσοκομείου, καταλήγει κανείς στο συμπέρασμα ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι ασθενείς παρουσίαζαν κατά την εξέταση ή την εισαγωγή τους, ευρήματα λανθάνουσας σύφιλης, ακολουθούμενης σε συχνότητα από δευτερογόνο και λιγότερο συχνά πρωτογόνο νόσο. Συχνότερες συνοδές παθήσεις ήταν για τις γυναίκες η γονοκοκκική τραχηλίτιδα με ενδομητρίτιδα, ενώ για τους άνδρες τα οξυτενή κονδυλώματα, η φήμωση, η γονοκοκκική ουρηθρίτιδα και πρωκτίτιδα, η ψώρα και τα μαλακά έλκη.

Τα περισσότερα περιστατικά κληρονομικής συφιλίδος αφορούσαν την όψιμη μορφή, με διαταραχές

οδοντοφυΐας, επιπυοειδή ρίνα, ακτινοειδείς ουλές περιστοματικά, έλλειψη ξιφοειδούς αποφύσεως, παραμόρφωση κνημών "εν είδει σπάθης ιππέως", συφιλιδική ρινίτιδα, ποικίλες ελκώσεις και κομμώματα.

Επίσης, παραθέτονταν εκτενώς οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αντισυφιλιδικής αγωγής και η προτεινόμενη θεραπεία τους.

Πολύτιμη βοήθεια στην αναπαράσταση των μορφών της πάθησης κατά την εποχή που μελετούμε παρέχει το "Μουσείο προπλάσμάτων" του Νοσοκομείου, το οποίο δημιουργήθηκε το 1912 από τον διευθυντή του, καθηγητή Γ. Φωτεινό. Τα παρατιθέμενα προπλάσματα παίρνουν τη θέση των φωτογραφιών μεταφέροντάς μας πίσω στον χρόνο.¹⁸

Η τεκμηρίωση της νόσου

Η τεκμηρίωση της νόσου προέκυπε από την ανεύρεση της ωχράς σπειροχαΐτης στα εκκρίματα των ελκώσεων ή στους προσβεβλημένους λεμφαδένες και τη θετικοποίηση της αντίδρασης Wasserman του ορού ή εγκεφαλονωτιαίου υγρού των ασθενών. Η αντίδραση αυτή αποτελούσε την πρώτη μη τρεπονημική εξέταση και ανήκε στις μεθόδους σύνδεσης του συμπληρώματος (complement fixation test). Μαζί με τις παραλλαγές της (Reiter, Kolmer, Kahn, Kline), αποτέλεσε τη βασική εξέταση της εργαστηριακής διάγνωσης της σύφιλης.¹⁹⁻²⁰ Η θετικότητα της αντίδρασης αυτής, σύμφωνα με τον καθηγητή Φωτεινό, κυμαίνονταν κατά την πρωτογόνο σύφιλη μεταξύ 25-80%, κατά τη δευτερογόνο από 90-100%, κατά την τριτογόνο από 65-90%, ενώ στην κληρονομική σύφιλη από 50-80%.²¹ Η αντίδραση αυτή πολλές φορές ήταν αρνητική στους παλαιούς ασθενείς, σε άτομα που υποβλήθηκαν σε πλήρη ή ατελή θεραπεία, αλλά και παραδόξως σε ασθενείς με τις τυπικές δερματοβλεννογονίες και τις όψεις (νευρολογικές, σπλαχνικές, καρδιαγγειακές) εκδηλώσεις της νόσου. Ήταν επίσης γνωστό ότι ψευδώς θετική αντίδραση παρατηρούνταν σε υγιή άτομα, αλλά και κατά την πορεία ορισμένων νοσημάτων όπως η ελονοσία, η λέπρα, ο εξανθηματικός τύφος, η τρυπανοσωμίαση, ο ίκτερος, ο υπόστροφος πυρετός και τα νεοπλάσματα. Η εξέταση κατείχε περίοπτη θέση στην διαγνωστική προσέγγιση των ιατρών της εποχής, γεγονός που προκύπτει από την εφαρμογή της "εις πάντας ανεξαιρέτως τους αρρώστους, εξωτερικούς τε και εσωτερικούς, του υφ' ημάς Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού".²¹

Δεδομένου του υποκειμενικού χαρακτήρα της εμπειρίας της συγκεκριμένης εξέτασης, οι ίδιοι οι ιατροί διετύπωναν ορισμένες αμφιβολίες σχετικά με

την αξιοπιστία της μεθόδου αυτής. Δεν ήταν σπάνια τα περιστατικά της θετικής αντίδρασης Wassermann σε ένα εργαστήριο και του αρνητικού αποτελέσματος της ίδιας αντίδρασης στον ίδιο ασθενή σε διαφορετικό μικροβιολογικό κέντρο. Σ' αυτή την περίπτωση ο καθηγητής Φωτεινός πρότεινε την εξακρίβωση της αλήθειας με την επανάληψη του ελέγχου όχι μόνο από τα δύο εργαστήρια αλλά και από κάποιο τρίτο. Επί ασυμφωνίας μεταξύ των εργαστηρίων ή και επί αμφιβολιών, επιβάλλονταν η αντισυφιλιδική θεραπεία.²¹

Ακόμα, όπως διαφαίνεται από τα συγγράματα της εποχής, ήταν πολύ συχνό το φαινόμενο της παρείσφρυσης των μικροβιολόγων ιατρών στη θεραπεία της νόσου, καθώς επί αρνητικού αποτελέσματος της αντίδρασης Wasserman συμβούλευαν αυθαιρέτως τους αρρώστους να διακόψουν τη θεραπεία, με σοβαρές συνέπειες για την υγεία τους. Παρόλα αυτά, ο καθηγητής Φωτεινός ανέφερε πως ακόμα και αν τα αποτελέσματα των ανωτέρω εξετάσεων προέκυπταν αρνητικά, επί της υποψίας συφιλίδος, ήταν απόλυτα επιβεβλημένη η δοκιμαστική αντισυφιλιδική θεραπεία.²¹

Η θεραπεία της σύφιλης

1. Η εξέλιξη της αντισυφιλιδικής αγωγής ως το πρώτο ήμισυ του εικοστού αιώνα

Η νόσος από την αρχική εκδήλωσή της στα τέλη του 15^{ου} αιώνα μέχρι και τις αρχές του εικοστού αντιμετωνιζόταν "διά των υδραργυρούχων σκευασιών υπό μορφήν υποκαπνισμών, καταποτίων διαλυμάτων, εντριβών, ενέσεων ενδοφλεβίων ή ενδομυϊκών διά διαλυτών ή αδιαλύτων αλάτων υδραργύρου, υποθεμάτων, ως και διά των ιωδιούχων σκευασιών".²¹

Ακολούθησε η ανακάλυψη της ατοξύλης, αρσενικού ουρεάσματος το οποίο ταχέως εγκαταλείφθηκε καθώς προκαλούσε τύφλωση, της αρσασεΐνης και της εκΐνης. Η ανακάλυψη της σαλβαρσάνης το 1910 και μετέπειτα της νεοσαλβαρσάνης από τον Γερμανό επιστήμονα Paul Ehrlich και τον Ιάπωνά Sahachiro Hata στη Φρανκφούρτη, επισκίασε τις προηγούμενες θεραπείες και δίχασε όλους τους "συφιλιδολόγους" ιατρούς της εποχής σε τρεις ομάδες.²² Οι "Σαλβαρσανιστάι" υποστήριζαν ότι το νέο αυτό φάρμακο έπρεπε να αποτελεί τη μόνη θεραπεία της νόσου, οι "Υδραργυριστάι" ότι έπρεπε να παραμείνουν οι ιατροί πιστοί "εις τον γηραιόν υδράργυρον", ενώ την τρίτη άποψη στήριζαν οι υπέρμαχοι της μικτής αντισυφιλιδικής θεραπείας, με τον συνδυασμό των δύο ή τριών αυτών σκευα-

σμάτων. Το βισμούθιο προστέθηκε μεταγενέστερα στη θεραπευτική φαρέτρα (1922) και χρησιμοποιούνταν από τους οπαδούς της μικτής θεραπείας σε συνδυασμό με τις άλλες τρεις ουσίες.

Στις φαρμακευτικές θεραπείες της νόσου προστέθηκε το 1917 από τον Αυστριακό καθηγητή Νευρολογίας και Ψυχιατρικής Wagner von Jauregg η πυρετοθεραπεία και αργότερα η ελονοσιοθεραπεία.^{21,23} Οι θεραπείες αυτές εφαρμόζονταν στους ασθενείς με νευροσύφιλη, από εξειδικευμένους νευρολόγους και πάντοτε σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της πυρετοθεραπείας ήταν πολύ καλά στους ασθενείς με προϊούσα γενική παράλυση, χωρίς όμως ανάλογα αποτελέσματα στις δερματοβλεννογόνιες εκδηλώσεις της πρωτογόνου, δευτερογόνου και τριτογόνου συφιλίδος.²¹ Η ευνοϊκή επίδραση των εμπυρέτων στην εξέλιξη της νόσου είχε καταγραφεί αρχικά από τον Philippe Ricord. Οι θεραπείες αυτές πραγματοποιούνταν είτε με τη χορήγηση πυρετογόνων παραγόντων όπως γάλα, ξένο λεύκωμα, φυματίνη, αντιτυφικό εμβόλιο, είτε με τον ενοφθαλμισμό πυρετικών νόσων (υπόστροφος και ελώδης πυρετός), αλλά και με τη χρήση φυσικών μέσων όπως τα θερμά υδρόλουτρα, τα θερμαερόλουτρα, η θερμή παραφίνη, οι υπέρυθρες ακτίνες και η πλεκτροπυρεξία. Το τελευταίο μάλιστα πυρετογόνο μέσω έτυχε ευρείας αποδοχής, λόγω της αποτελεσματικότητάς του και της έλλειψης ανεπιθυμητών ενεργειών. Ειδικά μηχανήματα παρήγαγαν μεσαία, βραχεία και υπερβραχεία κύματα, τα οποία διαβιβάζονταν με τη βοήθεια πλεκτροδίων στον κορμό των ασθενών.²¹

Τέλος, γίνεται μία σύντομη αναφορά στην "οποθεραπεία", η οποία εφαρμόζονταν για την αντιμετώπιση της συγγενούς σύφιλης σε συνδυασμό πάντοτε με τη χημειοθεραπεία και συνίστατο στην χορήγηση εκχυλισμάτων των ενδοκρινών αδένων. Στα παιδιά με αναστολή της σωματικής ανάπτυξης (οδοντοφυΐα, ανόστημα, βάδισμα, νοημοσύνη, παιδισμός) χορηγούνταν θυρεοειδίνη, ενώ το εκχύλισμα εκ της υποφύσεως προοριζόταν για τους παχύσαρκους παιδιατρικούς ασθενείς.²¹

2. Τα αντισυφιλιδικά φάρμακα

Για τη θεραπεία της σύφιλης χρησιμοποιούνταν τέσσερις τύποι φαρμακευτικών ουσιών, οι οποίες κατά σειρά δραστικότητας ήταν: οι αρσενικούχες ενώσεις, οι βισμούθιούχες, οι υδραργυρικές και οι ιωδιούχες. Ορισμένοι μάλιστα συγγραφείς της εποχής βαθμολογούσαν κάθε μία από αυτές αναφορικά με τη δραστικότητά τους, με τα αρσενικούχα σκευάσμα-

τα να λαμβάνουν 10/10, τα βισμούθιούχα 8/10, τα υδραργυρικά 6/10, ενώ τα ιωδιούχα 2/10.²¹

Αρσενικούχα σκευάσματα

Η σαλβαρσάνη ή silver bullet ή ουσία 606, καθώς ήταν η 606ⁿ χημική ένωση που μελετήθηκε στο εργαστήριο του Ehrlich, έφερε επανάσταση στη θεραπεία της νόσου και αποτέλεσε το πρώτο φάρμακο κατά της ωχράς σπειροχαΐτης.²⁴

Στη θεραπεία της νόσου χρησιμοποιούνταν οι τριδύναμες και πενταδύναμες ενώσεις του αρσενικού. Στα τριδύναμα σκευάσματα συγκαταλέγονταν το neosalvarsan και το novarsenobenzol για ενδοφλέβια χορήγηση και το sulfarsenol για ενδομυϊκή. Ήταν πολύ αποτελεσματικά και λιγότερο τοξικά για το ακουστικό και το οπτικό νεύρο. Τις πενταδύναμες ουσίες αποτελούσαν τα διαλύματα acetylarsan, arsaminol και τα δισκία trepasol, spirocid και stovarsol. Τα διαλύματα αυτά χορηγούνταν ενδομυϊκώς και προτιμούνταν στην όψιμη σύφιλη με προσβολή κυρίως του νευρικού συστήματος, ενώ τα δισκία συνταγογραφούνταν σε ειδικές κατηγορίες ασθενών, όπως για παράδειγμα στους ναυτικούς, και ήταν λιγότερο δραστικά.²¹

Διαβάζουμε στα *Αρχεία του Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού* ότι η σαλβαρσάνη αποτελούσε φάρμακο ειδικό για παθήσεις προκαλούμενες από τις σπειροχαΐτες. Σύμφωνα όμως με τον καθηγητή Γ. Φωτεινό, η σύφιλη σπανίως θεραπευόταν με μία και μόνη ένεση του φαρμάκου (η γνωστή και ως therapia sterilisans magna του Ehrlich) καθώς είχαν καταγραφεί υποτροπές της νόσου, ένα με ενάμιση μήνα μετά την πλήρη ίαση των εκδηλώσεων. Ο ίδιος τόνιζε την αναγκαιότητα των επαναλαμβανόμενων θεραπειών.²¹

Στην επιστημονική εργασία του Φωτεινού με τίτλο "Το ημέτερον θεραπευτικόν σύστημα κατά της συφιλίδος", στο πρώτο μέρος των *Αρχείων* του 1937, επιστημαινόταν το γεγονός ότι όλες οι βλάβες της σύφιλης, δερματοβλεννογόνιες και σπλαγχνικές, υποχωρούσαν με το νέο φάρμακο και με ταχύτερο ρυθμό συγκριτικά με τις παλαιότερες θεραπείες, ενώ οι τυχόν υποτροπές ήταν σπανιότερες και βραδύτερες. Επίσης, η θεραπεία αυτή μπορούσε να εφαρμοστεί σε ασθενείς με ιστορικό νεφρικής και καρδιακής ανεπάρκειας ή νευρολογικών παθήσεων, αφού προηγούνταν ένεση μικρής ποσότητας αδρεναλίνης. Ακόμα, το φάρμακο αυτό δεν παρουσίαζε αλληλεπιδράσεις με τα παλαιότερα σκευάσματα και ήταν αποτελεσματικό στις περιπτώσεις ανθεκτικότητας στον υδράργυρο.²¹

Η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, σύμφωνα

με ορισμένους ερευνητές, βασίζονταν στην ανοσοδιέγερση με αύξηση της παραγωγής των αντισωμάτων και την ενεργοποίηση του συμπληρώματος.²⁵

Τα συμβάματα, μετά την ενδοφλέβια κυρίως έγχυση του φαρμάκου, παραθέτονταν αναλυτικά στα *Αρχεία* του 1937 και ταξινομούνταν σε άμεσα, επιβραδυνόμενα και όψιμα. Στα άμεσα συμβάματα, ιδιαίτερη μνεία γίνεται στην νιτριτοειδή κρίση του Milian και στην αντίδραση Herxheimer. Σχετικά με την πρώτη, λόγω της έντονης αγγειοδιαστολής από το φάρμακο, οι ασθενείς εκδήλωναν συμπτώματα όμοια με την εισπνοή ατμών νιτρώδους αμύλου, όπως αδιαθεσία, έντονο ερύθημα προσώπου, οίδημα γλώσσας και χειλέων, βήχα και ναυτία. Χαρακτηριστική ήταν η αιφνίδια μεταβολή αυτής της κλινικής εικόνας με εγκατάσταση βραδυκαρδίας, υπότασης και προσωπείου περιτονίτιδος. Θεραπευτικά χορηγούνταν αδρεναλίνη ενδομυϊκώς. Η αντίδραση Herxheimer αφορούσε την αναζωπύρωση του δευτερογόνου συνήθως εξανθήματος, μία ημέρα μετά τη θεραπεία με αρσενικούχα σκευάσματα και ενδεχομένως να ήταν τόσο εκτεταμένη που να προκαλούσε γενικά φαινόμενα, μέχρι και εγκεφαλική ισχαιμία. Προς αποφυγή του ανωτέρω φαινομένου, ο καθηγητής συνέστηνε την αρχική χορήγηση υδραργυρικών φαρμάκων στους ασθενείς, εκείνους που δεν είχαν λάβει κανένα αντισυφιλιδικό σκευάσμα.²¹

Στις επιβραδυνόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονταν η "ορώδης αποπληξία", που αποτελούσε μία μορφή όψιμης νιτριτοειδούς κρίσης, και τα ερυθρήματα της ένατης μέρας. Στα όψιμα συμβάματα συγκαταλέγονταν η απολεπιστική ερυθροδερμία, η οπική νευρίτιδα, κυρίως από τις πενταδύναμες ουσίες, ο ίκτερος και οι αιματολογικές διαταραχές με κυριότερες την ακοκκιοκυτταραιμία και την αιμορραγία. Τα συμβάματα αυτά, παρότι σπάνια, ήταν ιδιαίτερα τοξικά και δυνητικώς θανατηφόρα και αποτελούσαν αιτία διακοπής της θεραπείας.²¹

Στην εργασία αυτή του καθηγητού Γ. Φωτεινού, γίνεται λόγος για το φαινόμενο του βιοτροπισμού, με την "αφύπνιση", από τα αρσενικούχα και βισμούθιούχα κυρίως φάρμακα, προϋπαρχόντων νοσημάτων (όπως ο έρπης ζωστήρας, το ερυσίπελας, ο ελώδης πυρετός και η δοθιήνωση) και τη μετατροπή της σαπροφυτικής μικροβιακής χλωρίδας του στόματος σε παθογόνο με την κλινική εκδήλωση στοματιτίδων.²¹

Βισμούθιούχα σκευάσματα

Τα άλατα του βισμούθιου προστέθηκαν στη θεραπευτική της νόσου μετά τις πειραματικές εργασίες των Sazerac και Levaditi (1912) και τις κλινικές μελέτες

των Fournier και Guenot (1922). Οι πρώτες ουσίες, trepol και neotrepol, εγκαταλείφθηκαν ταχέως, λόγω του έντονου τοπικού πόνου που προκαλούσαν κατά την έγχυση. Στο Νοσοκομείο "Α. Συγγρός" χρησιμοποιούνταν τα τέσσερα σκευάσματα muthanol, bismogenol, quinby, neobismuth, τα οποία χορηγούνταν ενδομυϊκώς κάθε δεύτερη μέρα μέχρι την συμπλήρωση μίας θεραπευτικής σειράς, δηλαδή είκοσι ενέσεων.²¹

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αυτών χωρίζονταν σε τεχνικές, τοξικές και βιοτροπικές. Τα τεχνικά συμβάματα, που εκδηλώνονταν κατά τη διάρκεια της έγχυσης, αποτελούνταν από τους όζους και την πελιδνοειδή δερματίτιδα του Nicolau. Αυτή παρατηρούνταν κατά την, εκ παραδρομής, ενδαρτηριακή έγχυση των αδιάλυτων, κυρίως, αλάτων βισμούθιου, που προκαλούσε εμβολή και απόφραξη των αρτηριακών κλάδων. Στα τοξικά συμβάματα περιλαμβάνονταν: η νιτριτοειδής βισμούθιακή κρίση, κατ' αντιστοιχία με την ανάλογη κρίση προκαλούμενη από το αρσενικό, ηπιότερης όμως βαρύτητας, το ερύθημα της πρώτης μέρας και η απολεπιστική δερματίτιδα. Αναφορικά με τις βιοτροπικές ανεπιθύμητες ενέργειες, η βισμούθιακή στοματίτιδα και η αναιμία, αποτελούσαν αιτίες διακοπής της θεραπείας.²¹

Υδραργυρικά σκευάσματα

Από τα πολυάριθμα υδραργυρικά σκευάσματα της εποχής, προτιμούνταν ο κυανιούχος υδράργυρος για ενδοφλέβια χρήση σε δοσολογία 0,02 gr ανά ημέρα για τους άνδρες και 0,01 gr για τις γυναίκες. Μία θεραπευτική σειρά περιλάμβανε 30 ενέσεις, οι οποίες γίνονταν καθημερινά, εκτός Κυριακής. Όταν ήταν επιθυμητή η ενδομυϊκή χορήγηση, επιλέγονταν ο δισωδιούχος και ο βενζοϊκός υδράργυρος στην ίδια δοσολογία και τρόπο χορήγησης με εξίσου ικανοποιητικά αποτελέσματα. Για τους ασθενείς που δεν είχαν τη δυνατότητα να επισκεφτούν τον ιατρό, όντας άποροι ή ναυτικοί, συνταγογραφούνταν εντριβές με την τέφρα της υδραργυρικής αλοιφής, θεραπεία το ίδιο αποτελεσματική με τις προηγούμενες. Η αγωγή αυτή, που είχε το πλεονέκτημα της εκτέλεσής της από τον ίδιο τον άρρωστο, απαιτούσε καθημερινή εντριβή 5 gr για τους άνδρες και 4 gr για τις γυναίκες, με ελαστικό ή πέτισνο γάντι για 15'-20', παραμονή της για 8 ώρες και επιμελή απομάκρυνση με σαπούνι και νερό. Στα μειονεκτήματα της μεθόδου συγκαταλέγονταν η ιδιάζουσα οσμή και ο χρωματισμός του δέρματος και των ενδυμάτων "και ως εκ τούτου συνήθως αποκρούεται αυτή υπό των αρρώστων".²¹

Αναφέρονταν επίσης τα υδραργυρικά καταπότια του Ricord με ασθενέστερη όμως δράση, τα υπόθετα

υδραργύρου, και τα αδιάλυτα άλατα του μετάλλου, όπως ο καλομελής χορηγούμενος σε άλλοτε άλλες δοσολογίες και το αμάλγαμα υδραργύρου-αργύρου.²¹

Τεχνικά συμβάματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας αποτελούσαν οι όζοι και τα αποστήματα, η πελιδνοειδής δερματίτιδα, κυρίως με τα αδιάλυτα άλατα, οι περιφλεβικοί όζοι και το άγχος που βίωνε ο ασθενής κατά την ταχεία έγχυση του φαρμάκου.²¹

Στα βιοτροπικά συμβάματα αναφέρονταν η υδραργυρική αναζωπύρωση, που συνιστούσε μία ήπια αντίδραση Herxheimer, καθώς και οι πολύ συχνές στοματίτιδες.

Το γενικευμένο οστρακιοειδές εξάνθημα, με πιθανότητα εξέλιξης του σε ερυθροδερμία και η θυλακίτιδα, αποτελούσαν τις τοξικές ανεπιθύμητες ενέργειες της τοπικής θεραπείας.²¹

Ιωδιούχα σκευάσματα

Το ιωδιούχο κάλιο (ιοντούριο) χρησιμοποιούνταν ευρέως στη όψιμη σύφιλη "κατά των εγκυστώσεων της ωχράς σπειροχάιτης, ήτοι κατά των κρησφυγέτων αυτής... των συφιλιδικών φυμάτων και κομμωμάτων, των συφιλιδικών αρθροπαθειών, των αρτηριακών και καρδιακών συφιλιδικών βλαβών, των συφιλιδικών κεφαλαλγιών και νευραλγιών κτλ".²¹ Η προτεινόμενη δοσολογία των 3-4 gr τη μέρα μπορούσε ανάλογα με την περίπτωση να αυξηθεί στα 8-10 gr. Χορηγούνταν ανά 8 ώρες διαλυμένο σε νερό ή γάλα κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Από τις συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου ήταν τα ποικίλα, μη ειδικά εξανθήματα, όπως τα βλατιδώδη και κνιδωτικά, τα οζώδη ή μυρμηκιδώδη, τα πετεχειώδη ή πορφυρικά κ.α.

Τοξικά συμβάματα ήταν η συμφόρηση του προσώπου και των οφθαλμών, η κόρυζα, η δακρύρροια, η πορφύρα, η εσωτερική αιμορραγία και σπανιότερα η κνίδωση, το οξύ οίδημα λάρυγγος και τα πομφολυγώδη νοσήματα.¹⁰

Στα βιοτροπικά συμβάματα συγκαταλέγονταν η ιωδική ακμή, τα ιωθανθρακοειδή εξανθήματα, τα ερυθρήματα της ένατης μέρας, οι γάγγραινες του δέρματος, το πολύμορφο ερύθημα και η χρόνια πέμφιγα. Ο καθηγητής Γ. Φωτεινός έκανε ιδιαίτερη μνεία στην επιδείνωση της νόσου του Duhring (ερπητοειδής δερματίτιδα) κατά τη θεραπεία με το ιωδιούχο κάλιο, καθώς και την αναζωπύρωση της πνευμονικής φυματίωσης των συφιλιδικών.²¹

3. Γενικές αρχές της θεραπείας της σύφιλης

Όπως προαναφέρθηκε, η θεραπεία της σύφιλης κατά την προ των αντιβιοτικών εποχή βασιζόταν κύρια στη χρήση των "παλαιών" υδραργυρικών και ιω-

διούχων σκευασμάτων και των "νεωτέρων" αρσενικών και βισμούθιούχων ενώσεων. Η ποικιλία των εφαρμοζόμενων θεραπευτικών σχημάτων όσον αφορά στη διάρκεια της θεραπείας, τα χρησιμοποιούμενα σκευάσματα, τους συνδυασμούς των φαρμάκων και τη δοσολογία αυτών, αλλά και τη θεραπευτική τους σειρά, ήταν τόσο εκτεταμένη, "ώστε ασφαλώς και άνευ τινός υπερβολής δύναται τις να είπν, ότι έκαστος πεπειραμένος κλινικός υποστηρίζει και εφαρμόζει ίδιον θεραπευτικόν σύστημα αναλόγως της προσωπικής αυτού πείρας και αντιλήψεως".²¹

Στη μελέτη του καθηγητή Φωτεινού με τίτλο: "Το ημέτερον θεραπευτικόν σύστημα κατά της συφιλίδος" γινόταν αναφορά στην αναγκαιότητα συστηματικοποίησης των αντισυφιλιδικών θεραπειών για τη διευκόλυνση των ιατρών της εποχής στην αντιμετώπιση της νόσου. Μέσα από τις "γενικές αρχές προς θεραπεία της συφιλίδος" παραθέτονταν τα συμπεράσματα από τη θεραπεία 50.000 περιστατικών στο ειδικό αυτό νοσοκομείο.

Ο Φωτεινός τόνιζε την αναγκαιότητα τεκμηρίωσης της διάγνωσης βάσει των εργαστηριακών μεθόδων της εποχής, πριν από την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας. Με τον τρόπο αυτό, οι ασθενείς πείθονταν απόλυτα ότι "πράγματι τυγχάνουσι μεμολυσμένοι υπό συφιλίδος" και ακολουθούσαν πιστά τη θεραπεία χωρίς "βραδύτερον να αποσχώσει ταύτης, διότι ιατροί ή φίλοι των υπέβαλον εις αυτούς την υπόνοιαν της αμφιβολίας περί την διάγνωσιν, επειδή η διάγνωσις αύτη δεν εστηρίχθη και επί των εργαστηριακών μεθόδων".²¹

Χαρακτηριστική ήταν η προσομοίωση της διάγνωσης της συφιλίδος με δίκη στα κείμενα της εποχής: "Όπως δηλαδή ο δικαστής πρέπει να είναι ευσυνείδητος και λίαν προσεκτικός, προκειμένου να καταδικάσθῃ ή να αθώσθῃ τινά, ούτω και ο ιατρός οφείλει μετά μεγίστης ευσυνειδησίας και προσοχής να προβαίνη εις την διάγνωσίν του, εις την καταδίκην δηλαδή του εξεταζομένου εις την συφιλίδα ή εις την από ταύτης αθώωσίν του".²¹

Επίσης, σύμφωνα με τον Γ. Φωτεινό, ο ιατρός είχε την υποχρέωση να ενημερώσει τον άρρωστο ότι έπασχε από τη νόσο και όχι να το αποκρύπτει, πρακτική που συχνά εφαρμοζόταν στο παρελθόν προς αποφυγή της αυτοκτονίας του ασθενούς στο άκουσμα της διάγνωσης. Έτσι, κατέληγε ο καθηγητής, ο ασθενής πληροφορούμενος ότι η σύφιλη αποτελούσε θεραπεύσιμη νόσο και πως με την αποδρομή της "θα επιτραπή εις αυτόν ο γάμος, ότι τα τέκνα αυτού θα είναι υγιά", θα ακολουθούσε την προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή, παύοντας να αποτελεί πηγή μετάδοσης του νοσήματος.²¹

Ακόμα, στα *Αρχεία του Νοσοκομείου Ανδρέου Συγ-*

γρού υποστηριζόταν ότι "Όσον ενωρίτερον άρχεται η θεραπεία της συφιλιδός, τόσον ασφαλέστερον και ταχύτερον αύτη ίάται".²¹ Αυτό ερχόταν σε αντίθεση με την πεποίθηση διαφόρων ειδικών ιατρών της εποχής, οι οποίοι ανέμεναν την εμφάνιση των δευτερογόνων δερματοβλεννογόνων συφιλιδικών εκδηλώσεων αποσκοπώντας στην ανοσοποίηση των ασθενών κατά των όψιμων σπλαχνικών και νευρολογικών προσβολών της νόσου.

Αναφερόμενος στην "εκτριωτική" θεραπεία, ο καθηγητής Γ. Φωτεινός παρέθετε τους λόγους της επιφυλακτικότητάς του. Η θεραπεία αυτή αφορούσε στην άμεση και έντονη εξάμνην θεραπευτική αγωγή των αρρώστων με αρσενικούχα μόνο σκευάσματα ή και τον συνδυασμό τους με βισμούθιούχες ή υδραργυρούχες ουσίες. Το θεραπευτικό αυτό σχήμα παρουσίαζε επιτυχία μόνο κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Ο ασθενής έπρεπε να παρουσιαστεί στον ιατρό κατά τη διάρκεια του προορολογικού σταδίου της νόσου, δηλαδή τις πρώτες 6-8 ημέρες μετά την εμφάνιση του συφιλιδικού έλκους, και η αντίδραση Wasserman έπρεπε να είναι αρνητική. Επίσης, έπρεπε να απουσιάζει οποιαδήποτε άλλη εκδήλωση της ασθένειας, συμπεριλαμβανομένης και της δορυφόρου πρωτογόνου συφιλιδικής αδενίτιδας. Ο ίδιος ο συγγραφέας διαπίστωσε αποτυχία του βραχέος αυτού θεραπευτικού σχήματος, η οποία εκδηλώθηκε είτε με την εμφάνιση κλινικών σημείων της νόσου, είτε με την εργαστηριακή ανεύρεση του ωχρού τρεπονήματος στα εκκρίματα ή τον ορό των ασθενών.²¹

Ο Φωτεινός θεωρούσε αποτυχημένη την πρακτική της εξαίρεσης του συφιλιδικού έλκους με μαχαιρίδιο ή της καταστροφής του με τον θερμοκαυτήρα του Raquelin με ταυτόχρονη απομάκρυνση της δορυφόρου αδενίτιδας. Σύμφωνα με την πεποίθηση της εποχής, η μέθοδος αυτή αποτελούσε μέτρο αναστολής της περαιτέρω εξέλιξης της συφιλιδικής μόλυνσης. Όμως, η μετάδοση του ωχρού τρεπονήματος από το σημείο του ενοφθαλμισμού του στα περιοχικά γάγγλια επιτυχάνονταν ταχύτατα μέσα σε λίγες μόνο ώρες και προς επικύρωση αυτού, παραθέτονταν τα πειράματα του Neisser, αλλά και του ιδίου του καθηγητή κατά την παραμονή του στη Βόννη.²¹

Προτεινόταν από τον συγγραφέα η προσαρμογή της θεραπείας στις ιδιαιτερότητες των ασθενών, όπως για παράδειγμα στους ναυτικούς να συνταγογραφούνται τα αρσενικούχα δισκία και όχι οι ενδοφλεβίως ή ενδομυϊκώς χορηγούμενες μορφές του φαρμάκου, ενώ τα αντίστοιχα υδραργυρικά σκευάσματα να αντικαθίστανται από τα ανάλογα καταπότια ή από εντριβές με την τέφρα της υδραργυρικής αλοιφής.²¹

Ακόμα, το είδος της θεραπευτικής αγωγής θα επι-

λεγόταν μετά από ενδελεχή κλινική εξέταση του ασθενούς, προς αποφυγήν χορήγησης αρσενικού σε ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια και βισμούθιου ή υδραργυρου σε νεφροπαθείς. Οι υποβαλλόμενοι σε αντισυφιλιδική θεραπεία ασθενείς παρακολουθούνταν στενά για τυχόν εμφάνιση ικτέρου, κνησμού ή δερματοπαθειών οφειλόμενων στα φαρμακευτικά σκευάσματα και υποβάλλονταν τακτικά σε εξετάσεις αίματος (ουρία) και ούρων (παρουσία κυλίνδρων ή λευκώματος).²¹

Επίσης, καθώς τα υδραργυρικά και βισμούθιούχα σκευάσματα προκαλούσαν εκτεταμένες ουλίτιδες, σε άτομα με βλάβες του στοματικού βλεννογόνου οι ιατροί του Νοσοκομείου "Α. Συγγρός" αντιμετώπιζαν τη νόσο μόνο με τα αρσενικούχα φάρμακα. Στους ασθενείς αυτούς, παράλληλα με την αντισυφιλιδική θεραπεία, γινόταν η σύσταση να καθαρίζουν την στοματική τους κοιλότητα μετά από κάθε γεύμα, με μαλακή βούρτσα και οδοντική σκόνη ή φύραμα και να εφαρμόζουν πλύσεις με διάλυματα χλωριούχου καλίου 4%, βορικού οξέος ή οξυγονούχου ύδατος.²¹

Σύμφωνα με τον καθηγητή Φωτεινό, οι ιατροί της εποχής έπρεπε να εφαρμόσουν στους ασθενείς τους την έντονη, μικτή αντισυφιλιδική θεραπεία συνολικής διάρκειας, μετά των σχετικών διακοπών, τεσσάρων ετών. Ως έντονη οριζόταν η συστηματική ή τοπική (δερματική) χορήγηση των σκευασμάτων, ενώ η από του στόματος θεραπεία χαρακτηριζόταν ως ασθενέστερη. Η ισχύς και η διάρκεια του θεραπευτικού αυτού σχήματος προκαλούσε την κριτική των ευρωπαίων συναδέλφων, οι οποίοι αναφέρονταν σε αυτήν ως "θεραπείαν ίππου" αμφιβάλλοντας "περί του δυνατού της ανοχής τοσούτον εντόνου θεραπείας εκφράζοντες μάλιστα και υπονοίας, ως μη ώφελε, περί της πραγματοποιήσεως ταύτης".²¹

Επίσης, προτεινόταν από τον Φωτεινό, η εναλλασόμενη χορήγηση των φαρμάκων, καθώς και η παρεμβολή διαστημάτων διακοπής της θεραπείας. Η ταυτόχρονη λήψη των αντισυφιλιδικών φαρμάκων αποφευγόταν, "διότι είναι δυνατόν η ωχρά σπειροχαΐτη να εθισθή ή... να ανθέξη προς εν ή πλείονα των φαρμάκων τούτων (αρσενικόαντοχος, βισμούθιοάντοχος, υδραργυράντοχος) και ως εκ τούτου η θεραπεία να μη επιδρά τελεσφόρως επί της νόσου".²¹ Επιπρόσθετα, με την μέθοδο της εναλλασόμενης χορήγησης των φαρμάκων, καθίστατο δυνατή η ταυτοποίηση των τυχόν εμφανιζόμενων ανεπιθυμητών συμβαμάτων ανάλογα με το λαμβανόμενο σκεύασμα.

Κατά τη μελέτη των *Αρχείων* απαντώνται αναφορές σε ζητήματα προφύλαξης από τη νόσο. Ο καθηγητής Γ. Φωτεινός πρότεινε την "αγγλική περικαυλίδα ή καλύπτρα" (capote anglaise) και την αλοιφή του Metch-

nikoff (calomel 33,0, lanoline 67,0, vaseline 10,0) συνιστώντας την χρήση της μετά ή προτιμότερο πριν από κάθε συνουσία.²¹ Επίσης, ένα άλλο προφυλακτικό μέτρο αποτελούσε η ενστάλλαξη ενδοουρηθρικής 3-4 σταγόνων αργυρόλης 10-20% σε γλυκερίνη.

Η προληπτική αντισυφιλιδική αγωγή σε άτομα εκτεινόμενα στο ωχρό τρεπόννημα με αρσενικούχα σκευάσματα ή με ενέσεις βισμούθιου ή και των συνδυασμό αυτών, δεν αποτελούσε γενική παραδοχή των συφιλιδολόγων της εποχής. Έτσι, ο καθηγητής υποστήριζε ότι δεν υπήρχε προληπτική θεραπεία "δυνά-

μενη να προφυλάξει τινά από της συφιλιδικής μόλυνσης", καθώς συχνά, παρά την εφαρμοζόμενη αγωγή, παρουσιάζονταν αργότερα εκδηλώσεις της νόσου.²¹

4. Θεραπευτικά σχήματα

Στα Αρχεία του 1937 στην επιστημονική εργασία "Το ημέτερον θεραπευτικόν σύστημα κατά της συφίλιδος" παρατίθενται αναλυτικά τα προτεινόμενα σχήματα για την επίκτητη, την συγγενή και τη "νευρική" σύφιλη. Τα θεραπευτικά αυτά σχήματα παρατίθενται περιληπτικά στους πίνακες 1 και 2.

Πίνακας 1		Θεραπεία επίκτητης σύφιλης
1^ο Εξάμηνο	<ol style="list-style-type: none"> 10 ενέσεις των 0,02 gr (άνδρες) και 0,01 gr (γυναίκες) κυανιούχου υδράργυρου ενδοφλεβίως 1x1 ή ενδομυϊκή χορήγηση ίσης ποσότητας δυσιωδιούχου ή βενζοϊκού υδράργυρου για 10 μέρες, ή καθημερινή εντριβή υδραργυρικής αλοιφής των 5 gr (άνδρες) και 4 gr (γυναίκες) για 10 μέρες 16 - 20 ενέσεις neosalvarsan ή novarsenobenzol ενδοφλεβίως. Οι πρώτες 5 ενέσεις των 0,15 - 0,75 gr (βαθμιαία αύξηση) πραγματοποιούμενες ανά 3 - 4 μέρες. Οι υπόλοιπες 11 - 15 ενέσεις των 0,90 gr πραγματοποιούμενες ανά 5 - 6 μέρες, ή ενδομυϊκή χορήγηση ίσης ποσότητας sulfarsenol. Τις ενδιάμεσες μέρες της θεραπείας με τα αρσενικούχα σκευάσματα, ενδομυϊκή χορήγηση βισμούθιου (muthanol ή bismogenol ή neobismuth ή quinby), με συχνότητα χορήγησης 2 ανά εβδομάδα (πρώτοι 2 μήνες) και αργότερα άπαξ εβδομαδιαίως. Δεκαπενθήμερη παύση κάθε φαρμακευτικής αγωγής. 20 ενέσεις των 0,02 gr (άνδρες) και 0,01 gr (γυναίκες) κυανιούχου υδράργυρου ενδοφλεβίως 1x1 (εκτός Κυριακής), ή 20 ενέσεις δυσιωδιούχου ή βενζοϊκού υδράργυρου ενδομυϊκά, ή καθημερινή εντριβή υδραργυρικής αλοιφής των 5 gr (άνδρες) και 4 gr (γυναίκες) για 20 μέρες. 	
2^ο Εξάμηνο	<ol style="list-style-type: none"> 12 ενέσεις neosalvarsan ή novarsenobenzol ενδοφλεβίως. Οι πρώτες 4 ενέσεις των 0,30 - 0,75 gr (βαθμιαία αύξηση) πραγματοποιούμενες ανά 3 - 4 μέρες. Οι υπόλοιπες 8 ενέσεις των 0,90 gr κάθε 5 - 6 μέρες, ή ενδομυϊκή χορήγηση ίσης ποσότητας sulfarsenol. Δεκαπενθήμερη παύση κάθε φαρμακευτικής αγωγής. 20 ενδομυϊκές ενέσεις βισμούθιου κάθε δεύτερη μέρα. Δεκαπενθήμερη παύση κάθε φαρμακευτικής αγωγής. 30 ενέσεις των 0,2 gr (άνδρες) και 0,1 gr (γυναίκες) κυανιούχου υδράργυρου, ενδοφλεβίως 1x1 (εκτός Κυριακής), ή 30 ενέσεις δυσιωδιούχου ή βενζοϊκού υδράργυρου ενδομυϊκά, ή καθημερινή εντριβή (εκτός Κυριακής) υδραργυρικής αλοιφής των 5 gr (άνδρες) και 4 gr (γυναίκες) για 30 μέρες. 	
Εξαμηνιαία θεραπεία για 3 συνεχόμενα έτη	<ol style="list-style-type: none"> 8 ενέσεις neosalvarsan ή novarsenobenzol ενδοφλεβίως. 4 ενέσεις των 0,30 gr - 0,75 gr ανά 3 - 4 μέρες και 4 των 0,90 gr ανά 5 - 6 μέρες, ή ενδομυϊκή χορήγηση ίσης ποσότητας sulfarsenol. 4 - 6 gr ιωδιούχου καλίου per os καθημερινά για 1 μήνα, διαιρούμενα σε 3 δόσεις και λήψη κατά ή μετά τα γεύματα. 20 ενδομυϊκές ενέσεις βισμούθιου κάθε δεύτερη μέρα. 4 - 6 gr ιωδιούχου καλίου per os καθημερινά για 1 μήνα διαιρούμενα σε 3 δόσεις και λήψη κατά ή μετά το γεύματα. 30 ενέσεις των 0,02 gr (άνδρες) και 0,01 gr (γυναίκες) κυανιούχου υδράργυρου ενδοφλεβίως 1x1 (εκτός Κυριακής), ή 30 ενέσεις δυσιωδιούχου ή βενζοϊκού υδράργυρου ενδομυϊκά, ή καθημερινή εντριβή (εκτός Κυριακής) υδραργυρικής αλοιφής των 5 gr (άνδρες) και 4 gr (γυναίκες) για 30 μέρες. 	

Πίνακας 2		Θεραπεία κληρονομικής σύφιλης
1^ο Εξάμηνο	1.	Καθημερινή εντριβή υδραργυρικής αλοιφής του 1 gr για 10 μέρες.
	2.	30 ενδομυϊκές ενέσεις sulfarsenol $1 n = 0,02 \text{ gr}$ } κάθε 4 - 5 μέρες. $2 n = 0,04 \text{ gr}$ } οι λοιπές 28 = 0,06 gr
	3.	Τις ενδιάμεσες μέρες της θεραπείας με τα αρσενικούχα σκευάσματα παρεμβάλλονται 15 ενδομυϊκές ενέσεις βισμούθιου (bismuthoidol) με συχνότητα 1-2 ανά εβδομάδα για δυόμισι μήνες.
	4.	Δεκαπενθήμερη παύση κάθε φαρμακευτικής αγωγής.
	5.	Καθημερινή εντριβή υδραργυρικής αλοιφής του 1 gr για 20 μέρες.
2^ο Εξάμηνο	1.	20 ενδομυϊκές ενέσεις sulfarsenol των 0,06 gr κάθε 5 μέρες.
	2.	Δεκαπενθήμερη παύση κάθε φαρμακευτικής αγωγής.
	3.	15 ενδομυϊκές ενέσεις bismuthoidol κάθε δεύτερη μέρα.
	4.	Δεκαπενθήμερη παύση κάθε φαρμακευτικής αγωγής.
	5.	Καθημερινή εντριβή υδραργυρικής αλοιφής του 1 gr για 30 μέρες.
Εξαμηνιαία θεραπεία για τρία συνεχόμενα έτη	1.	20 ενδομυϊκές ενέσεις sulfarsenol των 0.06 gr κάθε 5 μέρες.
	2.	1 gr ιωδιούχου καλίου per os καθημερινά για 15 μέρες διαιρούμενο σε 3 δόσεις.
	3.	15 ενδομυϊκές ενέσεις bismuthoidol κάθε δεύτερη μέρα.
	4.	1 gr ιωδιούχου καλίου per os καθημερινά για 15 μέρες διαιρούμενο σε 3 δόσεις.
	5.	Καθημερινή εντριβή υδραργυρικής αλοιφής του 1 gr για 30 μέρες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σύφιλη αποτελούσε το κύριο αφροδίσιο νόσημα που μάστιζε την Ελλάδα του Μεσοπολέμου. Η νόσος εκδηλωνόταν με μία πληθώρα κλινικών μορφών, άλλοτε άτυπων και άλλοτε περισσότερο τυπικών, ενώ συχνά ήταν και τα περιστατικά κληρονομικής συφιλίτιδας. Αναπαράσταση των περιστατικών προσφέρουν τα κέρνα προπλάσματα του Νοσοκομείου "Α. Συγγρός", νοσοκομείο που αποτελούσε το μοναδικό ειδικό νοσηλευτικό ίδρυμα στην Ελλάδα και ένα από τα καλύτερα στην Ευρώπη και την Ανατολή, λαμβάνοντας υπόψη διεθνή πρότυπα. Ο πρώτος διευθυντής του ιδρύματος καθηγητής Γ. Θ. Φωτεινός συνέβαλε τα μέγιστα στην εξέλιξη της ειδικότητας μεταξύ άλλων με την ίδρυση της Ελληνικής Δερματολογικής και Αφροδισιολογικής Εταιρείας και δημοσιεύοντας τα Πρακτικά των συνεδριάσεων της ως τα *Αρχεία του Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού*, περιοδικό που εκδίδεται ως τις μέρες μας, με σκοπό την αναβάθμιση του τρόπου εκπαίδευσης των ιατρών στην ειδικότητα. Θεωρώντας ότι θα μπορούσε να συμβάλει προσωπικά στο δύσκολο αυτό έργο της καταπολέμησης της σύφιλης, η οποία σκότωνε ένα ι-διαίτερα μεγάλο αριθμό ατόμων κατ' έτος, ο Φωτεινός δώρισε μέρος της οικίας του στο κράτος το 1923

για τη θεραπεία "των υπό αφροδισίων νόσων πασχόντων απόρων αρρένων τε και θηλέων", το γνωστό ως "Παράρτημα" του Νοσοκομείου, το οποίο λειτουργούσε ως πρότυπο αντιαφροδισιακό ιατρείο.³ Η συστηματοποιημένη εργασία και πρόνοια του Φωτεινού ξεκινούσε βασικά από την άποψη ότι όσο πιο σύντομα γινόταν η διάγνωση τόσο πιο εύκολη θα ήταν και η ίαση της νόσου. Ξεκινούσε επίσης από τις αναλυτικές περιγραφές της κλινικής εικόνας των ασθενών, που σπάνια απαντώνται πλέον στις σύγχρονες αναφορές περιστατικών, στη σημερινή βιβλιογραφία. Πιθανώς, αυτό οφείλεται, εν μέρει, στη μαζικότερη χρήση παρακλινικών εξετάσεων για την πιστοποίηση της τελικής διάγνωσης. Η τεκμηρίωση της νόσου είχε μεγάλη σημασία καθώς και η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την πάθησή του. Η πρόληψη ήταν ακόμα ένα στοιχείο σημαντικό στις πρακτικές του νοσοκομείου ωστόσο η τελική διαπίστωση του Φωτεινού ήταν ότι κανένα προφυλακτικό μέσον δεν ήταν δυνατόν να παρεμποδίσει τη μετάδοση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κανιτάκης Κ. Δερματοπάθειαι οφειλόμενες εις τρεπονίματα. In: Κανιτάκης Κ. Δερματολογία-Αφροδισιολογία, Εκδόσεις Σάκκουλα. Θεσσαλονίκη 1982: 286-287.

2. Φωτεινός Γ.Θ. Πρόλογος. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1937: 1'-1δ'
3. Πουρναρόπουλος Γ. Ιστορία της Αφροδισιολογίας και Δερματολογίας εν Ελλάδι από των αρχαιοτάτων χρόνων μέχρι σήμερα. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1938: 77-248.
4. Λυάρης Ι. Το Νοσοκομείον Ανδρέου Συγγρού. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1937:148-182.
5. Φωτεινός Γ.Θ. Ο αντιαφροδισιακός αγών εν Ελλάδι. Πρωτανικός λόγος εκφωνηθείς στην αίθουσα τελετών του Πανεπιστημίου 14/3/1938. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1938:3-33.
6. Worm AM, Hadjivassiliou M, Katsambas A. Syphilis depicted by the Greek moulages: a picture of skin manifestations in former times. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007; 21(9):1234-8.
7. Φωτεινός Γ.Θ: Έκθεσις των πεπραγμένων εν τω Νοσοκομείω Ανδρέου Συγγρού κατά τους χρόνους της κατοχής και μετά την απελευθέρωσιν. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1946: 1-30.
8. Φωτεινός Γ.Θ. Περί επανιδρύσεως της Εταιρείας. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1931:1-2.
9. Ρηγάτος Γ, Απάκκ Κ, Σάμιος Β. Ελληνικός Ιατρικός Τύπος 1811-1988. Ιατροτέκ, 1988: 47-48.
10. Βασιλικό Διάταγμα, Κανονισμός των υπηρεσιών του Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1938:724-780.
11. Ολυμπίτος Ν. Συφιλιδικόν έλκος του κάτω χείλους και κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, εκληφθέν υπό του χειρουργού και παθολόγου ως σταφυλοστρεπτοκοκκίασις. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1932: 152-155.
12. Φωτεινός Γ.Θ, Σουβατζίδης Α. Συφιλιδικόν έλκος της θηλής του δεξιού μαστού -Δέκα συφιλιδικά έλκη των γεννητικών οργάνων γυναικός. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1934: 126-127.
13. Φωτεινός Γ.Θ, Σουβατζίδης Α. Συφιλιδικαί πλάκες των μεσοδακτύλιων πτυχών. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1936: 85-87.
14. Μπαλάνης Ν.Γ. Γιγαντιαίον βλαστικόν συφιλιδικόν έλκος της υπερώας. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1938: 463-465.
15. Φωτεινός Γ, Πετρόπουλος Ν. Συφιλιδικόν έλκος του κάτω χείλους. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1935: 29-30.
16. Φωτεινός Γ, Πετρόπουλος Ν, Βοσυνιώτης Χ. Συφιλιδικόν έλκος του δακτυλίου. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1933: 153.
17. Φωτεινός Γ, Φωτεινός Π. Γιγαντιαία βλαστώνοντα συφιλιδικά έλκη. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1938: 437-438.
18. Worm A.M, Hadjivassiliou M, Katsambas A. The Greek moulages: a picture of skin diseases in former times. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007; 21(4):515-9.
19. Χατζηβασιλείου Μ. Επίκτητη σύφιλη των ενήλικων, εργαστηριακή διάγνωση και εργαστηριακή παρακολούθηση του ασθενούς. Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας, 2001; 12:163-178.
20. Μιχαηλίδης Ν.Α. Πως εξηγείται σήμερα η οροαντίδρασις Wassermann. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1937:100-106.
21. Φωτεινός Γ.Θ. Το ημέτερον θεραπευτικόν σύστημα κατά της συφίλιδος. Αρχαία Νοσοκομείου Ανδρέου Συγγρού. 1937:3-92.
22. Izumi Y, Isozumi K. Modern Japanese medical history and the European influence. Keio Journal of Medicine 2001; 50(2):91-99.
23. Wagner-Jauregg J. The Treatment of Dementia Paralytica by Malaria Inoculation. Nobel Lectures. Physiology or Medicine 1922-1941, Elsevier Publishing Company, Amsterdam, 1965.
24. Shelton H.M. SYPHILIS: Is it a Mischievous Myth or a Malignant Monster. Health Research Mokelumne Hill California. 1962.
25. Toyama I., Kolmer JA. The Influence of Arspheamine and Mercuric Chlorid Upon Complement and Antibody Production. The Journal of Immunology, 1918; 3:301-316.

Αθήνηγογραφία: X. Τσοροβά

Νοταρά 1

546 36 Θεσσαλονίκη

E-mail: tsorova@lycos.com