



ΕΚ ΤΩΝ ΝΕΩΤΕΡΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

Γ'

Προφυλακτική χρήση γ-σφαιρίνης επί προώρων. Τα πρόωρα υπόκεινται, ως γνωστόν, εις τὸν κίνδυνον τῶν λοιμώξεων περισσότερον ἀπὸ τὰ τελειόμηνια νεογνά καὶ εἰς βαθμὸν ἐξαρτώμενον ἐκ τοῦ βάρους καὶ τῆς ἡλικίας αὐτῶν. Πρὸς ἀποτροπὴν τοῦ κινδύνου τούτου, ὁ J. Amer καὶ συνεργάται (*Pediatrics*, 1963) ἐχορήγησαν γ-σφαιρίνην ἅπαξ τοῦ μηνὸς κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ πρώτου ἔτους ἐπὶ 92 προώρων καὶ συνέκριναν πρὸς ὁμάδα μαρτύρων ἐξ 68 προώρων εἰς τὰ ὅποια δὲν ἐχορηγήθη ἡ γ-σφαιρίνη. Τὰ ἀποτελέσματα τῶν ἔχουν ὡς ἐξῆς: 42,4% τῆς πρώτης ὁμάδος οὐδεμίαν λοιμώξιν ἐνεφάνισαν, ἔναντι 11% μόνον τῆς δευτέρας ὁμάδος, καὶ μόνον ἓν βρέφος τῆς πρώτης ὁμάδος ὑπέκυψεν ἐκ λοιμώξεως, ἔναντι 5 βρεφῶν τῆς δευτέρας. Ἦτοι οἱ ἀνωτέρω διεπίστωσαν σαφῶς εὐεργετικὴν ἐπίδρασιν τῆς προφυλακτικῆς χορηγήσεως γ-σφαιρίνης ἔναντι τῶν λοιμώξεων τῶν προώρων. Ἡ χρησιμοποιηθεῖσα δόσις ἀνῆρχετο εἰς 3 mg. κατὰ χιλιόγραμμον βάρους διὰ τὴν πρώτην ἔνεσιν καὶ εἰς 1,5 mg. κατὰ χιλιόγραμμον διὰ τὰς ἐπομένους.

Προωρότης καὶ φυσικὴ ἰκανότης τῆς μητρός. Νέα θεωρία διὰ τὴν ἐρμηνεῖαν τοῦ ἐν πολλοῖς ἀκανθώδους προβλήματος τῶν αἰτίων τῆς προωρότητος, προερχομένη ἐκ Φινλανδίας. Οἱ G. E. Raiha καὶ M. Kaupinen (1963), ἐκ τῆς παρατηρήσεως καθ' ἣν ἐπὶ ἀγροτικοῦ πληθυσμοῦ ὁ ἀριθμὸς τῶν προώρων γεννήσεων εἶναι μι-

κρότερος ἢ ἐπὶ ἀστικοῦ πληθυσμοῦ, ὑποθέτουν ὅτι ὑφίσταται σχέσις μεταξὺ τῆς φυσικῆς ἰκανότητος τῆς κυοφορούσης καὶ τοῦ κινδύνου τῆς προωρότητος. Οἱ ἀνωτέρω ἐπεχείρησαν νὰ ἐκτιμήσουν τὴν φυσικὴν ἰκανότητα τῆς κυοφορούσης δι' ἀκτινολογικῆς μελέτης τοῦ καρδιακοῦ ὄγκου, διατείνονται δὲ ὅτι εἰς τὸ Ἐλσίνκι ἀπεδείχθη ἡ ὑπαρξις τῆς σχέσεως ταύτης, ἥτις δύναται νὰ τροποποιηθῇ ἐὰν οἱ ὄροι ζωῆς τῆς ἐγκύου προσαρμοσθοῦν πρὸς τὴν φυσικὴν αὐτῆς ἰκανότητα κατὰ τὴν κύησιν.

Τοκετὸς πρὸ τοῦ τέρατος ἐπὶ Rh ἀσυμβάτου κύησεως. Ὁ τοκετὸς ὀλίγας ἑβδομάδας πρὸ τοῦ φυσικοῦ τέρατος τῆς κύησεως, ἐπὶ Rh ἀσυμβάτου τοιαύτης, ἐφηρμόσθη ὑπὸ πολλῶν, συνεζητήθη τὰ μέγιστα καὶ σήμερον πλείστοι ἀμφισβητοῦν τὴν ἀξίαν τοιαύτης ἀγωγῆς. Μεταξὺ τούτων ὁ C. P. Goplerud (*J.A.M.A.*, 1963) μελετᾷ τὸ θέμα καὶ ἀναφέρει ὅτι τὸ ὕψος τῶν μητρικῶν ἀντισωμάτων δὲν ἀπηχεῖ τὴν γενικὴν κατάστασιν τοῦ ἐμβρύου, ἐπίσης δὲ ὅτι οὐδὲν κριτήριον ὑφίσταται ἰκανὸν νὰ καθορίσῃ μετὰ βεβαιότητος τὸν ἀκριβῆ χρόνον προκλήσεως τοῦ τοκετοῦ, ὥστε νὰ ἀποφενυχθῇ ὁ κίνδυνος ἐκ τῆς εἰμολυτικῆς νόσου, ἀλλὰ συγχρόνως καὶ ἐκ τῆς προωρότητος.

Προωρότης ἐπὶ μικροσώμων λαῶν. Ὁ ὀρισμὸς τοῦ προώρου εἶναι, ὡς γνωστόν, δυσχερῆς. Τὸ ὑφιστάμενον διαχωριστι-

κόν όριον τών 2.500 γρ. βάρους γεννήσεως δέν είναι ίκανοποιητικόν. Διότι εις τούς μικροσώμους λαούς τó όριον τούτο δέν συμβιβάζεται με τήν έννοιαν τής προωρότητας, τó αντίθετον δέ ίσχύει προκειμένου περι λαών μεγαλυτέρας σωματικής άναπτυξεως. Ούτω, κατά πρόσφατον στατιστικήν τού S. Walia (1963), εις τó Δελχι τών Ίνδιών τά 40,4% τών νεογνών έχουν βάρος μέχρι τού όριου τών 2.500 γραμ.

Άσφαλώς δέν είναι δυνατόν νά δεχθώμεν ότι τó μέγα τούτο ποσοστόν άφορά πρόωρα, ύπό εύρύτεραν έννοιαν.

Ύγρανσις τού περιβάλλοντος επί μικρού βάρους νεογνών. Οί A. Silverman και συνεργάται (*Pediatrics*, 1963) συνέκριναν τήν επίδρασιν χαμηλής και ύψηλης ύγρανσεως τής άτμοσφαιρας, ύπό τήν αυτήν θερμοκρασίαν, επί δύο ομάδων νεογνών μικρού βάρους και δέν διεπίστωσαν ουδεμίαν διαφοράν εις τó ποσοστόν επιβιώσεως αυτών.

Τραχειοοισοφαγικόν συρίγγιον άνευ άτρησίας τού οισοφάγου. Τó τραχειοοισοφαγικόν συρίγγιον συνοδεύεται κατά κανόνα ύπό άτρησίας τού οισοφάγου. Έν τούτοις είναι δυνατόν νά ύφίσταται και άνευ αυτής. Οί L. Christiaens, M. Lelong και συνεργάται (*Arch. Fr. de Péd.*, 1963), επ' ευκαιρία περιπτώσεώς των, δημοσιεύουν ένδιαφέρον άρθρον, εκ τού όποιου σημειούμεν τά κάτωθι:

Ή άνωμαλία αυτη είναι όλιγώτερον γνωστή λόγω τής σπανιότητος, τών διαγνωστικών δυσχερειών και τού γεγονότος ότι δέν είναι πάντοτε άσύμβατος με επιβίωσιν επί τина χρόνον. Έν τούτοις ή σοβαρότης τών επιπλοκών εκ τού αναπνευστικού συστήματος και ή τελική θνησιμότης επιβάλλον διαγνώσιν κατά τó δυνατόν πρώιμον και παραπομπήν εις τόν χειρουργόν.

Μέχρι τού 1962 ó αριθμός τών δημοσιευθεισών περιπτώσεων άνέρχεται εις 86. Ή άτρησία τού οισοφάγου συναντάται επί τών 97-99% τών συγγενών άνωμαλιών αυτου, ένώ τó μεμονωμένον τραχειοοισο-

φαγικόν συρίγγιον επί τού 1-3%. Ήπί 1.000.000 νεογνών αναλογεί μία περίπτωση μεμονωμένου συριγγίου και 24 περιπτώσεις μετ' άτρησίας.

Τά κλινικά διαγνωστικά εύρήματα είναι κυρίως τρία:

1) Βήξ και κυάνωσις δύο περίπου δευτερόλεπτα από τής έναρξεως τής καταπόσεως, ίδια δέ επί λήψεως υγρών, ως πάντοτε συμβαίνει επί νεογνών. Τó σύμπτωμα τούτο δύναται νά άποφευχθί δια τής χρήσεως καθητήρος ή δια χορηγήσεως πυκνής τροφής επί μεγαλυτέρων ατόμων. Ή άποβολή αφρόνων βλεννών, ήτις παρατηρείται επί άτρησίας, δέν ύφίσταται ένταύθα ή είναι κατά πολύ περιορισμένη.

2) Κλασσικόν άλλ' ουχι σταθερόν σημείον είναι ή γαστροεντερική διάτασις. Οσάκις αυτη επιτείνεται κατά τόν βήχα ή τó κλάμα, λαμβάνει άπόλυτον διαγνωστικήν αξίαν, εξηγεϊται δέ δια τής διόδου τού άερος πρós τās πεπτικές όδους μέσω τού συριγγίου.

3) Πνευμονικαί επιπλοκαί, εις τās όποιας όφείλεται και ή θνησιμότης. Συνιστάται προσεκτική άκρόασις πρò και μετá τήν κατάποσιν υγρών, ότε δυνατόν νά αναφανούν ρόχοι.

Αί κλινικαί αυται εκδηλώσεις επέρχονται συνήθως από τής πρώτης άποπειρας διατροφής, ένιοτε όμως και βραδυτέρον, ύφίστανται δέ και περιπτώσεις διαγνωσθείσαι κατά τήν ώριμον ήλικίαν. Ή βραδεία έναρξις τών συμπτωμάτων εξηγεϊται είτε εξ άποφράξεως τού συριγγώδους πόρου εκ τροφωδών μαζών ή πηγμάτων, είτε εκ προσκαίρου μεμβρανώδους άποφράξεως αυτου.

Αί παρακλινικαί μέθοδοι διαγνώσεως είναι αι ένδοσκοπικαί ως ή οισοφαγοσκόπησις, ή τραχειο-βρογχοσκόπησις, άλλή ή κατόπιν λήψεως κυανού τού μεθυλενίου, ότε επί συριγγίου τούτο άνευρίσκεται εις τās άεροφόρους όδους, ή και συνδυασμός οισοφαγοσκόπησεως και βρογχοσκόπησεως κατά διαφόρους ύποδείξεις. Αί μέθοδοι αυται είναι κατά τó πλείστον δυσχερείς. Ήπίσης και ó άκτινογραφικός έλεγχος κατά διαφόρους μεθόδους (οισο-

φαγογράφημα, τραχειογράφημα) δὲν ἔχει ἐπιτυχίαν παρὰ μόνον κατὰ 35%.

Σήμερον ἐφαρμόζεται ἀπλή μέθοδος, ἥτοι ἡ ἀκτινοκινηματογραφία, ἣτις ἐπενοήθη τὸ 1936 ὑπὸ τοῦ Jankeg καὶ ἣτις θεωρεῖται ἡ μέθοδος ἐκλογῆς διὰ τὴν μελέτην τῶν διαταραχῶν καταπόσεως. Πλεονεκτεῖ ἡ μέθοδος αὕτη, διότι εἶναι εὐχρηστος καὶ ἐπὶ νεογνῶν, ἀπαιτεῖ μικρὰν δόσιν ἀκτινοβολίας, ἡ δὲ μελέτη τῶν ἐδρη-

μάτων ἄτινα εἶναι φευγαλέα διευκολύνεται ἐκ τῆς ἀναλυτικῆς μελέτης μιᾶς ἐκάστης τῶν εἰκόνων τοῦ φιλμ καὶ τῆς συγκρίσεως πρὸς ἀλλήλας.

Ἡ θεραπεία τῆς ἀνωμαλίας εἶναι βεβαίως μόνον χειρουργική. Ἐπὶ μὴ ἐπεμβάσεως, ἡ θνησιμότης ἀνέρχεται εἰς 95%, ἡ δὲ ἐπιτυχία αὐτῆς ὑπολογίζεται εἰς 80%.

Κ. Ι. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ
Παιδίατρος Μ.Μ.Η.

ΔΙΕΘΝΗ ΝΕΑ

Η ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΙΣ ΤΩΝ ΕΚ ΓΕΝΕΤΗΣ ΕΛΑΤΤΩΜΑΤΩΝ

Ὁ τρόπος μὲ τὸν ὁποῖον γεννᾶται ἕνας ἄνθρωπος ἔχει ἀποδειχθῆ πὼς εἶναι ἕνα ἀπὸ τὰ περισσότερον μυστηριώδη καὶ ἐπικίνδυνα προβλήματα τῆς ζωῆς. Οἱ μῆνες πού προηγούνται τοῦ τοκετοῦ καὶ αἱ ἐβδομάδες πού ἀκολουθοῦν εἶναι ἡ περισσότερον κρίσιμος περίοδος, κατὰ τὴν ὁποίαν τὸ ὑπόψῃ-φιον νὰ γεννηθῆ βρέφος εἶναι δυνατόν νὰ ὑποστῇ ἐπιδράσεις, αἱ ὁποῖαι δυνατόν νὰ προκαλέσουν ἐλαττώματα ἢ ἀκόμη καὶ τὸν θάνατόν του.

Κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη, ἡ Ἀμερικανικὴ Κυβέρνησις, ὡς καὶ διάφοροι ἰδιωτικοὶ ὀργανισμοὶ εἰς τὰς Ἡνωμένας Πολιτείας, ἔθεσαν ὑπὸ τὴν αἰγίδα τῶν προγράμματα ἐρευνῶν εἰς τὸν τομέα τῶν ἐλαττωμάτων ἐκ γενετῆς. Ἀποτέλεσμα τῶν ἐρευνῶν αὐτῶν εἶναι ὅτι πολλὰ παιδιὰ πλέον εἰς ὀλόκληρον τὸν κόσμον ἔχουν τὴν δυνατότητα νὰ ζήσουν ὀμαλῆν παιδικὴν ἡλικίαν, τὴν ὁποίαν θὰ ἔστεροῦντο ἐὰν εἶχον τὴν ἀτυχίαν νὰ γεννηθοῦν ὀλίγα ἔτη ἐνωρίτερον.

Ἐπὶ παραδείγματι, εἰς τὴν περίπτωσιν τῆς ὑδροκεφαλίας, δηλαδὴ τῆς δημιουργίας μιᾶς ἐπὶ πλέον ποσότητος ὑγροῦ εἰς τὸν ἐγκέφαλον, ἔχει ἐπινοηθῆ προσφάτως μία μέθοδος διὰ τῆς ὁποίας, μὲ κατάλληλον χειρουργικὴν ἐπέμβασιν, τὸ ἐπὶ πλέον ὑγρὸν διοχετεύεται εἰς τὸ κυκλοφοριακὸν σύστημα τοῦ αἵματος τοῦ βρέφους, ἄνευ οὐδεμιᾶς δυσχεροῦς συνέπειας διὰ τὸ νεογέννητον.

Τὴν μέθοδον αὐτὴν ἐπενόησεν ὁ Δρ Εὐγ. Μπ. Σπίτς, ἀρχίατρος τῆς Νευροχειρουργικῆς Κλινικῆς Παίδων τῆς Φιλαδελφείας. Διὰ τῆς μεθόδου αὐτῆς ἔχουν χειρουργηθῆ περὶ τὰ 20.000 βρέφη καὶ παιδάκια εἰς μικρὰν ἡλικίαν εἰς ὀλόκληρον τὸν κόσμον. Τὰ παιδάκια αὐτὰ μεγαλώνουν κανονικῶς, ὅπως ὅλα τὰ ἄλλα, μὲ μόνον τὴν διαφορὰν ὅτι ἐπάνω ἀπὸ τὸ ἕνα τους αὐτὶ καὶ κάτω ἀπὸ τὸ δέρμα ὑπάρχει ἕνα μικρὸ πλαστικὸ σωληνάκι.

Μία ἄλλη περίπτωσις εἶναι ἐκείνη κατὰ τὴν ὁποίαν τὸ βρέφος γεννᾶται μὲ μίαν πάθυσιν εἰς τὸ ἦπαρ, ὡς ἐκ τῆς ὁποίας δὲν εἶναι δυνατὴ ἡ ἀφο-

μοίωσις τοῦ γαλακτοσακχαροῦ. Ἡ μὴ ἀφομοίωσις τῆς οὐσίας αὐτῆς ἐπιτρέπει τὴν δημιουργίαν ἐπιβλαβῶν χημικῶν οὐσιῶν εἰς τὸ σῶμα καὶ προκαλεῖ βλάβας εἰς τὸν ἐγκέφαλον. Πρὸ ὀλίγων μόλις ἐτῶν, ἡ διάγνωσις καὶ ἡ θεραπεία αὐτῆς καὶ ἄλλων συναφῶν παθήσεων ἦτο ἀδύνατος καὶ ὡς ἐκ τούτου καὶ ἡ παροχὴ οἰασθήποτε βοήθειας πρὸς τὸ πάσχον βρέφος. Ἡδῆ, ὁμως, τὸ 1963, ὁ Δρ Ἀρθουρ Ρόμπινσον ἐπενόησε μίαν ἀπλήν μέθοδον ἀναλύσεως τοῦ αἵματος, διὰ τῆς ὁποίας ἡ διάγνωσις τῆς παθήσεως αὐτῆς τοῦ ἥπατος εἶναι εὐκόλος καὶ δυνατὴ ἡ προσπάθεια τῆς θεραπείας τῆς.

Ἐπίσης ἐπενοήθησαν κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη πολλοὶ μέθοδοι ἐγκαιροῦ διαγνώσεως καὶ χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως διὰ τὴν θεραπείαν ἀνωμαλιῶν τῆς καρδίας. Διὰ τῶν μεθόδων αὐτῶν, δεκάδες χιλιάδες παιδιῶν, τὰ ὁποῖα ἦσαν ἄλλοτε καταδικασμένα, ἔχουν σωθῆ καὶ σώζονται καθημερινῶς εἰς ὅλον τὸν κόσμον. Νέαι μέθοδοι ἔχουν ὡσαύτως ἐπινοηθῆ ἀπὸ διαφόρους χειρουργούς, ὀστεολόγους, νευρολόγους καὶ φυσιοθεραπευτάς, διὰ τῶν ὁποίων εἶναι σήμερον δυνατὴ ἡ μερική ἢ ὀριστική θεραπεία ἀνθρώπων, οἱ ὁποῖοι ὑποφέρουν ἀπὸ παθήσεις τῆς σπονδυλικῆς στήλης.

Πολλὰ ἀπὸ τὰ ἐκ γενετῆς ἐλαττώματα εἶναι ἀποτελέσματα κληρονομικότητος ἢ ὀφείλονται εἰς «σφάλματα» τῆς φύσεως, περὶ τῶν ὁποίων πολὺ ὀλίγα γνωρίζει ἡ ἐπιστῆμη ἀκόμη καὶ σήμερον. Ἀλλὰ ἐξ αὐτῶν ὀφείλονται εἰς διαφόρους ἐξωτερικοὺς παράγοντας, ὡς π.χ. ἡ προσβολὴ τῆς ἐγκύου γυναίκης ἀπὸ μολυσματικὰς ἀσθενείας, ὡς ἡ ἱλαρὰ, ἢ ἡ ἐκθεσις τῆς εἰς οἰοδῆποτε εἶδος ραδιενεργείας, ἢ ἀκόμη ἡ λήψις ὀρισμένων φαρμάκων. Ἐν τούτοις, παρὰ τὰς συνεχεῖς ἐρευνας καὶ προσπάθειας, ἡ αἰτία τῶν περισσοτέρων ἐλαττωμάτων ἐκ γενετῆς παραμένει μυστηριώδης. Ἡ ἐπιστῆμη γνωρίζει ἐπίσης πάρα πολὺ ὀλίγα σχετικῶς μὲ τὸ θέμα τοῦ πρώτου τοκετοῦ.