



## Η ΔΥΣΜΕΝΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΙΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΔΙΑΒΗΤΟΥ ΕΠΙ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΙΣ ΑΥΤΗΣ \*

Ἰπό

Κ. ΠΑΔΙΑΤΕΛΛΗ καὶ Κ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ

### Παθογένεια

Ἡ κατὰ κανόνα σημαντικὴ πτώσις τοῦ ἐπιπέδου τοῦ σακχάρου τοῦ αἵματος ἐπὶ τῶν Ν.Δ.Μ. ἐθεωρήθη παλαιότερον ὑπευθυνος κατὰ κύριον λόγον τῶν νοσηρῶν φαινομένων ἄτινα ἐμφανίζονται ἐπὶ τῶν νεογνῶν τούτων. Ἐν τούτοις, σειρά παρατηρήσεων ἤλθε νὰ ἀνατρέψῃ κατὰ μέγιστον μέρος τὴν ἀνωτέρω ἐκδοχὴν. Οὕτω, πολλάκις παρατηρήθησαν σημαντικῶς χαμηλὰ ἐπίπεδα σακχάρου (15-40 mg.) εἰς νεογνά, χωρὶς ταῦτα νὰ ἐμφανίζουσι παθολογικὰς ἐκδηλώσεις. Ἐπίσης περιγράφονται βαρεῖαι κλινικαὶ ἐκδηλώσεις καὶ ἐπὶ Ν.Δ.Μ., εἰς ἄτινα τὸ σάκχαρον τοῦ αἵματος εὐρίσκειται εἰς τὰ φυσιολογικὰ σχεδὸν ὅρια, παρομοίας δὲ περιπτώσεις εἶχομεν καὶ ἡμεῖς τὴν εὐκαιρίαν νὰ παρατηρήσωμεν ἐπὶ Ν.Δ.Μ. γεννηθέντων ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ «Μαρίκα Ἡλιάδη».

Ὁ Cl. Smith παρατηρεῖ ὅτι θὰ ἦτο εὐκολον νὰ ὑποτεθῇ ὅτι ἡ χρονία ὑπεργλυκαιμία τῆς μητρὸς θὰ εἶχεν ὡς συνέπειαν ὑψηλὴν στάθμην γλυκόζης εἰς τὸ αἷμα τοῦ ἐμβρύου, τὸ γεγονός δὲ τοῦτο θὰ εἶχεν ὡς ἐπακόλουθον τὴν ἠϋξημένην παραγωγὴν ἰνσουλίνης ὑπ' αὐτοῦ. Ἡ ὑπόθεσις αὕτη, ἐνισχυομένη καὶ ἐκ τῶν φαινομένων ὑπερἰνσουλινισμοῦ κατὰ τὴν νεογνικὴν περίοδον καὶ τῆς συνυπαρχούσης ὑπερπλασίας τῶν κυττάρων τῶν νησίδων ἐπὶ τῶν νεογνῶν τούτων, φαίνεται ἐκ πρώτης ὄψεως ἀληθής. Ἐν τούτοις ὅμως αὕτη κλονίζεται ἐκ τοῦ

γεγονότος ὅτι ἡ αὔξησις τοῦ ἰστοῦ τῶν νησίδων εἶναι ἐπίσης μεγάλη καὶ ἐπὶ νεογνῶν ἐκ προδιαβητικῶν μητέρων, ἐνθα δὲν ὑφίσταται ὁ ὑποτιθέμενος παράγων τοῦ ἐρεθίσματος τοῆς μητρικῆς ὑπεργλυκαιμίας.

Σχετικὸν μὲ τὴν σχέσιν μητρικῆς καὶ ἐμβρυϊκῆς ἰνσουλίνης εἶναι τὸ ἐρώτημα ἐὰν ἡ ἰνσουλίνη διέρχεται ἢ ὄχι διὰ τοῦ πλακοῦντος πρὸς τὴν μίαν ἢ τὴν ἑτέραν κατεύθυνσιν. Περὶ αὐτοῦ δὲν ὑφίσταται εἰσέτι ὀριστικὴ ἀπόδειξις. Ἐπὶ κόνικλων, τῶν ὁποίων ὁ πλακοῦς ἔχει παρομοίαν ὕψην μὲ τὸν τῆς γυναικός, ἀπεδείχθη ὅτι ἡ ἰνσουλίνη διέρχεται ἐκ τῆς μητρὸς πρὸς τὸ ἔμβρυον, ἐπὶ ἀνθρώπων ὅμως οἱ Santos, Randre, καὶ McCance δὲν ἀνεῦρον ἰνσουλίνην εἰς τὸ ἐκ τοῦ λώρου λαμβανόμενον πλάσμα, ἐνῶ αὕτη ἀνιχνεύετο ἐπαρκῶς εἰς τὸ ταυτοχρόνως ἐξεταζόμενον πλάσμα τῆς μητρὸς.

Συγγραφεῖς τινες δέχονται ὅτι οἱ μορφολογικοὶ χαρακτῆρες τῶν Ν.Δ.Μ. ὀφείλονται εἰς ὑπερβολικὴν ἐπίδρασιν ἐπὶ τοῦ ἐμβρύου ὁρμονῶν τοῦ προσθίου λοβοῦ τῆς ὑποφύσεως καὶ τοῦ φλοιοῦ τῶν ἐπινεφριδίων τῆς μητρὸς, τὰ δὲ νοσηρὰ φαινόμενα τῶν πρώτων ἡμερῶν τὰ παρατηρούμενα ἐπὶ τῶν νεογνῶν τούτων ἀποδίδονται ὑπ' αὐτῶν εἰς τὴν αἰφνιδίαν μετὰ τὴν γέννησιν ἀποχώρισιν τοῦ ἐμβρύου ἐκ τοῦ περιβάλλοντος εἰς τὸ ὅποιον ὑφίστατο τὰς ἐπιδράσεις ταύτας. Ἡ διάπλασις τῶν Ν.Δ.Μ., ἥτις ἐνθυμίζει πάσχοντα ἐκ τῆς νόσου τοῦ Cushing ἢ ἀσθενεῖς λαμβάνοντας ἐπὶ μακρὸν κορτιζόνην, θέτει ἐρωτήματά τινα. Οἱ Wolf καὶ Jackson διεπίστωσαν ἠϋξη-

\* Συνέχεια ἐκ τοῦ προηγουμένου καὶ τέλος.

μένα ποσὰ ἀυξητικῆς ὁρμόνης καὶ γλυκοκορτικοειδῶν εἰς διαβητικὰς μητέρας. Ἡ ἀπόδοσις ὅμως τῶν μορφολογικῶν ἀλλοιώσεων τῶν τέκνων αὐτῶν εἰς τὰς διαταραχὰς ταύτας ἢ ἐτέρας παρομοίας φύσεως δὲν εὐσταθεῖ, καθ' ὅτι τὰ νεογνά τὰ προερχόμενα ἐκ μητέρων μεγαλαρχικῶν ἢ πασχουσῶν ἐκ νόσου Cushing δὲν ἐμφανίζουσι τὴν μορφολογίαν ταύτην.

Ἐπὶ τῆς συνθέσεως τῶν ἰστῶν τοῦ σώματος τῶν Ν.Δ.Μ. ὑφίστανται πλεῖστοι ἐργασίαι, ἐξ ὧν ἐξαιρετικῶς ἐνδιαφέροντος εἶναι τὰ εὐρήματα τῶν Osler καὶ Pedersen, ἅτινα ἐν συντομίᾳ παρατίθενται κατωτέρω. Τὸ ὀλικὸν ὕδωρ τοῦ σώματος ὑπελογίσθη ὑπ' αὐτῶν εἰς 70,2% τοῦ βάρους τοῦ σώματος, ἔναντι 78,2% ἐπὶ τῶν ἐξ ὑγιῶν μητέρων νεογνῶν, ἥτοι διαπιστοῦται οὐσιώδης μείωσις αὐτοῦ, παρὰ τὴν κλινικὴν ἐντύπωσιν καὶ τὴν κοινὴν ἀντίληψιν περὶ τοῦ ἀντιθέτου. Ἡ ἠλαττωμένη ὑδάτωσις τῶν νεογνῶν τούτων ὑποδηλοῖ καθ' αὐτοὺς τὴν ὑπαρξίν πλεονάσματος ἰστοῦ μὲ χαμηλὴν εἰς ὕδωρ περιεκτικότητα, τοῦτο δὲ προφανῶς εἶναι τὸ λίπος. Οἱ αὐτοὶ συγγραφεῖς καθορίζουσι τὸ πάχος τῆς πτυχῆς τοῦ δέρματος εἰς 6,3 χιλ., ἔναντι 4,4 χιλ. εἰς ἀναλόγου βάρους φυσιολογικὰ νεογνά, ἥτοι διαπιστώνουσι αὐξήσιν 43% εἰς τὰ Ν.Δ.Μ., τὴν ὁποῖαν ἀποδίδουσι εἰς ἐναπόθεσιν λίπους.

Ἡ κατανομή τοῦ ὕδατος ἐμφανίζει ἐπίσης ἐνδιαφέρον. Τὸ ἐξωκυττάριον ὑγρὸν ἐπὶ Ν.Δ.Μ. εἶναι ἠλαττωμένον εἰς 38,5% τοῦ βάρους σώματος, ἔναντι 44,9% ἐπὶ φυσιολογικῶν νεογνῶν. Τὸ ἐνδοκυττάριον ὕδωρ εὐρίσκεται, κατὰ τοὺς ἰδίους, μερικῶς ἠλαττωμένον εἰς 31,8%, ἔναντι 33,5% ἐπὶ φυσιολογικῶν νεογνῶν. Ὁ λιπώδης ἰστός τοῦ σώματος ἔχει χαμηλὴν περιεκτικότητα ὕδατος.

Τὸ ὀλικὸν ποσὸν οὖρων τῶν πρώτων 48 ὥρῶν ἐπὶ Ν.Δ.Μ. εἶναι οὐσιωδῶς ἠϋξημένον ἐν συγκρίσει μὲ φυσιολογικὰ νεογνά, ἐπίσης δὲ εἶναι ἠϋξημένη ἢ ἀποβολὴ ἀζώτου. Διὰ τῆς διασπάσεως τῶν ἀποθεμάτων πρωτεϊνῶν καὶ ὕδατανθράκων μετὰ τὴν γέννησιν, ἐπιτελεῖται μετακινήσις ὕδατος ἐκ τῶν ἐνδοκυττάριων πρὸς τοὺς ἐξωκυτ-

τάριους χώρους, ἀποβολὴ δὲ τούτου προκαλεῖ τὴν αὐξήσιν τοῦ ποσοῦ τῶν οὖρων. Οὕτω ἐξηγεῖται τὸ παράδοξον γεγονός τῆς μεγάλης ἀποβολῆς οὖρων, παρὰ τὴν χαμηλὴν εἰς ὕδωρ περιεκτικότητα τῶν ἰστῶν. Εἰς τὴν μετακίνησιν ταύτην τοῦ ὕδατος ἐκ τῶν ἐνδοκυττάριων πρὸς τοὺς ἐξωκυττάριους χώρους, ἥτις ἐπιτελεῖται ὀλίγας ὥρας μετὰ τὴν γέννησιν, ἀποδίδεται καὶ τὸ ὑποδόριον οἴδημα, τὸ ὁποῖον παρατηρεῖται ὄχι ἀμέσως μετὰ τὸν τοκετὸν ἀλλὰ ἀκριβῶς μετὰ τὴν πάροδον τῶν πρώτων ὥρῶν. Ἡ μετακινήσις αὕτη τοῦ ὕδατος προσθέτει ἐν ἐπὶ πλέον φορτίον εἰς τὴν καρδίαν καὶ τοὺς πνεύμονας καὶ δύναται νὰ ἀποτελέσῃ τὴν αἰτίαν ἐνάρξεως ἢ νὰ ἐπιτείνῃ τὴν ἀναπνευστικὴν δυσχέρειαν ἥτις εἶναι συνήθης ἐπὶ τῶν νεογνῶν τούτων. Οὐδόλως ἀπίθανον τὸ γεγονός τοῦτο νὰ ἀποτελῇ ἐν τῶν αἰτίων ἀναπτύξεως τοῦ συνδρόμου τῆς ὑαλίνης μεμβράνης εἰς τὴν προκειμένην περίπτωσιν.

Ἐν συμπεράσματι, ἐκ τῆς βιβλιογραφικῆς ἐρεῦνης προκύπτει ὅτι διὰ τὴν ἐρμηνεύειαν τῆς παθογενείας τῶν ἐκδηλώσεων ἐπὶ Ν.Δ.Μ. ἐπικρατοῦν τέσσαρες θεωρίαι: 1) Ἡ θεωρία τῆς ὑπεργλυκαιμίας-ὑπερινσουλινισμοῦ, 2) τῆς αὐξητικῆς ὁρμόνης, 3) τῆς ὑπερλειτουργίας τοῦ φλοιοῦ τῶν ἐπινεφριδίων, καὶ 4) ἡ γενετικὴ θεωρία.

Ἰδιαιτέραν σημασίαν κέκτηται ἡ ἐπίδρασις ἐπὶ τοῦ ἐμβρύου τῆς τοξιναιμικῆς καταστάσεως τῆς μητρὸς, ἥτις, ὡς ἐλέχθη, ἐπὶ διαβητικῶν μητέρων εἶναι συχνή. Μετὰ βεβαιότητος δύναται νὰ λεχθῇ ὅτι ἡ παθογένεια τῶν ἀλλοιώσεων τῶν παρατηρουμένων ἐπὶ τῶν Ν.Δ.Μ. δὲν ἔχει ἀπολύτως διευκρινισθῆ καὶ δέον νὰ θεωρητῆαι ὡς λίαν πολὺπλευρος, αἱ δὲ ὑφιστάμεναι ἀπόψεις, τὰ πειραματικὰ δεδομένα καὶ τὰ κλινικὰ, βιολογικὰ ἢ παθολογοανατομικὰ εὐρήματα, ρίπτουσι φῶς ἐπὶ τινῶν μόνον σημείων τῆς β-ληγῆς εἰκόνας.

### Πρόγνωσις διὰ τὸ ἔμβρυον καὶ τὸ νεογνόν

Ἡ πρόγνωσις, ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐπίδρασιν τῆς διαβητικῆς καταστάσεως τῆς μητρὸς ἐπὶ τοῦ ἐμβρύου ἢ τοῦ νεογνοῦ, ἐξαρτᾶται ἐκ πολλῶν παραγόντων. Κατὰ τὸν Janet καὶ ἄλλους συγγραφεῖς, ἡ πρόγνω-



σις ἐπιβαρύνεται: 1) Ἐκ τῆς κακῆς ρυθμίσεως τοῦ μητρικοῦ διαβήτου καὶ τῆς ἐλλείψεως συστηματικῆς παρακολούθησεως τῆς μητρὸς, ἰδιαίτερος κατὰ τοὺς τελευταίους μῆνας τῆς κυήσεως, πρὸς ἀποφυγὴν ὑψηλῆς σακχαραιμίας καὶ κετονουρίας, ἅτινα δυσμενῶς ἐπιδρῶν ἐπὶ τοῦ ἐμβρύου. 2) Ἐκ τῆς ὑπάρξεως παλαιοῦ διαβήτου τῆς μητρὸς, ἔνθα ἡ ἀνάπτυξις βαρειῶν ἀγγειακῶν διαταραχῶν ἔχει ἐκτὸς ἄλλων ὡς ἀποτέλεσμα τὴν ἰσχαιμίαν τοῦ πλακούντος. 3) Ἐκ τῆς ὑπάρξεως εἰς τὴν μητέρα ὁρμονικῶν διαταραχῶν ἀναλόγων μὲ τὰς ἐπὶ τοξιναιμίας τῆς κυήσεως παρατηρουμένων καὶ ἐκ τῆς ἐκδηλώσεως, γενικώτερον, τοξιναιμικῶν φαινομένων. 4) Ἐκ τῶν συνθηκῶν τοῦ τοκετοῦ, λόγῳ κυρίως τῆς δυσχερείας καὶ τῶν δυσἀρέστων συνεπειῶν τοῦ μεγάλου βάρους τοῦ ἐμβρύου. Καὶ 5) ἐκ τῆς ἡλικίας τοῦ ἐμβρύου κατὰ τὸν χρόνον τοῦ τοκετοῦ, τοῦ συμπληρώσαντος τὸν κανονικὸν χρόνον κυήσεως ἔχοντος δυσμενεστέραν πρόγνωσιν.

### Θεραπευτικὴ ἀγωγή

Ἡ προσπάθεια πρὸς ἀποφυγὴν τῶν δυσἀρέστων συνεπειῶν τοῦ μητρικοῦ διαβήτου ἐπὶ τοῦ ἐμβρύου καὶ τοῦ νεογνοῦ στρέφεται πρὸς τρεῖς κατευθύνσεις: τὴν δέουσαν ἀγωγὴν ἐπὶ τῆς ἐγκύου, τὴν ἀγωγὴν κατὰ τὸν τοκετὸν καὶ τὴν ἀγωγὴν ἐπὶ τοῦ νεογνοῦ. Διὰ τοῦτο καὶ ἐπιβάλλεται συνεργασία παθολόγου, μαιευτῆρος καὶ παιδιάτρου.

#### Ἀγωγή ἐπὶ τῆς ἐγκύου

Ἀπαιτεῖται συστηματικὴ ὑπὸ παθολόγου καὶ μαιευτῆρος παρακολούθησις τῆς ἐγκύου. Οἱ Pedersen καὶ Brandstrup δίδουν τὸ κάτωθι σχῆμα. Ἐξέτασις τῆς μητρὸς ἀνά τρεῖς ἐβδομάδας τοὺς τέσσαρας πρῶτους μῆνας καὶ ἐν συνεχείᾳ ἅπαξ τῆς ἐβδομάδος. Ὅκτω ἐβδομάδας περίπου πρὸ τῆς ὑποτιθεμένης ἡμέρας τοκετοῦ, εἰσάγεται εἰς μαιευτικὴν κλινικὴν, ἔνθα παραμένει μέχρι τοῦ τοκετοῦ. Οὐσιῶδες εἶναι ὅπως ὁ διαβήτης ἐλέγχεται καὶ θεραπεύεται συστηματικῶς, ἰδίᾳ κατὰ τοὺς τελευταίους μῆνας τῆς κυήσεως. Ἡ διαίτα περιλαμβάνει χορήγησιν τροφῆς θερμιδικῆς ἀξίας

περίπου 1900 θερμίδων, ἀποτελουμένης ἐξ 80-90 γρ. πρωτεϊνῶν, 175-200 γρ. ὑδατανθράκων καὶ 80 γρ. περίπου λίπους, ἐπιπροσθέτως δὲ χορηγοῦνται βιταμῖναι, σίδηρος, καὶ ἀσβέστιον. Διὰ τῆς καταλλήλου διαίτης καὶ τῆς χρήσεως ἰνσουλίνης, ἐπιτυγχάνεται ἡ ρύθμισις τοῦ ἐπιπέδου σακχάρου αἵματος. Οἱ συγγραφεῖς οὗτοι, καθὼς καὶ ἕτεροι, συνιστοῦν τὴν χρῆσιν οὐδετέρας προταμινοῦχου ἰνσουλίνης παρατεταμένης δράσεως, ἐν συνδυασμῷ μὲ συνήθη κρυσταλλικὴν ἰνσουλίνην εἰς δόσεις ἐξαρτημένας ἀπὸ τὰς ἐκάστοτε τιμὰς σακχάρου αἵματος. Πρὸς καταπολέμησιν τῆς τοξιναιμίας, τοῦ ὕδραμνίου καὶ τῶν οἰδημάτων συνιστᾶται περιορισμὸς τοῦ μαγειρικοῦ ἁλατος καὶ χρῆσις ἀτοξικῶν διουρητικῶν.

Ἡ ἐπίβλεψις καὶ ἡ θεραπεία τῆς μητρὸς δέον ὅπως εἶναι μακρὰ καθ' ὅλην τὴν διάρκειαν τῆς κυήσεως. Ἐκ στατιστικῆς τῶν ἀνωτέρω ἐπὶ 157 περιπτώσεων βραχυχρονίου θεραπείας τῶν ἐτῶν 1926-1945 ἡ ἐμβρυϊκὴ θνησιμότης ἀνῆλθε εἰς 33%, ἐνῶ ἀντιθέτως μεθεραπείαν μακρᾶς διαρκείας ἐπὶ 130 περιπτώσεων τῶν ἐτῶν 1946-1955 παρατηρήθη μείωσις τῆς ἐμβρυϊκῆς θνησιμότητος εἰς τὰ 10%. Διὰ τῆς θεραπείας μακρᾶς διαρκείας ἐπετεύχθη ὑψηλότερα στάθμη σακχάρου αἵματος εἰς τὰ νεογνά, τὸ βάρος αὐτῶν ἦτο γενικῶς μικρότερον, ἔδιδον τὴν ἐντύπωσιν περισσότερον φυσιολογικῶν νεογνῶν, ἦσαν ἀνθεκτικώτερα, τὸ δὲ ποσὸν τοῦ ἐναμνίου ὑγροῦ ἦτο ὀλιγώτερον.

Ἐνδιαφέρον προεκάλεσαν αἱ ἐργασίαι τῆς P. White σχετικῶς μὲ τὴν ἀντιμετώπισιν τῶν κινδύνων τοῦ μητρικοῦ διαβήτου διὰ τὸ ἐμβρυον καὶ τὸ νεογνόν. Αὕτη παραδέχεται ὅτι ὁ πλέον ἐπιβλαβὴς παράγων εἶναι ἐν προκειμένῳ ἡ διαταραχὴ τῶν γεννητικῶν ὁρμονῶν. Ἐξ αὐτοῦ ὁρμωμένη ἐπεχείρησε τὴν θεραπείαν δι' οἰστρογόνων καὶ προγεστερόνης καὶ ἀναφέρει ὅτι ἐπὶ 175 περιπτώσεων ἡ νεογνικὴ θνησιμότης κατῆλθεν εἰς 10% καὶ συγχρόνως ἡ ἀναλογία προώρων τοκετῶν εἰς τὴν ὑπὸ θεραπείαν ὁμάδα κατῆλθεν εἰς 15% ἔναντι 50% τῆς ἄνευ θεραπείας ὁμάδος ἐλέγχου. Τὰ πορίσματα ταῦτα εἶναι δεκτὰ ὑπὸ τινων. Οὕτω

ὁ Williams (1959) δέχεται ὅτι ἡ χρῆσις τῶν γεννητικῶν ὁρμονῶν ἐπὶ τῆς διαβητικῆς ἐγκύου ἐξασκεῖ ἀγγειοδιασταλτικὴν δράσιν ἐπὶ τῶν διαβητικῶν διαταραχῶν διαματώσεως καὶ προκαλεῖται ἀναστολὴ τῆς ἐκκρίσεως ἀλξητικῆς ὁρμόνης ὑπὸ τοῦ II. Λ. τῆς ὑποφύσεως, ἐπίσης δὲ ἐπηρεάζεται καλῶς καὶ ἡ τοξιναιμικὴ κατάστασις τῆς ἐγκύου διαβητικῆς γυναικός. Οἱ πλεῖστοι ὅμως τῶν συγγραφέων δὲν δέχονται σήμερον τὰ πορίσματα ταῦτα, καὶ ἡ δι' ὁρμονῶν θεραπεία κατὰ τὸ πλεῖστον ἐγκαταλείφθη, ἢ τοῦλάχιστον περιορίσθη ἐκεῖ ἐνθα ὑφίστανται διαταραχαὶ τοῦ ὁρμονικοῦ ἰσοζυγίου. Νεώτεροι ἐρευνοὶ δὲν ἐπεβεβαίωσαν τὰ ἀνωτέρω εὐρήματα, καὶ δὲν διεπιστώθη σαφῆς διαφορὰ μεταξύ τῆς ὑπὸ θεραπείαν δι' ὁρμονῶν ομάδος καὶ τῆς ομάδος ἄνευ θεραπείας.

#### Ἐπιμελὴ κατὰ τὸν τοκετὸν

Ἐπὶ τὸ σημεῖον τοῦτου δὲν εἰσερχόμεθα εἰς λεπτομερείας, ἀναφέρομεν δὲ κυρίως ὅ, τι νομίζομεν ὅτι ἀφορᾷ τὸν παιδίατρον. Εἶναι δεκτὸν σήμερον ὅτι, ἐὰν ἡ κύησις ἀφεθῆ νὰ ἐξελιχθῆ ὁμαλῶς ἄνευ ἰατρικῆς παρεμβάσεως ὅσον ἀφορᾷ τὸν χρόνον τοῦ τοκετοῦ, οὗτος συνήθως ἐπιτελεῖται ἀφ' ἑαυτοῦ κατὰ τινὰς ἐβδομάδας ἐνωρίτερον, τὰ νεογνά δὲ εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην ἔχουν καλυτέραν πρόγνωσιν, παρὰ τὴν ἐπιβάρυνσιν ἐκ τῆς προωρότητος, ἢ ἐὰν ἐγεννηντο ἐν πλήρει ἔτρηματι. Τὸ σύνολον σχεδὸν τῶν συγγραφέων συνιστᾷ σήμερον τὴν ἐπίσπευσιν τοῦ χρόνου τοῦ τοκετοῦ κατὰ τινὰς ἐβδομάδας. Οἱ πλεῖστοι δέχονται ὡς πλεόν κατάλληλον χρόνον διὰ τὸν τοκετὸν τὴν 35ην ἢ 36ην ἐβδομάδα κυήσεως, ἕτεροι δὲ συνιστοῦν κατὰ τι ἀργότερον, ἀλλὰ οὐχὶ πέραν τῆς 37ης-38ης ἐβδομάδος. Ἡ ἐκλογὴ τοῦ εἴδους τοῦ τοκετοῦ ἀποτελεῖ θέμα καθαρῶς μαιευτικόν. Ἡ πλειονότης προτιμᾷ σήμερον τὴν καισαρικὴν τομὴν, λαμβανομένων ὑπ' ὄψιν τῶν κινδύνων ἐκ τῆς δυσαναλογίας συνεπέιας τῆς ὑπερμέτρου συνήθως σωματικῆς διαπλάσεως τοῦ ἐμβρύου, καθὼς ἐπίσης καὶ τοῦ μεγαλυτέρου κινδύνου ἐκ τοῦ Stress κατὰ τὸν φυσιολογικὸν τοκετὸν ἐπὶ τῶν εὐπαθῶν τούτων νεογνῶν. Ὑπὸ οὐδε-

νὸς ἀμφισβητεῖται ἡ ἀπόλυτος ἐνδείξις διὰ καισαρικὴν τομὴν ἐπὶ μακροσωμίας τοῦ ἐμβρύου. Κατὰ τὴν ἡμέραν τοῦ τοκετοῦ ἀποφεύγεται ἡ χρῆσις ἰνσουλίνης ὑπὸ τῆς μητρὸς, τινὲς δὲ συνιστοῦν κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ ἐγγυσιν ἐνδοφλεβίως στάγδην διαλύματος δεξτρόζης 10% εἰς τὴν μητέρα, καθὼς καὶ χορήγησιν  $O_2$ . Εὐνόητος ἡ μεγίστη ἀξία τῆς φειδοῦς καὶ τῆς μεγίστης προσοχῆς εἰς τὴν χρῆσιν ἀναισθητικῶν ἢ ἄλλων φαρμάκων.

#### Ἐπιμελὴ ἐπὶ τοῦ νεογνοῦ

Λόγῳ τῆς ἐξαιρετικῆς εὐπαθείας τῶν Ν.Δ.Μ., ἐπιβάλλεται περίθαλψις τούτων ὑπὸ τοὺς αὐτοὺς ὄρους καὶ τὰς ἰδίας προφυλάξεις, ὡς καὶ διὰ τὰ πρόωρα νεογνά. Οἱ βίαιοι χειρισμοὶ κατὰ τὴν ἀνάληψιν ἀποφεύγονται καὶ ἡ ἀφαίρεσις ὑγρῶν ἐκ τῶν ἀνωτέρων ἀναπνευστικῶν ὁδῶν καὶ τοῦ στομάχου δεόν ὅπως διενεργῆται μετὰ μεγίστης ἐπιμελείας καὶ δι' ἡπίων μέσων. Ἐν συνεχείᾳ τὸ νεογνὸν τοποθετεῖται ἐντός θερμοκοιτίδος, καὶ ἀποφεύγονται αἱ περιτταὶ ὀχλήσεις καὶ οἱ ἀσκοποὶ χειρισμοί.

Θεωροῦμεν σκόπιμον τὴν χορήγησιν χαμηλῆς ἀναλογίας ὑγρανθέντος  $O_2$  κατὰ τὰς πρώτας 48 ὥρας ἐπὶ καλῶς ἐχόντων νεογνῶν ἐκ διαβητικῶν μητέρων. Ὑπὸ τινῶν (Shaffer, Parmelee καὶ ἄλλων) δὲν συνιστᾶται ἡ χρῆσις  $O_2$  εἰμὴ μόνον ἐπὶ ἐμφανίσεως κυανώσεως ἢ ἐπὶ σημείων ἐνάρξεως ἀναπνευστικῆς δυσχερείας. Ἐτεροὶ ἀναφέρουν ὅτι ἐπὶ χορηγήσεως δεξυγόνου εἰς μεγάλην πυκνότητα, ὑφίσταται ὁ κίνδυνος ἀναπτύξεως ὀπισθοφακικῆς ἰνοπλασίας, ὡς καὶ ἐπὶ πρόωρων.

Ἐπίσης θεωροῦμεν ὅτι χαμηλὸν ποσοστὸν ὑγρασίας εἰς τὸ περιβάλλον προσφέρει ὑπηρεσίας ἀπὸ τῆς πλευρᾶς τῆς μειώσεως τῶν κινδύνων ἐμφανίσεως ἐπιπλοκῶν ἐκ τῶν πνευμόνων. Καὶ ἐπὶ τοῦ σημείου τούτου ὅμως ὑφίσταται διαφωνία. Οὕτω, ὁ Shaffer καὶ ἄλλοι δὲν συνιστοῦν τὴν ὑγρασίαν εἰς τὸ περιβάλλον εἰμὴ μόνον ἐπὶ ἐμφανίσεως ἀναπνευστικῆς δυσχερείας ἢ φαινομένων ὑαλίνης μεμβράνης, ἐνῶ ἕτεροι, ἀντιθέτως, ὡς ὁ Parmelee, συνιστοῦν ἀτιμόσφαιραν ὑψηλῆς ὑγρασίας.



Ἡ χορήγησις διαλύματος γλυκόζης Peros θεωρεῖται γενικῶς ἐπιβεβλημένη, ἰδίᾳ ἐφ' ὅσον διαπιστοῦται εἰς τὸ νεογνὸν πτώσις τοῦ ἐπιπέδου σακχάρου κάτω τῶν 40 mg. %. Ὁ Reardon καὶ ἄλλοι συνιστοῦν χορήγησιν μίγματος διαλύματος γλυκόζης 10% καὶ NaCl 0,45% Peros, ὁ δὲ Parmelee καὶ ἄλλοι χορηγοῦν διάλυμα γλυκόζης 5% μετὰ NaCl 0,45% εἰς δόσιν περίπου 70 γραμ. κατὰ χιλιόγραμμον ἡμερησίως, πρὸς καταπολέμησιν τῆς ὀξέσεως. Πρὸς ἀποφυγὴν χορηγήσεως μεγάλων σχετικῶν ποσοτήτων ὑγρῶν, προτιμᾶται ὑπὸ τινων ἡ χρῆσις πυκνοτέρων διαλυμάτων σακχάρου Peros καὶ εἰς μικροτέραν ποσότητα, ὡς π.χ. διαλ. δεξτρόζης 50% εἰς δόσιν 5-10 cc. ἀνὰ 1-2 ὥρας κατὰ τὰς 2 ἢ τρεῖς πρώτας ἡμέρας. Ἐὰν τὸ ἐπίπεδον γλυκόζης αἵματος εἶναι κάτω τῶν 20 mgr., συνιστᾶται ἡ χορήγησις γλυκαγόνου<sup>1</sup> (Cornblath καὶ ἄλλοι), διὰ τοῦ ὁποίου ἐπιτυγχάνεται μονιμωτέρα ἀνοδος τοῦ ἐπιπέδου σακχάρου.

Ἐκτός τοῦ διαλύματος γλυκόζης καὶ NaCl δὲν χορηγοῦνται ἕτερα ὑγρά ἢ γάλα πρὸ τῆς παρελεύσεως ἐνὸς ἢ καὶ δύο 24 ὥρων, τοῦτο δὲ κυρίως πρὸς ὑποβοήθησιν

1. Τὸ γλυκαγόνον ἢ ὑπεργλυκαιμικὸς ἢ γλυκογονολυτικὸς παράγων εἶναι δυσδιάλυτος πρωτεΐνη, παραγομένη ὑπὸ τῶν ἄλφα κυττάρων τοῦ παγκρέατος, δύναται δὲ νὰ ἀπομονωθῇ ἐξ αὐτοῦ ὡς καὶ ἐκ τμημάτων τοῦ γαστρικοῦ ἢ ἐντερικοῦ βλενογόνου, οὐγὶ ὁμως ἐξ ἄλλων ἰστών. Ἡ οὐσία αὕτη εὐρίσκεται ἐν προσμίξει μὲ ὠρισμένα σκευάσματα ἰνσουλίνης, ἔνθα ἡ παρουσία αὐτῆς ἐξαρτᾶται ἐκ

τοῦ νεογνοῦ διὰ τὴν ἀπαλλαγὴν του ἐκ τοῦ οἰδήματος τὸ ὁποῖον προκαλεῖται καθ' ἑνὸν τρόπον ἐξετέθη.

Ἡ χορήγησις ἀλάτων Ca θεωρεῖται ἐπιβεβλημένη, λόγῳ τῆς διαπιστωθείσης σημαντικῆς ὑπασβεστιαμίας εἰς ἱκανὸν ποσοστὸν περιπτώσεων καὶ τοῦ κινδύνου ἐμφανίσεως ἐκδηλώσεων τετανίας. Συνιστᾶται ἐπίσης ἡ χορήγησις καλιούχων σκευασμάτων.

Ἡ προληπτικὴ χρῆσις ἀντιβιοτικῶν δὲν φαίνεται νὰ προσφέρῃ ἰδιαιτέραν τινὰ ὑπηρεσίαν, ἐφ' ὅσον ἡ περιθάλψις εἶναι ἡ δέουσα καὶ μὲ τὴν προϋπόθεσιν τῆς ἐπαγρυπνήσεως ἐπὶ τῆς καταστάσεως τοῦ νεογνοῦ καὶ ἰδιαιτέρως ἐπὶ τοῦ ἀναπνευστικοῦ συστήματος.

Μητρικὸς διαβήτης καὶ θηλασμός

Ἐπὶ ρυθμιζομένου ἢ ἐλαφροῦ μητρικοῦ διαβήτου, ἀνευ ἀξιολόγων ἐπιπλοκῶν, οὐδεμία ὑφίσταται ἀντένδειξις διὰ τὸν θηλασμόν, τοῦλάχιστον θεωρητικῶς. Δεδομένου ὁμως ὅτι περιεγράφησαν περιπτώσεις ἐπιδεινώσεως κατόπιν θηλασμοῦ, νομίζομεν ὅτι εἶναι προτιμότερον νὰ προσφεύγωμεν εἰς τὴν τεχνητὴν διατροφήν τοῦ βρέφους.

τῆς μεθόδου κρυσταλλοποιήσεως αὐτῶν. Ἡ μικρᾶς διαρκείας ὑπεργλυκαιμία, ἥτις παρετηρήθη εὐθὺς μετὰ τὴν ἔνεσιν τοιούτων σκευασμάτων, ὀφείλεται εἰς τὴν παρουσίαν τοῦ γλυκαγόνου. Ἡ ὑπεργλυκαιμικὴ ιδιότης αὐτοῦ ὀφείλεται εἰς ἐνδοπατικὴν διάσπασιν γλυκαγόνου, ἐνῶ δὲν διασπᾶ τὸ γλυκαγόνον τῶν μυῶν. Ἡ ἐξέυρεσις γλυκαγόνου δὲν εἶναι εὐχερής, ἰδίᾳ παρ' ἡμῖν.

## ΠΟΛΥΤΕΚΝΟΣ ΜΙΑ ΦΟΡΑ!

Στὸ Κρατικὸ Νοσοκομεῖο τῶν Χανίων, μιὰ χωρική, ἀπὸ τὶς Βρυῆς Ἀποκορώνου, σύζυγος πτωχοῦ ἐργάτου, ἐγέννησε τελευταίως τὸ 14ο τέκνο της, ἓνα γεροδεμένο ἀγοράκι. Σημειωτέον ὅτι ὅλα τὰ παιδιὰ τῆς ἐντυχισμένης αὐτῆς μητέρας βρίσκονται στὴ ζωὴ, ὁ δὲ πρωτότοκος, ἡλικίας 22 ἐτῶν, ὀνόματι Γιώργος, ὑπηρετεῖ στρατιώτης στὴ Σπάρτη. Μετὰ τὸν Γιώργο, ἔρχονται κατὰ σειρὰν: ἡ Μαρίκα 19 ἐτῶν, ὁ Μανούσος 18, ἡ Ἄννα 17, ἡ Ἀσπασία 15, ὁ Γιάννης 13, ὁ Παναγιώτης 11, ὁ Παῦλος 10, ὁ Σήφης 8, ἡ Καλλιόπη 7, ὁ Λευτέρης 5, ὁ Σταῦρος 3, ἡ Εἰρήνη 2 καὶ τὸ ἀρτιγέννητο ἀγοράκι. Ἡ πολύτεκνη μητέρα εἶναι σύζυγος τοῦ Ἰωάννου Χαλκιαδάκη, ἐτῶν 44, ὀνομάζεται Ἐλένη καὶ εἶναι σήμερα 40 ἐτῶν.