



ΑΙ ΕΠΙ ΤΩΝ ΒΡΕΦΩΝ ΕΙΔΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ ΕΡΥΘΡΟΔΕΡΜΙΑΣ

Υπό

ΑΡ. Κ. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ

Υφηγητοῦ τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν

Καλοῦμεν ἐρυθροδερμίαν ἐξάνθημα φλεγμονῶδες ὀλοκλήρου τῆς ἐπιφανείας τοῦ δέρματος μετ' ἐπιμόνου ἐρυθρότητος καὶ ἀπολεπίσεως.

Αἱ διάφοροι μορφαὶ τῆς ἐρυθροδερμίας αἱ ὁποῖαι ἀπαντοῦν ἐπὶ τῶν ἐνηλίκων δυνατὸν κατ' ἐξαιρέσιν νὰ παρουσιασθοῦν καὶ ἐπὶ τῶν παιδῶν. Ἄλλ' εἰδικῶς ἐπὶ βρεφῶν ἐμφανίζονται δύο ἰδιαιτεροὶ μορφαὶ ἐρυθροδερμίας, αἱ ὁποῖαι περιγράφονται κατωτέρω. Πλὴν τούτων, ἀπαντοῦν ἐπίσης ἐπὶ βρεφῶν: α) ἡ φολιδωτὴ ἀπολεπίσις τῶν νεογνῶν, ἥτις εἶναι ἀπλή αὔξησις τῆς ἐπ' αὐτῶν φυσιολογικῶς παρατηρουμένης ἀπολεπίσεως. Σπανιώτατα ἡ ἀπολεπίσις αὕτη εἶναι λίαν ἐκσεσημασμένη καὶ ἀποτελεῖ τὸν ὑπὸ τῶν Grass καὶ Törok (1895) περιγραφέντα τύπον τῆς κολλοειδοῦς δερματίτιδος· β) ἡ ἰχθυοειδής τοῦ ἐμβρύου ἢ τὸ καλούμενον κακόηθες διάχυτον κέρατωμα, πάντοτε θανατηφόρον· γ) ἡ συγγενῆς ἰχθυοειδής ἐρυθροδερμία, καὶ δ) ἡ συγγενῆς ἐπιδερμολυσία, ἡ ὁποία σπανιώτατα λαμβάνει τὸν χαρακτήρα τῆς ἐρυθροδερμίας.

Αἱ ἐπὶ τῶν βρεφῶν εἰδικαὶ μορφαὶ ἐρυθροδερμίας εἶναι δύο :

1. Ἡ ἀπολεπιστικὴ ἐρυθροδερμία τῶν Leiner Moussous.

Αὕτη περιεγράφη τὸ πρῶτον ὑπὸ τοῦ Darier κατὰ τὸ ἔτος 1904· ἀκολούθως ὑπὸ τοῦ Moussous ἐν Bordeaux τὸ 1905 καὶ ὑπὸ τοῦ Leiner τῆς Βιέννης τὸ 1907. Ἐκτοτε, τὰ περιστατικὰ ἐπολλαπλασιάσθησαν, καὶ δι' ἐν Εὐρώπῃ.

Συμπτωματολογία: ἡ νόσος παρουσιάζεται κατὰ τὰς 5 πρῶτας ἐβδομάδας τῆς ζωῆς τοῦ βρέφους. Τὸ ἐξάνθημα ἄρχεται ἀπὸ τῆς κορυφῆς τῆς κεφαλῆς ἢ ἀπὸ τοῦ πρωκτοῦ ἢ καὶ ἀπὸ τὰς δύο ταύτας χώρας συγχρόνως. Καὶ κατὰ μὲν τὴν κορυφὴν τῆς κεφαλῆς ἐμφανίζεται ἐρυθρότης τοῦ δέρματος καλυπτομένη ὑπὸ ἀφθῶνων, παχέων καὶ λιπαρῶν λεπίων, ὁμοιάζουσα τὴν σημηματοροϊκὴν παρακεράτωσιν. Ὅμοιοι βλάβαι παρουσιάζονται ἐνίοτε καὶ κατὰ τὴν ρίζαν τῆς ρινός· αὗται ἐπεκτείνονται πρὸς τὸ μέτωπον καὶ τελικῶς ἐνοῦνται μετὰ τῶν βλαβῶν τοῦ τριχωτοῦ τῆς κεφαλῆς. Δυνατὸν νὰ συνυπάρχη καὶ ὀπισθωτιαῖον παράτριμμα. Κατὰ δὲ τὸν πρωκτὸν παρουσιάζονται βλάβαι ὅμοιοι παρατρίμματος, αἱ ὁποῖαι ἐπεκτείνονται καὶ κατὰ τὰς μικρογεννητικὰς πτυχάς. Αἱ πρῶται βλάβαι σπανίως ἐμφανίζονται κατὰ τὸν ὀμφαλόν. Τὸ ἐξάνθημα ἐπεκτείνεται ταχέως, καὶ ἐντὸς ὀλίγων ἡμερῶν καταλαμβάνει ὀλόκληρον τὴν ἐπιφάνειαν τοῦ δέρματος. Τότε τὸ δέσμα καθίσταται ζωηρῶς ἐρυθρόν, ὀστρακιοειδές καὶ καλύπτεται ὑπὸ λιπαρῶν λεπίων, τὰ ὁποῖα ἀναπαράγονται διαρκῶς. Τὰ λέπια ὅμως διαφέρουν ἀναλόγως τῆς χώρας. Οὕτως, κατὰ μὲν τὸ τριχωτὸν τῆς κεφαλῆς εἶναι ἄφθονα καὶ περιβάλλον τοῦτο δίκην καλύπτρας, κατὰ δὲ τὸ πρόσωπον εἶναι λεπτά, ἀλευρώδη, κατὰ τὸν κορμὸν τέλος εἶναι φοιλιδωτά. Συνήθως συνυπάρχει ἀλωπεκία τοῦ τριχωτοῦ τῆς κεφαλῆς καὶ εὐθραυστότης τῶν ὀνύχων. Κνησμός δὲν σημειοῦται. Συχνάκις συνδυάζεται μετ' αἰτοπον δερματίτιδα, σπασμωδικὴν

ρινίτιδα ἢ ἄλλας ἀλλεργικὰς ἐκδηλώσεις. Ἡ γενικὴ κατάστασις παραμένει καλή. Εἰς τὸ αἷμα ἔχομεν λευκοκυττάρωσιν συνήθως, σπανίως ἑωσινοφιλίαν. Αἱ ἐπιπλοκαὶ εἶναι σπάνιαι, π.χ. ἡ ἐπιπεφυκίτις, κερατίτις, στοματίτις, ἔντερτιτις, ὠτίτις, βρογχοπνευμονία, σηψαιμία. Συχνάκις ἐπιμολύνεται ὑπὸ πυογόνων κόκκων, ὅτε προκαλεῖται διόγκωσις τῶν λεμφογαγγλίων, ἐνίοτε πυουρηχία.

Ἡ ἐξέλιξις ἄλλοτε ἤτο μᾶλλον δυσμενῆς, θανατηφόρος ἐπὶ 35-40% τῶν περιπτώσεων· σήμερον εἶναι καλοήθης, θανατηφόρος μόνον ἐπὶ 2% τῶν περιπτώσεων, καὶ δὴ μετ' ἐπιπλοκὴν τινά. Δυνατὸν νὰ παρουσιάσῃ διαδοχικὰς ἐκθύσεις, τελικῶς ὅμως μετὰ πάροδον 2-4 μηνῶν ὑποχωρεῖ.

Ἰστολογικῶς παρουσιάζει τὴν χαρακτηριστικὴν εἰκόνα τοῦ σμηγματορροϊκοῦ ἐκζέματος.

Ἡ αἰτιοπαθογονία παραμένει ἄγνωστος εἰσέτι. Προσβάλλει ἀδιακρίτως ἄρρενα καὶ θήλεα, καὶ δὴ βρέφη ἐξαιρέτου ὑγείας. Τινὲς ἐνοχοποίησαν τὸν θηλασμόν, ὅμως αἱ πεπτικαὶ διαταραχαὶ εἶναι ἐπουσιώδεις συνήθως. Θεωρεῖται μᾶλλον σύνδρομον, καὶ δὴ σχετικῶς συχνόν. Ὑπὲρ τῆς λοιμώξεως συνηγοροῦν αἱ εἰς βρεφοκομεῖα σημειούμεναι ἐπιδημίαι, ὡς καὶ ἡ ἐπωφελῆς δρᾶσις τῶν ἀντισηπτικῶν. Διάφοροι ἐρευνηταί, κατόπιν ἱστολογικῆς ἐξετάσεως τεμαχίων τοῦ δέρματος ἢ μικροσκοπικῶν ἐξετάσεων τοῦ γάλακτος καὶ τῶν κοπράνων ἢ μετ' ἐνδοδερμικὰς ἀντιδράσεις διὰ διαφόρων μικροβίων, ἀλλὰ καὶ ἐκ τῶν κλινικοθεραπευτικῶν παρατηρήσεων δι' ἐμβολίων, κατέληξαν εἰς τὸ συμπέρασμα ὅτι ὀφείλεται εἰς διάφορα μικρόβια. Οὕτω ὁ μὲν Leiner τὴν ἀποδίδει εἰς τὸν σταφυλόκοκκον, ὁ δὲ Sabouraud εἰς τὸν στρεπτόκοκκον, ὁ Montlar εἰς τὸν ἐντερόκοκκον, ὁ Woringer εἰς μύκητας. Ἄγνωστον ὅμως εἶναι ὀφείλεται εἰς ἓν μόνον μικρόβιον ἢ εἰς συνδυασμὸν ὄλων ἢ τινῶν τῶν ἀνωτέρω μικροβίων. Πιθανῶς παίζει ρόλον καὶ τὸ ἔδαφος. Τὴν ἐπιμόλυνσιν ἀπέδωσαν εἰς ἔλλειψιν

βιταμινῶν, καὶ δὴ τῆς βιοτίνης. Ἐνοχοποίησαν ἐπίσης τὴν κακὴν διατροφήν ἢ διαταραχὰς τῆς ἀπορροφήσεως συνεπείᾳ πεπτικῶν βλαβῶν ἢ τὴν εὐπάθειαν τοῦ δέρματος, λόγῳ τῆς κληρονομικῶς μεταβιβαζομένης σμηγματορροϊκῆς καταστάσεως κατὰ τοὺς μὲν, λόγῳ ἐξιδρωματικῆς διαθέσεως κατὰ τοὺς δέ.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις θὰ γίνη: α) ἀπὸ τὸ βρεφικὸν ἐκζεμα, τὸ ὁποῖον ἐμφανίζεται καθ' ἡν ἡλικίαν ἐξαφανίζεται ἢ L.M. Τὸ ἐκζεμα ἄλλοτε παρουσιάζει ὑφύγρωσιν καὶ συνοδεύεται ὑπὸ κνησμοῦ καὶ ἑωσινοφιλίας· β) ἀπὸ ἐρυθροδερμίας κατόπιν γενικευθέντος ἐκζέματος, σπανιωτάτης οὐσης· γ) ἀπὸ τοῦ γλουτιαίου παρατρίμματος, καὶ δ) ἀπὸ τῆς ἐτέρας μορφῆς ἐρυθροδερμίας, περὶ ἧς ἄμεως.

2. Ἡ ἐρυθροδερμία τοῦ Ritter von Rittershain

Αὕτη περιεγράφη τὸ πρῶτον κατὰ τὸ ἔτος 1888 ὑπὸ τοῦ ἀνωτέρω συγγραφέως ἐν Πράγα, εἶναι δὲ σχετικῶς σπανία νόσος. Παρουσιάζεται ἐπὶ βρεφῶν, ἡλικίας 1-5 ἐβδομάδων, ὅπως καὶ ἡ L.M. Τὸ ἐξάνθημα ἄρχειται περὶ τὸ στόμα μὲ ραγάδας ἢ κατὰ τὸν πάγωνα ἢ σπανιώτερον κατωτέρω, ἀποτελεῖται δὲ ἐξ ἐρυθρηματωδῶν πλακῶν, ποικίλων διαστάσεων, διηθημένων μετὰ φουσαλλίδων καὶ πομφόλυγων. Τάχιστα, ἤτοι ἐντὸς 3-4 ἡμερῶν, τὸ ἐξάνθημα γενικεύεται. Τότε αἱ χεῖρες καὶ οἱ πόδες παρουσιάζουν ἄφθονα, παχέα λέπια, ἅτινα καλύπτουν δέρμα στίλβον, λεῖον, ὀστρακιοειδές. Ἀντιθέτως, κατὰ τὰς περιτοματικὰς χώρας τὸ δέρμα ὑγρῶσσει καὶ παρουσιάζει εὐρέα ὑγρά λέπια, ὡς καὶ διαβρώσεις καλυπτομένης ὑπὸ ἐφελκίδων. Σπανιώτερον ἐμφανίζονται πομφόλυγες, σπανιώτατα δὲ εὐρεῖται ἀποκολλήσεις τῆς ἐπιδερμίδος. Τὸ σημεῖον Nikolsky εἶναι θετικόν, ἀλλ' οὐχὶ πάντοτε.

Ἐπιπλοκαί: Συνήθης εἶναι ἡ πυοδερματίτις, λεμφαδενίτις, ἐπιπεφυκίτις, ρινίτις, στοματίτις. Ἡ γενικὴ κατάστασις εἶναι βαρεῖα, μὲ πυρετὸν 40°, ἀφυδάτωσιν καὶ ἐνίοτε ἔντονα τοξικὰ συμπτώματα.

Ἡ νόσος, μὴ θεραπευομένη, λήγει εἰς θάνατον ἐντὸς ἡμερῶν τινων.

Αἰτιολογία: Προσβάλλει γενικῶς βρέφη θηλάζοντα καὶ μεῖζαιρέτον ὑγείαν. Κατὰ τὸν Harold N. Cole καὶ ἄλλους Ἀγγλοσάξονας συγγραφεῖς θεωρεῖται βαρεῖα μορφή τῆς L.M. Κατὰ τὸν Gaté ἀποτελεῖ ἰδιαιτέραν μορφήν τῆς ἐπιδημικῆς πέμφιγος, ὑπὲρ τῆς ὁποίας συνηγοροῦν αἱ εἰς βρεφοκομεῖα περιγραφεῖσαι ἐπιδημῖαι. Πιθανῶς πρόκειται περὶ λοιμώξεως ὀφειλομένης εἰς τὸν στρεπτόκοκκον ἢ σταφυλόκοκκον, καὶ δὴ ἐπὶ εὐπαθοῦς ἐδάφους με στερητικὴν νόσον τῆς θρέψεως.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις θά γίνῃ ἀπὸ τῆς L.M., ἀπὸ τοῦ μολυσματικοῦ κηρίου, τῆς συφιλιδικῆς πέμφιγος, πομφολυγῶδους ἐπίδερμολυσίας καὶ ἀπὸ τοῦ συνδρόμου τοῦ Aldrich. Τοῦτο περιεγράφη ἐσχάτως (1954), εἶναι κληρονομικόν, ὑπολειπομένου τύπου, προσβάλλει τὰ παιδιά μόνον καὶ χαρακτηρίζεται ὑπὸ θρομβοκυτταροπενικῆς πορφύρας καὶ ἐκζεματοειδοῦς δερματίτιδος, ἥτις δύ-

ναται νὰ μεταπέσῃ εἰς ἐρυθροδερμίαν με πυώδη ὠτίτιδα καὶ αἵματηρὰν διάρροϊαν. Τὸ σύνδρομον τοῦτο, παρὰ τὴν κορτικοθεραπείαν καὶ σπληνεκτομήν, λήγει εἰς θάνατον.

Ἱστολογικῶς ἡ R.R. παρουσιάζει βλάβας κοινὰς με ἐνδοεπιδερμικὰς πομφόλυγας καὶ ἐνίοτε σημαντικὴν περιαγγειακὴν διήθησιν.

Θεραπεία: Ἐπὶ τῆς L.M. συνιστᾶται συνεργασία δερματολόγου με παιδίατρον. Λαμβάνονται μέτρα ὑγιεινοδαιτητικά. Τὰ ἐσώρουχα, πρὸς ἀποφυγὴν ἐμβροχῆς, ἀλλάσσονται συχνά. Τὰ ἐνδύματα καὶ τὰ κλινოსκεσπάσματα ἀπολυμαίνονται. Ὁ θηλασμός ἐπὶ ἐλαχίστων δυσπεπτικῶν σημείων δὲν διακόπτεται. Τὸ γάλα τῆς ἀγελάδος, ἐφ' ὅσον τὸ βρέφος δὲν ἔχει ἔκδηλα δυσπεπτικὰ σημεῖα, δὲν ἀντικαθίσταται. Ἐπὶ τῆς R.R. με κακὴν γενικὴν κατάστασιν χορηγοῦμεν ἐπὶ πλέον ἀντιβιοτικά, ὡς καὶ βιταμίνην Β, καὶ δὴ τὴν βιοτίνην ἐν ἀνάγκῃ, καταφεύγομεν εἰς μεταγγίσεις.

ΑΠΟ ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ

Α) Ποῖα τὰ καθήκοντα τῆς Μαίας κατὰ τὴν παρακολούθησιν ἐγκύου γυναικός;

1) Ἡ προσπάθεια πρὸς ἀποβολὴν τοῦ φόβου τῆς ἐγκύου, διὰ τῆς ἐπεξηγήσεως τῆς φυσιολογίας τῆς κνήσεως καὶ τοῦ τοκετοῦ. Διὰ τῆς προσωπικότητός της ἡ Μαία πρέπει νὰ ἀποκτᾷ τὴν πλήρη ἐμπιστοσύνην τῆς ἐγκύου πρὸς αὐτὴν καὶ νὰ ἐμπνέῃ τὸ ἀίσθημα ἀσφαλείας εἰς τὴν ἐπίτοκον.

2) Ἡ παροχὴ πλήρων καὶ σαφῶν ὁδηγῶν εἰς ὅτι ἀφορᾷ τὴν ὑγιεινὴν καὶ δαιτητικὴν ἀγωγὴν τῆς ἐγκύου, μετὰ καθορισμὸν τῆς πιθανῆς ἡμερομηνίας τοῦ τοκετοῦ.

3) Ἡ ἀναζήτησις τῶν τυχόν ὑπαρχόντων ὀξέων ἢ χρονίων νοσημάτων, ὡς ὁ διαβήτης, ἡ ἀναιμία, ἡ πνειλίτις, ἡ T.B., ἡ φλεβίτις, αἱ καρδιαπάθειαι καὶ ἰδίως τὰ ἀφροδίσια νοσήματα.

4) Ἡ διάγνωσις καὶ θεραπεία παθολογικῶν καταστάσεων τῆς κνήσεως, ὅπως ἡ ἀπειλουμένη ἐκβολή, ἡ ὑπερέμεσις, αἱ αἱμορραγίαι καὶ ἡ τοξιναιμία τῆς κνήσεως.

5) Ἡ ἀναζήτησις τῶν τυχόν ἀνωμάτων σχημάτων, προβολῶν καὶ θέσεων τοῦ ἐμβρύου.

6) Ὁ ἔγκαιρος καθορισμὸς τυχόν ὑπαρχούσης δυσαναλογίας.

7) Ἡ ὀργάνωσις τοῦ χώρου διὰ τὴν διεξαγωγὴν τοῦ τοκετοῦ καὶ ἡ λήψις μέτρων διὰ τὴν με-

ταφορὰν εἰς τὸ Νοσοκομεῖον, ἐφ' ὅσον ὑπάρχουν δυσμενεῖς συνθήκαι διὰ τὸν κατ' οἶκον τοκετόν.

Β) Διὰ τὴν ἐκλήρυσιν ὄλων τῶν ἀνωτέρω καθήκόντων τῆς, πόσας φορὰς ἡ Μαία θά πρέπει νὰ ἐξετάζῃ τὴν ἐγκύον;

Ἡ ἐγκυος πρέπει νὰ ἐξετάζεται ἀπὸ τὴν Μαίαν κάθε μῆνα ἕως τὸν 6ον μῆνα, κάθε 15θήμερον ἕως τὸν 8ον μῆνα καὶ κάθε ἐβδομάδα τὸν τελευταῖον μῆνα, ἐφ' ὅσον ἡ ἐγκυμοσύνη εἶναι φυσιολογική.

Ἐχόντες προγραμματίσει τὴν συχνότητα τῆς παρακολουθήσεως τῆς ἐγκύου εἰς τὸ τέλειον μέτρον τῆς καλῆς παρακολουθήσεως, ὡς ἴδωμεν τώρα ποῖαι εἶναι αἱ βασικαὶ ἐξετάσεις τὰς ὁποίας ἡ Μαία πρέπει νὰ κἀνῃ διὰ κάθε ἐγκυον:

1) Ἡ λήψις πλήρους ἱστορικοῦ (ἀτομικῶν-κληρονομικῶν).

2) Ἡ κοιλιακὴ ψηλάφησις καὶ ὁ καθορισμὸς προβολῆς, θέσεως, βαθμοῦ ἐμπεδώσεως τῆς σφαλίουσῆς μοίρας.

3) Ἡ λήψις τῆς ἀρτηριακῆς πιέσεως.

4) Ἡ περιοδικὴ ἐξέτασις τῶν οὖρων διὰ λεύκωμα.

5) Ἡ ἐξέτασις τοῦ αἵματος διὰ: α) Rhesus, β) ὀμάδα αἵματος, γ) Wassermann-Kahn, δ) ἐρυθρά-λευκὰ αἰμοσφαίρια-αἰμοσφαιρίνην, ε) σάκχαρον.

6) Ἡ περιοδικὴ παρακολούθησις τοῦ βάρους τῆς ἐγκύου.