



ΜΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΩΣ ΤΟΥ ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΟΣ

Υπό

KRISHNA MENON

Μία ἐκ τῶν συνήθων αἰτιῶν αἱμορραγίας κατὰ τὴν ἐγκυμοσύνην εἶναι ὁ προδρομικὸς πλακοῦς. Ἡ ἔλευσις τῶν ἀντιβιοτικῶν, ἡ ἴδρυσις τραπεζῶν αἵματος, ἡ πρόοδος εἰς τὴν νάρκωσιν καὶ ἡ καλυτέρα κατανόησις τῶν μαιευτικῶν προβλημάτων ἔχουν μεταβάλει εἰς μεγάλην ἔκτασιν τὸν τρόπον ἀντιμετώπισεως τῆς ἐπιπλοκῆς ταύτης, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν σημαντικὴν ἐλάττωσιν τῆς μητρικῆς καὶ περιγεννητικῆς θνησιμότητος.

Χάρις εἰς τὰς ἐργασίας τῶν Johnson καὶ Macafee, ἡ θεραπευτικὴ ἀντιμετώπισις τοῦ προδρομικοῦ πλακοῦντος ἔχει τυποποιηθῆ, καὶ εἰς χεῖρας μαιευτῶν οἱ ὅποιοι διαθέτουν ὅλες τῖς εὐκολίας ἢ μὲν μητρικὴ θνησιμότης ἔχει ἐλαττωθῆ εἰς ὀλιγώτερον τοῦ 1%, ἐὰν ὄχι μηδενισθῆ, ἢ δὲ περιγεννητικὴ τοιαύτη εἰς ποσοστὸν μικρότερον τοῦ 10%.

Ὁ σκοπὸς τῆς ἀνακοινώσεως αὐτῆς εἶναι νὰ παρῶσιν μίαν κριτικὴν ἐκτίμησιν τῶν μεταβαλλομένων τάσεων εἰς τὴν ἀντιμετώπισιν τοῦ προδρομικοῦ πλακοῦντος ἀπὸ τὸ 1929 ἕως τὸ 1961 (περίοδος 33 ἐτῶν):

Τὰ 33 αὐτὰ ἔτη διηρέθησαν εἰς τέσσαρας περιόδους:

1) Ἡ πρώτη περίοδος ἐκτείνεται ἀπὸ τὸ 1929 μέχρι τοῦ 1940 συμπεριλαμβανομένου. Ἡ περίοδος αὕτη χαρακτηρίζεται ἐκ τῆς ἐλλείψεως τραπεζῶν αἵματος καὶ ἀντιβιοτικῶν. Τὰ δύο τελευταῖα ἔτη ἐχρησιμοποιήθησαν αἱ σουλφοναμίδια.

2) Ἡ δευτέρα περίοδος (1941-1947). Κατ' αὐτὴν ἐχρησιμοποιήθησαν αἱ σουλφοναμίδια καὶ κατὰ τὸ τέ-

λος τῆς περιόδου ἡ πενικιλίνη εἰς πολὺ περιορισμένην ποσότητα. Ἡ μετάγγις αἵματος μόλις εἶχεν ἀρχίσει νὰ ἐφαρμόζεται ὑπὸ μορφὴν ὀργανωμένην (τράπεζα αἵματος).

3) Ἡ τρίτη περίοδος (1948-1953). Ὅλαι αἱ νεώτεροι μέθοδοι ἐχρησιμοποιήθησαν εἰς περιορισμένην ἔκτασιν.

4) Ἡ τέταρτη περίοδος (1954-1961). Αὕτη χαρακτηρίζεται ἐκ τῆς πλῆρους ὀργανώσεως τῶν ὑπηρεσιῶν αἰμοδοσίας καὶ τῆς εὐρείας χρήσεως ἀντιβιοτικῶν. Ἰσχυρότερα ἀντιβιοτικὰ φάρμακα τίθενται εἰς εὐρεῖαν χρῆσιν. Εἰς ταῦτα δέον νὰ προστεθῆ καὶ ἡ ἐπείγουσα παιδιατρικὴ θεραπευτικὴ, ἡ ὁποία ἔρχεται νὰ συμπληρώσῃ τὸ μαιευτικὸν ἔργον, ἐπιφέρουσα βελτίωσιν εἰς τοὺς συντελεστὰς τῆς περιγεννητικῆς θνησιμότητος. Αἱ ἀνωτέρω σημαντικαὶ ἐξελίξεις δικαιολογοῦν τὴν διαίρεσιν εἰς τὰς τέσσαρας ὡς ἄνω περιόδους.

Κατὰ τὴν διάρκειαν τῶν 33 αὐτῶν ἐτῶν ἔλαβον χώραν 237.185 τοκετοί, μεταξὺ τῶν ὁποίων 1.157 περιπτώσεις προδρομικοῦ πλακοῦντος, ἤτοι συχνότης 1 : 205. Ὡς προδρομικὸς πλακοῦς ἐχαρακτηρίζετο πᾶσα περίπτωσις καθ' ἣν ὁ πλακοῦς ἐψηλαφᾶτο διὰ τῆς κολπικῆς ἐξετάσεως.

Χρόνος ἐνάρξεως τῆς αἱμορραγίας

Ἡ πρωιμώτερα αἱμορραγία ἐπῆλθε κατὰ τὴν 24ην ἑβδομάδα.

Εἰς τὰ 70,2% ἡ αἱμορραγία ἤρχισεν ὅταν ἡ ἐγκυμοσύνη ἦτο μικροτέρα τῶν 36 ἑβδομάδων καὶ εἰς τὰ 31,7% ὅταν αὕτη ἦτο μικροτέρα τῶν 32 ἑβδομάδων.

Ἐναρξίς αἱμορραγίας ἐν σχέσει πρὸς

τάς διαφόρους μορφάς προδρομικοῦ πλακοῦντος:

Εἰς τὰ 66,6% τῶν περιπτώσεων ὑπῆρχε πλαγία χαμηλὴ ἢ παραχειλιος πρόσφυσις πλακοῦντος καὶ εἰς τὰ 33,4% ὁ πλακοῦς ἦτο ἐπιχειλιος ἢ ἐπιπωματικός. Ἐπὶ ἐπιχειλίου ἢ ἐπιπωματικοῦ πλακοῦντος καὶ εἰς ποσοστὸν 63,2% ἡ αἰμορραγία ἤρχισεν ἔνωρίτερον τῆς 36ης ἐβδομάδος, ἐπὶ πλαγίας δὲ χαμηλῆς προσφύσεως ἢ παραχειλίου τὸ ποσοστὸν ἦτο 47,7%.

Προβολαί

Ἴνιακὴ 82%, ἰσχυακὴ 15,8%, ἐγκάρσιον σχῆμα 2%· ὑπῆρχον 6 δίδυμοι κῆσεις, καὶ προεκπλαψία παρετηρήθη εἰς 11,2%.

Αἰμορραγία καὶ εἰσαγωγή εἰς τὸ Νοσοκομεῖον

Διὰ τὰς δύο πρώτας χρονικὰς περιόδους δὲν ὑφίστανται στοιχεῖα.

Διὰ τὴν τρίτην καὶ τετάρτην περίοδον ὑφίστανται τὰ κάτωθι: α) 65% εἰσηλθον κατὰ τὴν πρώτην ἐμφάνισιν τῆς αἰμορραγίας, β) 25% κατὰ τὴν δευτέραν, γ) 6% κατὰ τὴν τρίτην, καὶ δ) 4% μετὰ διαλείπουσαν αἰμόρροϊαν 4-5 ἡμερῶν.

Ἡ παράλειψις ἐκ μέρους τῶν ἀσθενῶν νὰ ἀναφέρουν εἰς τὸ Νοσοκομεῖον τὴν ἐμφάνισιν τῆς πρώτης αἰμορραγίας ἀποτελεῖ παράγοντα ἐπιδιδῶντα ἐπὶ τῆς προγνώσεως.

58% τῶν ἀσθενῶν προσῆλθον μὲ πτώσιν τῆς πίεσεως εἰς τὰ ἐπίπεδα τοῦ shock· 8% προσῆλθον μὲ ἀρνητικούς παλμούς.

Διάγνωσις

Εἰς τὰς δύο πρώτας χρονικὰς περιόδους ἡ διάγνωσις ἐγένετο ὑπὸ τοῦ πρώτου ἐξετάζοντος Ἰατροῦ ἢ Μαιίας, ἐκ τοῦ ἱστορικοῦ καὶ τῆς κολπικῆς ἐξετάσεως. Ἡ τελευταία αὕτη ἐπαναλαμβάνετο διὰ διαγνωστικούς λόγους ἅμα τῇ εἰσόδῳ εἰς τὸ Νοσοκομεῖον.

Κατὰ τὴν τρίτην καὶ τετάρτην περίοδον ἡ κολπικὴ ἐξετάσις διὰ διαγνωστικούς λόγους κατηργήθη καὶ ἐπιτρέπεται μόνον ὀλίγον πρὸ τῆς στιγμῆς τῆς περατώσεως τῆς ἐγκυμοσύνης. Ἡ διάγνωσις

τοῦ προδρομικοῦ πλακοῦντος γίνεται ἐκ τοῦ ἱστορικοῦ, βεβαίως, καὶ διὰ τῆς ἀκτινολογικῆς ἐξετάσεως (πλακουντογραφία). Τοῦτο ἀποτελεῖ σημαντικὴν βελτίωσιν.

Ἀντιμετώπισις

Ἐφίστανται δύο τρόποι αντιμετώπισεως τοῦ προδρομικοῦ πλακοῦντος: Ἡ δὲ ἀναμονὴ συντηρητικὴ ἀγωγή καὶ ἡ ἐνεργητικὴ τοιαύτη. Ἡ πρώτη ἐβελτίωσε σημαντικῶς τὴν ἐμβρυϊκὴν θνησιμότητα. Ἐνῶ δὲ ὁ τρόπος αὐτὸς αντιμετώπισεως ἀπετέλει κατὰ τὰς δύο πρώτας περιόδους ποσοστὸν 4%, κατὰ τὰς δύο τελευταίας ἐξειλίχθη εἰς ποσοστὸν 40%.

Συντηρητικὴ ἀγωγή

Διὰ νὰ ἔχη κανεὶς τὰ καλύτερα ἀποτελέσματα ἐκ τῆς ἀγωγῆς ταύτης, πρέπει νὰ τὴν συνεχίσῃ τοῦλάχιστον μέχρι τῆς 38ης ἐβδομάδος, ἐφ' ὅσον φυσικὰ δὲν ὑφίσταται κίνδυνος διὰ τὴν μητέρα. Ἡ διάρκεια τῆς ἀναμονῆς θὰ ἐξαρτηθῇ ἐκ δύο σπουδαίων παραγόντων: 1) τῆς ἡλικίας τῆς ἐγκυμοσύνης κατὰ τὴν πρώτην ἐμφάνισιν τῆς αἰμορραγίας, καὶ 2) τῆς συχνότητος καὶ σοβαρότητος τῶν ἐπακολουθουσῶν αἰμορραγιῶν. Ἐὰν ἡ αἰμορραγία ἀρχίσῃ ἐνωρὶς (τὸ τρίτον τρίμηνον) ἢ ἐπέρχωνται ἔστω καὶ ἦπια ἀλλὰ συχναὶ αἰμορραγίαι, δὲν θὰ καταστῇ δυνατὸν νὰ ἀναμένῃ κανεὶς χωρὶς κίνδυνον διὰ τὴν μητέρα. Ἐξ ἄλλου, ἂν ἡ πρώτη ἐμφάνισις ἐπέλθῃ πρὸς τὸ τέλος τοῦ τρίτου τριμήνου, τότε δύναται νὰ ἀναμένῃ κανεὶς, διότι τὸ ἀπαιτούμενον χρονικὸν διάστημα θὰ εἶναι πολὺ βραχύ.

Ὁ Thomson λέγει ὅτι σπανίως ἡ πρώτη αἰμορραγία ἐκ προδρομικοῦ πλακοῦντος εἶναι μοιραία, πρᾶγμα ὅμως ὄχι ἐντελῶς ἀληθές, προκειμένου μάλιστα περὶ ὑποαναπτύκτων πληθυσμῶν μὲ κακὰς συνθήκας διατροφῆς, ἀναιμίας, φυματίωσιν κτλ. Εἰς τὴν σειρὰν τῶν περιπτώσεων, ἐννέα μητέρες ἀπέθανον πρὸ τοῦ τοκετοῦ.

Ἡ ἀγωγή ἀναμονῆς ἐτέθη εἰς ἐφαρμογὴν κατὰ τὴν τελευταίαν περίοδον. Εἰς τὰ 92% τῶν περιπτώσεων ἡ κῆσις ἐτερματίσθη ἐντὸς 15 ἡμερῶν ἀπὸ τῆς ἐνάρ-

ξεως τῆς αἱμορραγίας, ἀνεξαρτήτως ἡλικίας. Εἰς αὐτὴν τὴν ὁμάδα τῶν 164 ἀσθενῶν ὑπὸ συντηρητικὴν ἀγωγὴν, τὰ 50% εὐρίσκοντο μεταξὺ 28ης καὶ 34ης ἑβδομάδος. Ὅταν ἤρχισεν ἡ αἱμορραγία καὶ εἰς τὰς 32 ἀσθενεῖς, ἡ κύησις ἐπρεπε νὰ τερματισθῆ πρὸ τῆς 36ης ἑβδομάδος. Εἰς τὰ ὑπόλοιπα 50% ἡ κύησις εὐρίσκετο μεταξὺ 34ης καὶ 38ης ἑβδομάδος. Ἐχει γενικῶς υἰοθετηθῆ ἡ τακτικὴ τοῦ τερματισμοῦ τῆς ἐγκυμοσύνης στερεοτύπως μετὰ τὴν 38ην ἑβδομάδα καὶ ἐπὶ ἀπουσίας ἀκόμη τῆς αἱμορραγίας. Τοῦτο βέβαια ἔχει ὡς ἀποτέλεσμα τὴν αὐξήσιν τοῦ ποσοστοῦ τῶν πρόωρων ἐμβρύων. Ἐνεκα τούτου, αἱ περιπτώσεις ἐπιλέγονται προσεκτικὰ, καὶ ἐὰν ἐπιβεβαιωθῆ ἡ ὑπαρξίς προδρομικοῦ πλακοῦντος μετὰ τὴν 38ην ἑβδομάδα ἢ ἐπέλθῃ ἐν τῷ μεταξὺ αἱμορραγία, τότε ἡ ἐγκυμοσύνη τερματίζεται, ἢ ἐὰν δὲν συμβῆ τοιοῦτον τι, ἡ γυναῖκα ἀφίεται ἡσυχῇ ὑπὸ προσεκτικὴν παρακολούθησιν.

Ἐνεργητικὴ ἀγωγή

Ὅταν ἀποφασισθῆ ὁ τερματισμὸς τῆς ἐγκυμοσύνης, οὗτος ἐπιχειρεῖται εἴτε κοιλιακῶς εἴτε κοιλικῶς. Κατὰ τὰς δύο πρώτας περιόδους, ἡ καισαρική τομὴ ἀπεφεύγετο ἀκόμη καὶ ἐπὶ ἐπιπωματικοῦ πλακοῦντος, λόγῳ τῆς μεγάλης μητρικῆς θνησιμότητος, ὁ δὲ τοκετὸς διεκπεραιούτο ἐκ τῶν κάτω διὰ διαφόρων ἐπεμβάσεων (ὡς ἡ ἔλξις ἐπὶ τοῦ τριχωτοῦ τῆς κεφαλῆς δι' εἰδικῆς λαβίδος, ὁ μεικτὸς μετασχηματισμὸς, ὁ ἐσωτερικὸς τοιοῦτος μετ' ἐξελκυσμοῦ), κατὰ τὰς ὁποίας ὁμως ἐπεμβάσεις ἡ ἀσθενὴς αἱμορραγοῦσεν ἀφθόνως.

Μὲ τὴν πρόδον τῆς χειρουργικῆς, τὴν ἐφαρμογὴν τῆς μεταγγίσεως καὶ τὴν ἐμφάνισιν τῶν ἀντιβιοτικῶν, ἤρχισε κατὰ τὴν τρίτην περίδον ἡ εὐρύτερα ἐφαρμογὴ τῆς καισαρικῆς τομῆς ἐν συνδυασμῷ μὲ τὴν συντηρητικὴν ἀγωγὴν, κατὰ δὲ τὴν τελευταίαν περίδον ὑφίσταται ἡ τάσις νὰ καταφεύγωμεν εἰς αὐτὴν εἰς περιπτώσεις ἐπιπωματικοῦ πλακοῦντος, ἀνεξαρτήτως τῆς καταστάσεως τοῦ ἐμβρύου

νεκροῦ ἢ ζῶντος, μὲ σκοπὸν τὴν σωτηρίαν τῆς μητρὸς. Ἐπίσης ἐπὶ μὴ τελείων μορφῶν προδρομικοῦ πλακοῦντος (πλαγία, χαμηλὴ καὶ παραχείλιος πρόσφυσις), αὐτὴ ἐκτελεῖται διὰ τὴν σωτηρίαν τοῦ ἐμβρύου. Ἄπαντα ταῦτα ἔδειξαν, ὅτι ἡ καισαρική τομὴ ἀποτελεῖ τὴν ἀσφαλεστέραν ἀγωγὴν διὰ τὴν μητέρα, ἰδίᾳ ἐπὶ ἐπιπωματικοῦ προδρομικοῦ πλακοῦντος.

Κολπικὸς τοκετὸς

Ἐκ τῶν 1.157 ἀσθενῶν, 13 ἀπεβίωσαν κατὰ τὸν τοκετόν. Μεταξὺ τῶν ὑπολοίπων, εἰς 766 ὁ τοκετὸς ἔλαβε χώραν ἐκ τῶν κάτω διὰ διαφόρων ἐπεμβάσεων ὡς ἡ τεχνητὴ ρήξις τῶν ὑμένων, ἡ ἔλξις ἐκ τοῦ τριχωτοῦ τῆς κεφαλῆς, ὁ μεικτὸς μετασχηματισμὸς κλπ. Κατὰ τὴν τελευταίαν περίδον ἤρχισεν ἐφαρμοζομένη ἡ συνεχῆς στάγδην ἐνδοφλεβίως ἔγχυσις Pitocin 2-5 μον. ἐντὸς 500 c.c. ὄρου, ὁσάκις αἱ ὠδίνες ἦσαν ἀσθενεῖς ἢ ὅταν δὲν ἤρχισεν ὁ τοκετὸς 2-3 ὥρας μετὰ τὴν T.P.O. Ρήξις τῆς μήτρας δὲν παρετηρήθη ἐκ τῆς ἀγωγῆς ταύτης. Ἡ ἔλξις ἐκ τοῦ τριχωτοῦ τῆς κεφαλῆς ἔχει ἐγκαταλειφθῆ κατὰ τὴν τελευταίαν περίδον, ἐνίοτε ὁμως χρησιμεύει διὰ τὴν περιστολὴν τῆς αἱμορραγίας, ὅταν αὐτὴ δὲν εἶναι σοβαρὰ καὶ ὅταν τὸ ἐμβρυον εἶναι νεκρόν, ὁπότε ἀποφεύγεται ἡ καισαρική τομὴ. Λοιμῶς δὲν παρετηρήθη ἐκ τῆς χρήσεώς της. Ἐπεμβάσεις ὡς ὁ ἐσωτερικὸς μετασχηματισμὸς ἢ ὁ μεικτὸς τοιοῦτος δὲν ἐκτελοῦνται πλέον παρὰ μόνον ὁσάκις πρόκειται περὶ τοκετοῦ ἐνὸς δευτέρου διδύμου ἢ ἐπὶ ἐγκαρσίου πρόωρου ἐμβρύου μετὰ ἡπίας μορφῆς προδρομικοῦ πλακοῦντος. Κατὰ τὰς δύο πρώτας περιόδους ὁ κοιλικὸς τοκετὸς ἐλάμβανε χώραν εἰς ποσοστὸν 89-84%. Κατὰ τὰς δύο τελευταίας, ἀπὸ 61-44%.

Καισαρική τομὴ

Αὕτη ἤρχισεν, ὡς εἶπομεν, εὐρέως ἐφαρμοζομένη κατὰ τὴν τελευταίαν περίδον. Τὰ 75% τῶν τομῶν εἶναι χαμηλαί.

Κατὰ τὰς δύο πρώτας περιόδους, τὸ

ποσοστὸν τῶν καισαρικῶν τομῶν ἐκυμαίνεται ἀπὸ 10,3-16,2%, ἐνῶ κατὰ τὰς δύο τελευταίας ἀπὸ 38,2-55,3%.

Μητρικὴ θνησιμότης

Ἐκ τῶν 1.157 περιπτώσεων, 13 ἀσθενεῖς ἀπεβίωσαν κατὰ τὸν τοκετὸν. Ἐπι τῶν ὑπολοίπων, ἡ ἀδρὰ μητρικὴ θνησιμότης ἀνήλθεν εἰς 8,7%. Κατὰ τὰς δύο πρώτας περιόδους ἡ μητρικὴ θνησιμότης ἐκυμαίνεται ἀπὸ 16,6-11,9%. Κατὰ τὰς δύο τελευταίας περιόδους, αὕτη ἐκυμαίνεται ἀπὸ 6,6-2,2%.

Μητρικὴ θνησιμότης καὶ καισαρική τομή

Ἡ συνόλη θνητότης ἐπὶ 378 καισαρικῶν τομῶν ἦτο 5,8%. Ἡ αὔξησις τοῦ ποσοστοῦ τῆς καισαρικῆς τομῆς (55%) καὶ ἡ ἐλάττωσις τῆς θνησιμότητος ἀπὸ 21,2% τῶν δύο πρώτων περιόδων καὶ 1,7% τῆς τελευταίας εἶναι ἐκπληκτικὴ. Δὲν χρειάζεται νὰ προσθέσωμεν ὅτι τοῦτο ὀφείλεται εἰς τὰ πλεονεκτήματα τῆς μεταγγίσεως καὶ τῶν ἀντιβιοτικῶν.

Μητρικὴ θνησιμότης κατὰ τὸν κολπικὸν τοκετὸν

Ἐκ τῶν 766 γυναικῶν αἱ ὁποῖαι ἐγέννησαν ἐκ τῶν κάτω, ἡ θνησιμότης ἀνήλθεν εἰς 8,6%. Ἡ μεγάλη βελτίωσις τῆς θνησιμότητος μετὰ ἀπὸ καισαρικήν τομήν συμπίπτει κατὰ τὴν τετάρτην περίοδον μὲ τὴν βελτίωσιν τῆς θνησιμότητος καὶ κατὰ τὸν τοκετὸν ἐκ τῶν κάτω (καισαρική τομή 1,7%, κολπικὸς τοκετὸς 1,6%). Τοῦτο ὀφείλεται εἰς τὴν μετάγγισιν καὶ τὰ ἀντιβιοτικά, εἰς τὴν προσεκτικὴν ἐπιλογὴν τῶν περιπτώσεων, τὴν ἔγκαιρον προσέλευσιν τῶν ἀσθενῶν εἰς τὸ Νοσοκομεῖον καὶ τὴν μὴ ἄσκοπον ἐκτέλεσιν τῆς κολπικῆς ἐξετάσεως.

Μετάγγισις αἵματος

Κατὰ τὴν πρώτην περίοδον εἰς οὐδεμίαν περίπτωσιν ἐγένετο μετάγγισις αἵματος. Κατὰ τὴν δευτέραν περίοδον, ἐπὶ 201 περιπτώσεων, μόνον δύο γυναῖκες ὑπέστησαν μετάγγισιν. Κατὰ τὴν τρίτην περίοδον ἐγένετο μετάγγισις εἰς τὰ 32,6%,

ἐνῶ κατὰ τὴν τετάρτην περίοδον τὰ 86% ἔλαβον ἀπὸ 350-2.100 c.c. αἵματος ὑπὸ μορφὴν μεταγγίσεως.

Περιγεννητικὴ θνησιμότης

Ἡ μεγαλύτερα πρόοδος εἰς τὴν θεραπείαν τοῦ προδρομικοῦ πλακοῦντος εἶναι, πλὴν τῆς βελτιώσεως τῆς μητρικῆς θνησιμότητος, καὶ ἡ ἐλάττωσις τῆς περιγεννητικῆς τοιαύτης, ὀφειλομένη εἰς τὸν συνδυασμὸν τῆς συντηρητικῆς ἀγωγῆς καὶ τῆς καισαρικῆς τομῆς.

Ἀκόμη καὶ κατὰ τὴν τελευταίαν περίοδον ἡ περιγεννητικὴ θνησιμότης εἶναι 35,3%, ἂν καὶ τοῦτο ἀποτελεῖ σημαντικὴν πρόοδον ἐκ τῆς πρώτης περιόδου, ἐνθα ἡ περιγεννητικὴ θνησιμότης ἦτο 62,2%. Αἰτία τοῦτου εἶναι ἡ μεγάλη συχνότης πρωιμότητος, ἡ δὲ ἐλάττωσις τῆς περιγεννητικῆς θνησιμότητος κατὰ τὰς δύο τελευταίας περιόδους ὀφείλεται εἰς τὴν συντηρητικὴν ἀγωγὴν, ὡς καὶ τὴν συμβολὴν τοῦ παιδιάρχου εἰς τὸ μαιευτικὸν ἔργον.

Εἰς τὰ 60% τῶν περιπτώσεων ἡ αἰμορραγία ἤρχισε κατὰ τὴν 34ην ἑβδομάδα ἢ καὶ ἐνωρίτερον καὶ κατέστη δύσκολον νὰ παραταθῆ ἡ τακτικὴ τῆς ἀναμονῆς διὰ τὴν σωτηρίαν τοῦ ἐμβρύου, λόγῳ τοῦ κινδύνου τὸν ὁποῖον διατρέχει ἡ μητέρα.

Ἡ εἰσέτι ὑψηλὴ περιγεννητικὴ καὶ μητρικὴ θνησιμότης εἶναι φανερά κατὰ τὴν σύγκρισιν καὶ ἀπαιτεῖ κριτικὴν μελέτην, καθ' ὅσον εἶναι τὸ ἀποτέλεσμα προσεκτικῆς ἐφαρμογῆς τῆς συγχρόνου αντιμετώπισεως.

Ἐπάρχουν ὀρισμένοι παράγοντες, οἱ ὁποῖοι βοηθοῦν εἰς τὴν διατήρησιν τῆς θνησιμότητος ταύτης εἰς ὑψηλὰ ἐπίπεδα:

α) Ἡ κ α τ α γ ρ α φ ἦ διὰ τὴν παρακολούθησιν τῆς ἐγκυμοσύνης ὑστερεῖ. Π.χ. 25% ὄλων τῶν τοκετῶν κατὰ τὸ 1961 ἦσαν καταγεγραμμένοι εἰς τὸ ἡμέτερον Νοσοκομεῖον. Οἱ ὑπόλοιποι εἶναι ἐπείγουσαι εἰσαγωγαὶ ἢ ἀσθενεῖς αἱ ὁποῖαι παρακολουθοῦνται ἀκανονίστως.

β) Λόγῳ κοινωνικοοικονομικῶν λόγων, πολλοὶ ἀσθενεῖς ἀρνοῦνται νὰ παραμεί-

νουν εἰς τὸ Νοσοκομεῖον ἐπὶ μακρόν, καὶ ἐπομένως μόλις παύση ἢ αἰμορραγία ἐξέρχονται.

γ) Πολλοὶ ἀσθενεῖς πάσχουν ἐξ ὑποσιτίσεως, φυματιώσεως κτλ., καταστάσεις μὴ ἐπιτρεπούσας τὴν τακτικὴν τῆς ἀναμονῆς, ἀκόμη καὶ μετὰ ἐπανελημμένας μεταγγίσεις. Οὕτω τερματίζεται ἡ κήσις, ἐνῶ τὸ ἔμβρυον εἶναι πολὺ πρόωρον.

Μὲ ὅλους τοὺς ἀνωτέρω παράγοντας ὑπάρχουν ἀντιρρήσεις διὰ τὴν ἀντιμετώπισιν τοῦ προδρομικοῦ πλακοῦντος εἰς τοὺς ὑπαναπτύκτους πληθυσμούς διὰ τῆς ἐφαρμογῆς εἰς εὐρείαν ἔκτασιν τῆς συντηρητικῆς ἀγωγῆς καὶ τῆς καισαρικῆς τομῆς. Ἡ ἀντίρρησις διὰ τὴν συντηρητικὴν ἀγωγὴν ἔχει ὡς βάσιν τὴν ἄρνησιν τῆς ἀσθενοῦς ὅπως παραμείνῃ εἰς τὸ Νοσοκομεῖον ἐπὶ μακρόν, μὲ τὸν κίνδυνον μιᾶς νέας αἰμορραγίας κατ' οἶκον, πιθανὸν μοιραίας.

Ἡ ἀντίρρησις διὰ τὴν εὐρύτεραν ἐφαρμογὴν τῆς καισαρικῆς τομῆς ἔχει ὡς βάσιν τὸν κίνδυνον ρήξεως τῆς οὐλῆς καὶ

ἐπακόλουθον ἐγκυμοσύνης, καὶ μάλιστα ὅταν πρόκειται περὶ ἀσθενῶν αἰ ὁποῖα πιθανώτατα δὲν πρόκειται νὰ τύχουν παρakoλουθήσεως κατὰ τὴν νέαν ἐγκυμοσύνην των.

Πρέπει ἐν τούτοις νὰ τονισθῇ ὅτι εἰς τὰς περισσοτέρας περιπτώσεις προδρομικοῦ πλακοῦντος πρόκειται δι' ἐσωτερικὰς ἀσθενεῖς μὲ 3-4 παιδιὰ. Ἡ αὐξησις τῆς καισαρικῆς τομῆς ἔχει παίξει μεγάλον ρόλον εἰς τὴν ἐλάττωσιν τῆς μητρικῆς θνησιμότητος.

Αἱ ἀσθενεῖς προσέρχονται εὐκολώτερον εἰς τὸ Νοσοκομεῖον. Οἱ Ἴατροὶ καὶ αἱ Μαιαὶ ἔχουν διαπιστώσει τοὺς κινδύνους καὶ τὸ ἄσκοπον τῆς κολπικῆς ἐξετάσεως εἰς τὰς αἰμορραγίας τῆς ἐγκυμοσύνης. Τὰ Νοσοκομεῖα διαθέτουν περισσότερα μέσα μὲ καλῶς εἰδικευμένον προσωπικόν.

Μὲ τοιαύτας βελτιώσεις, ἡ εὐρύτερα χρῆσις τῆς καισαρικῆς τομῆς εἰς τὸν προδρομικὸν πλακοῦντα θὰ καθιερωθῇ σταθερῶς ὡς ἡ καλύτερα μέθοδος διὰ τὴν μητέρα καὶ τὸ ἔμβρυον.

Μετάφρασις

Κ. ΠΑΠΑΠΕΤΡΟΥ

Ἐπιμελητοῦ τοῦ Μαιευτηρίου
«Μαρίκα Ἡλιάδου»



Δ Ι Ε Θ Ν Η Ν Ε Α

ΟΥΣΙΑ ΑΠΟ ΑΝΘΟΣ ΕΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗ ΕΠΙΤΥΧΩΣ

ΕΠΙ ΔΥΟ ΣΟΒΑΡΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Μία χημικὴ οὐσία, ληφθεῖσα ἀπὸ τὸ ἄνθος φυτοῦ φυομένου εὐρέως εἰς τοὺς τροπικοὺς, ἐχρησιμοποίηθη ἐπιτυχῶς εἰς τὴν θεραπείαν δύο σοβαρῶν ἀσθενειῶν: τῆς λευχαιμίας καὶ τῆς νόσου τοῦ Χότζκιν. Ἡ χημικὴ οὐσία—vincristine sulphate—ἐξήχθη ἀπὸ τὸ φυτὸν αὐτό, τὸ ὁποῖον θεωρεῖται εἰς τὰς Δυτικὰς Ἰνδίας ὡς θεραπευτικὸν βότανον. Ἡ χρησιμοποίησις του ἐπὶ 19 ἐνηλίκων ἀσθενῶν περιγράφεται εἰς ἄρθρον τοῦ ἱατρικοῦ περιοδικοῦ *The Lancet*. Μετὰ τὴν θεραπευτικὴν ἀγωγὴν, τέσσαρες ἀσθενεῖς ἐπανῆλθον εἰς τὴν κανονικὴν ζωὴν· ἐπὶ τῶν ἄλλων οἱ ὄγκοι ἐμειώθησαν εἰς μέγεθος κατὰ 50% ἢ καὶ περισσότερον ἢ ἡ λευχαιμία ἀνεχαίτισθη. «Τὸ καταπληκτικὸν χα-

ρακτηριστικὸν τοῦ φαρμάκου εἶναι ἡ ταχύτης ἐπιδράσεώς του. Εἰς πολλὰς περιπτώσεις τῆς νόσου τοῦ Χότζκιν—λυμφώματος—ὁ πυρετὸς ἔπεσεν ἐντὸς 22 ὥρῶν. Ἡ μείωσις τοῦ μεγέθους τοῦ ὄγκου παρατηρεῖται κυρίως μετὰ τρεῖς ἡμέρας. Εἰς περιπτώσεις λευχαιμίας ὅπου ἐσημειώθη ἀνταπόκρισις εἰς τὸ φάρμακον, ὁ ἀριθμὸς τῶν λευκῶν αἰμοσφαιρίων ἐμειώθη, συνήθως ταχέως, μετὰ τρεῖς ἕως ἐπτά ἡμέρας.» Μολονότι θὰ ἦτο παραπλανητικὸν νὰ ἰσχυρισθῶμεν, ἐπὶ τῇ βάσει αὐτῆς τῆς μελέτης, ὅτι ἐλέγχεται ἱκανοποιητικῶς ἐπὶ μεγάλο διάστημα ἡ ἐξέλιξις τοῦ κακοήθους ὄγκου, δὲν ὑπάρχει ἀμφιβολία ὅτι ἡμπορεῖ νὰ ἐπιτευχθῇ ταχεῖα καὶ ἐνίοτε πλήρης ὑφεσις τῆς νόσου.