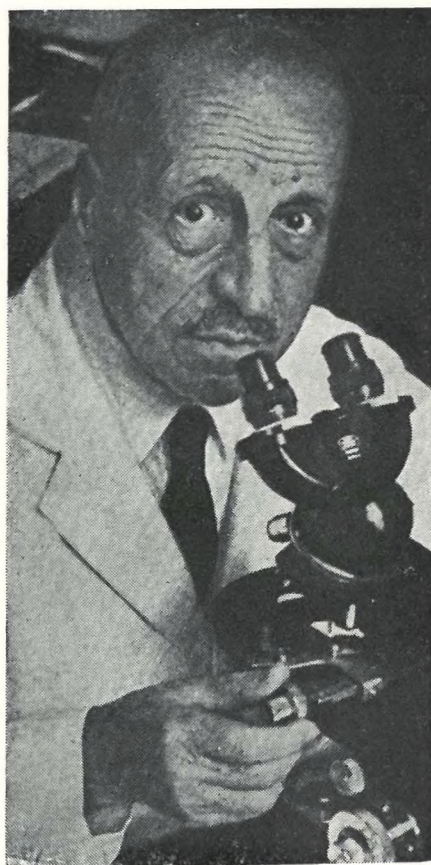


# ΕΛΕΥΘΕΡΟ

ΔΙΜΗΝΟΝ ΕΠΙΣΤΗ-  
ΜΟΝΙΚΟΝ ΠΕΡΙΟ-  
ΔΙΚΟΝ, ΕΠΙΣΗΜΟΝ  
ΟΡΓΑΝΟΝ ΤΩΝ ΕΛ-  
ΛΗΝΙΔΩΝ ΜΑΙΩΝ



*Γεώργιος Παπανικολάου*

ΤΕΥΧΟΣ 26

ΕΚΔΟΣΙΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Π. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ, Λ. ΚΥΡΙΑΚΗΣ, Γ. ΠΑΓΚΑΛΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΥΛΗΣ ΔΗΜΗΤΡΑ ΠΑΤΡΙΝΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΟΣ ΜΑΙΑ  
ΔΙΕΥΘΥΝΟΥΣΑ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ “ΑΣΥΛΟΝ ΑΝΙΑΤΩΝ,,

ΤΥΠΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Χ. ΚΑΣΔΑΓΛΗ

ΣΥΝΔΡΟΜΑΙ : ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ, ΕΤΗΣΙΑ ΔΡΧ. 70, ΕΞΑΜΗΝΟΣ ΔΡΧ. 40, ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΔΟΛ. 5. ΤΟ ΦΥΛΛΟΝ ΔΡΧ. 12  
ΕΤΟΣ Ε', ΑΡΙΘ. ΦΥΛΛΟΥ 26 ΜΑΡΤΙΟΣ-ΑΠΡΙΛΙΟΣ 1962

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ν. Κ. ΛΟΥΤΡΟΥ, Γεώργιος Παπανικολάου .....	Σελ. 1
Κ. ΠΑΔΙΑΤΕΛΛΗ και Κ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ, ‘Η δυσμενής επί- δρασις τοῦ μητρικοῦ διαβήτου ἐπὶ τοῦ ἐμβρύου καὶ τοῦ νεογνοῦ, καὶ ἀντιμετώπισις αὐτῆς [2] .....	» 4
Πολύτεκνος μιὰ φορά! .....	» 8
Π. Π. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ, ‘Απὸ ὅσα διαβάζω .....	» 9
Δρ Γ. Μ. ΙΑΚΩΒΙΔΗ, ‘Η κατὰ τὴν νεογνικὴν περίοδον διάγνωσις τῆς ὀλιγοφρενίας [2] .....	» 10
«Αὐξάνεσθε καὶ πληθύνεσθε» ἤ... ὄχι; .....	» 15
Τ. Φ. ΝΙΚΟΓΛΟΥ, ‘Ο παράγων Rhesus εἰς τὴν Μαιευτικὴν [2] .....	» 17
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ, Αἱ συχνότεραι λοιμῶξεις τῶν νεογνῶν .....	» 23
ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΝΟΥΤΣΟΥ, Στατιστικὴ μελέτη καὶ συμπεράσματα ἐπὶ τῆς ἀγωγῆς τοῦ ἐγκαρσίου σχήματος .....	» 25
Δρ ΧΑΡΗ ΜΑΣΟΥΡΑ, Νέα θέσις τῶν ἐπιτόκων κατὰ τὸν τοκετὸν... ..	» 27
HARRY L. SHAPIRO, Πῶς θὰ εἶναι ὁ ἄνθρωπος μετὰ ἀπὸ 100.000 χρόνια; .....	» 29
Βάσιμοι ἐλπίδες εἰς τὸν ἀγῶνα κατὰ τοῦ καρκίνου .....	» 31
Π. ΑΜΠΙΑΝΙΤΗ, Ψυχικὴ καὶ σωματικὴ ὑγιεινὴ τοῦ παιδιοῦ: ‘Αγω- γὴ πολίτου—Αἴσθημα κοινότητος .....	» 32
‘Απὸ τὸν Κόσμο μας .....	» 33



# ΟΡΜΟΝΙΚΑ & ΒΙΤΑΜΙΝΟΥΧΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΔΙΑ ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΝ



## E - VITA (VITAMIN - E)

Capsules

30x30 mg. - 20x50 mg.

Χονδ. 19.45    Χονδ. 23.65  
Λιαν. 25.85    Λιαν. 31.45



## E - VITA (VITAMIN - E)

amps.

6x50 mg. - 6x100 mg. - 3x200 mg.

Χονδ. 17.00    Χονδ. 26.05    Χονδ. 22.10  
Λιαν. 22.60    Λιαν. 34.65    Λιαν. 29.40

## CORLUVITE amps. (Progesterone)

3x5 mg. - 3x10 mg. - 3x25 mg.

Χονδ. 8.50    Χονδ. 11.90    Χονδ. 15.90  
Λιαν. 11.30    Λιαν. 15.80    Λιαν. 21.15

## NEO - ANDROVITE amps (Testosterone Prop.)

3x25 mg. - 3x50 mg. - 3x100 mg.

Χονδ. 23.80    Χονδ. 44.20    Χονδ. 55.70  
Λιαν. 31.65    Λιαν. 58.80    Λιαν. 74.05

## ESTRO - PROL amps

συνδυασμός

Estradiol Progesterone

Κυρία 3x1 cc    Χονδ. 25.50  
Λιαν. 33.90

## ESTROVITE amps.

(Estradiol)

3x10.000 I.U. - 3x50.000 I.U.

Χονδ. 8.50    Χονδ. 15.30  
Λιαν. 11.30    Λιαν. 20.35



ΓΕΝ. ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ ΑΦΟΙ ΚΟΛΟΚΥΘΑ Ο.Ε. ΣΩΚΡΑΤΟΥΣ 52  
ΑΘΗΝΑΙ - ΤΗΛ: 524.610

# Διὰ τὴν ἀντιαναιμικὴν θεραπείαν

filmtab

# Iberol

Σ Η Μ Α Κ Α Τ Α Τ Ε Θ Ε Ν

Συνεργικὴ δρᾶσις δισθενοῦς σιδήρου, ἔνδογενοῦς παράγοντος μετὰ βιταμίνης Β<sub>12</sub>, φυλλικοῦ ὀξέος, συμπλέγματος βιταμινῶν Β μετὰ κλάσματος ἥπατος καὶ βιταμίνης C

## Abbott

### ΣΥΝΘΕΣΙΣ:

Ἐκαστον δισκίον IBEROL περιέχει :

Ferrous Sulfate U.S.P. . . . . .	525 mg.
Bevidoral ® . . . . .	1/2 U.S.P. Oral Unit
(Βιταμίνη Β <sub>12</sub> μετὰ συμπυκνώματος ἔνδογενοῦς παράγοντος, ABBOTT)	
Liver Fraction 2, N.F. . . . .	100 mg.
Folic Acid . . . . .	1 mg.
Ascorbic Acid . . . . .	75 mg.
Thiamine Mononitrate . . . . .	3 mg.
Riboflavin . . . . .	3 mg.
Nicotinamide . . . . .	15 mg.
Pyridoxine Hydrochloride . . . . .	1.5 mg.
Pantothenic Acid (ὡς Calcium Pantothenate) . . . . .	3 mg.

Παρὰ τὴν ὑψηλὴν περιεκτικότητά εἰς δισθενῆ σίδηρον τὰ δισκία IBEROL δὲν προκαλοῦν γαστρικὸν ἔρεθισμὸν. Ἡ εἰδικὴ αὐτῶν παρασκευὴ καὶ ἡ ὁμοιογενὴς κατανομὴ τοῦ σιδήρου εἰς τὴν δλην μάζαν τοῦ δισκίου ἐξασφαλίζουν τὴν θαθμίαν αὐτοῦ ἀπελευθέρωσιν. Τὰ χαρακτηριστικὰ αὐτὰ πλεονεκτήματα τοῦ IBEROL καθιστοῦν αὐτὸ καλῶς ἀνεκτὸν καὶ ὑπὸ εὐαισθητῶν ἐπι ὀργανισμῶν.



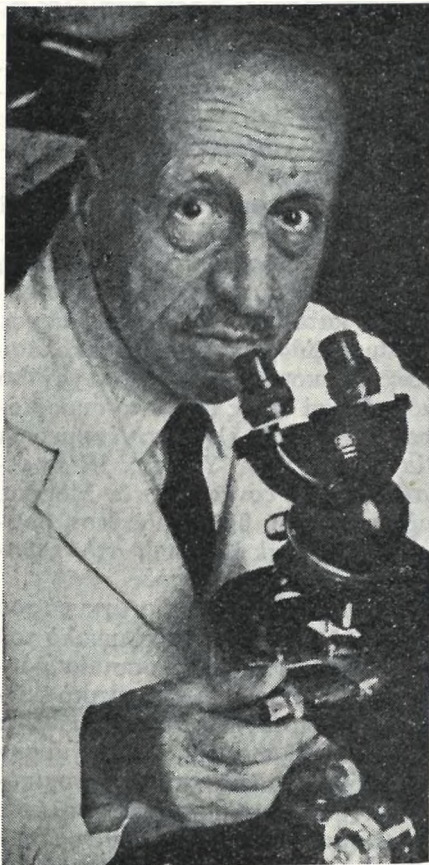
# ΕΛΕΥΘΕΡΑ

## ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Υπό

N. K. ΛΟΥΡΟΥ

Καθηγητού και Διευθυντού Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής  
του Πανεπιστημίου και του Μαιευτηρίου «Αλεξάνδρα»



Γεώργιος Παπανικολάου.

Ἀπὸ τὸ θρυλικὸ ἐργαστήριό τοῦ New York Hospital, ὅπου ἐργαζόταν ὡς χθὲς ὁ Γεώργιος Παπανικολάου, ἦρθε νὰ τὸν ἀρπάξει ὁ ἀντίκτυπος τῆς παγκόσμιας καὶ δικαιολογημένης φήμης του. Τοῦ ἴδρυσαν μὲ τὸ ὄνομά του ἓνα μεγάλο ἐρευνητικὸ ἴνστιτούτο στὸ Μαϊάμι τῆς Φλωρίδος. Παρ' ὅλα τὰ 78 του χρόνια, ὁ αἰσιόδοξος ἐρευνητὴς ἔσπευσε νὰ δεχθεῖ τὴν ὀργάνωση καὶ τὴ διεύθυνση τῆς «Στέγης τῆς Κυτταρολογίας», ὅπως ὀνόμασε τὸ καινούριο Ἴδρυμα. Τὸν περασμένο Ὀκτώβριο, ὅταν τὸν συνάντησα στὴ Νέα Ὑόρκη, ξεριζωνόταν ἀπὸ τὴν πόλη ὅπου ἔζησε σαράντα χρόνια καὶ σὰν νὰ ἦταν ἀκόμη νέος ἐτοιμαζόταν νὰ συνεχίσει τὴν ἐρευνητικὴ του ἐργασία. Δὲν τοῦ ἔλαχε ὅμως, ὅπως ἤθελε, νὰ ζήσει τὰ τελευταῖα του χρόνια στὴν πατρίδα του. «Ὅσο καιρὸ κι ἂν ζήσει κανεὶς μακριὰ ἀπὸ τὴν Ἑλλάδα, δὲν μπορεῖ νὰ βγάλει τὴ νοσταλγικὴ ἀνάμνησή της ἀπὸ τὴν ψυχὴ του», μοῦ ἔγραφε στὶς 9 Ὀκτωβρίου 1961.

Γεννήθηκε στὰ 1883 καὶ σπούδασε γιὰ τὸς στὸ Ἐθνικὸ μας Πανεπιστήμιό, γιὰ τὴν ἰατρικὴν ἦταν καὶ ὁ πατέρας του στὴν Κύμη. Ἄλλὰ ὅταν πῆρε τὸ δίπλωμά του, τὸ ἐπάγγελμα δὲν τὸν τραβοῦσε. Προτιμοῦσε τὴ φιλοσοφία, καὶ μελέτησε, αὐτοδίδακτος στὴν Κύμη, Κάντ, Νίτσε, καὶ γενικότερα «πνευματικότητα». Ἔτσι βέβαια δὲν μποροῦσε παρὰ νὰ λάβει μέρος

στην αγωνιστική περίοδο του δημοτικισμού, δίπλα στον Μαβίλη, στον Σοφούλη, στον Ίωνα Δραγούμη (1910). Ἀργότερα ἔγινε ἀντιβενιζελικός, ἐπειδὴ ὁ Βενιζέλος δὲν κράτησε τὶς ὑποσχέσεις του ἀπέναντι στὴ δημοτικὴ. Ὁ πατέρας του ὅμως ἀνησυχοῦσε τί θὰ γίνεῖ αὐτὸ τὸ παιδί μὲ τὰ ἐπαναστατημένα μυαλά, πού δὲν ἔκανε παρὰ περιπάτους στὰ μαγικά τοπία τῆς Κύμης διαβάζοντας ἀκατάληπτα βιβλία, χωρὶς κανένα πρακτικὸ σκοπὸ.

Μὲ τὴν ἐλπίδα ὅτι θὰ τοῦ ἔδινε κάποια κατεύθυνση στὸ ἐξωτερικὸ, δέχθηκε τὴν παράκληση τοῦ γιοῦ του νὰ τὸν στείλει στὴ Γερμανία. Ἐκεῖ ὅμως ἡ θεωρητικὴ ἐπιστῆμη δὲν τὸν ἱκανοποιοῦσε. Ἡ ἀνθρωπολογία, ἡ ζωολογία, καὶ γενικότερα ἡ βιολογία ἔγιναν στὴν Ἰένα καὶ ἔπειτα στὸ Μόναχο καὶ στὸ Παρίσι θέματα τῆς σπουδῆς του.

Ὅταν ὅμως στὰ 1912 γύρισε πίσω γιὰ νὰ ὑπηρετήσῃ τὴν πατρίδα του, ἡ ἐπαγγελματικὴ του σύγχυση ἦταν τόση, ὥστε οὔτε ὁ ἴδιος δὲν ἤξερε ἂν ἦταν γιαντρός, ἀνθρωπολόγος ἢ ζωολόγος, φιλόσοφος ἢ κτηνίατρος, ὅπως τὸν ἔχαρακτήρισε τὸ ἀπλοϊκὸ ἑλληνικὸ περιβάλλον τῆς ἐποχῆς του, πού φυσικὰ τὸν ἔπνιγε. Ὁ πατέρας του ἀνησυχοῦσε ἀκόμα περισσότερο γιὰ τὸ μέλλον αὐτοῦ τοῦ ἀκατάστατου μυαλοῦ, καὶ μιὰ μέρα ἀπελπίσθηκε δόλοτελα, ὄχι μονάχα ἐπειδὴ ὁ γιός του ζητοῦσε νὰ ξαναφύγῃ πάλι γιὰ τὸ ἐξωτερικὸ, χωρὶς συγκεκριμένα ἐπαγγελματικὰ σχέδια, ἀλλὰ καὶ ἐπειδὴ χωρὶς χρήματα καὶ χωρὶς τὴν πατρικὴ ἄδεια παντρεύτηκε ἓνα ὥραϊο πρῶι μιὰν ἄπροικη καὶ φτωχὴ κοπέλα, καὶ ἄς ἦταν ἀρχοντοπούλα Μαυρογένη. Δὲν ἦταν ἔρωτας τρελὸς πού τὸν παρέσυρε. Τὴ γνώρισε, τὴν ἐξετίμησε καὶ μιὰ μέρα πρὶν φύγῃ τῆς πρότεινε γάμο, καὶ ἐκεῖνη ξεκίνησε χωρὶς δισταγμὸ γιὰ νὰ γίνῃ τοῦ μακρινοῦ ταξιδιοῦ τῆς ζωῆς τοῦ Παπανικολάου τὸ πολῦτιμο, τὸ ἀπαραίτητο ταίρι.

Ἀπένταροι καὶ τολμηροί, μὲ τὴν πεποίθηση πὼς κάποτε θὰ ξεκρεμάσουν τ' ἀστέρια, βρέθηκαν στὴ Γαλλία. Καὶ ἐκεῖ κάποια ἀπὸ τὶς ἀπίθανες ἐκείνες τύχες πού

παρακολουθοῦν τοὺς ἀνθρώπους μὲ τὰ μεγάλα πεπρωμένα, πέταξε τὸν Παπανικολάου μέσα στὸ ἰχθυοτροφεῖο πού ἀποτελοῦσε τὴν αὐλὴ τοῦ γνωστοῦ φυσιοδίφου Πρίγκιπος τοῦ Μονακοῦ. Ἐλαβε ἔτσι μέρος μέσα στὴν περίφημη θαλαμηγὸ *L'Herondelle* στὶς ὠκεανογραφικὲς ἐξερευνήσεις, ἀναζητώντας καὶ ἐκεῖ τὴν κατεύθυνση πού δὲν εἶχε πάρει ἀκόμη.

Κι ἔτσι ἡ θάλασσα τὸν ἐξέβρασε κάποτε, μὲ φαγωμένο τὸ ψωμί τοῦ Μόντε Κάρλο (1913) καὶ μὲ 250 δολάρια στὴν τσέπη, στὸν Νέο Κόσμο, ὅπου κάποια ἐργασία του τῆς γερμανικῆς ἐποχῆς ἔτυχε νὰ εἶναι γνωστὴ στὸν μεγάλο ζωολόγο Th. Morgan. Γιὰ τοῦτο καὶ ἔγινε δεκτὸς μὲ φιλοφροσύνη. Αὐτὴ ὅμως δὲν μεταφράζεται σὲ τρόπο συντηρήσεως. Ἀφοῦ, παρ' ὄλες τὶς ἀπέραντες γνώσεις πού εἶχε συγκεντρώσει, ἐπάγγελμα συγκεκριμένο δὲν εἶχε, προσπάθησε γιὰ τὴ συντήρησή του νὰ ἐκμεταλλευθεῖ τὸ βιολί του, γιὰτὶ βλέπετε ἦταν καὶ μουσικός. Ἀλλὰ βιολιά υπάρχουν πολλά, καὶ ἔτσι κατάντησε ὑπάλληλος σὲ κάποιου συμπατριώτη τὸ μαγαζὶ πού πουλοῦσε χαλιά στὴ Νέα Ὑόρκη. Ὅμως γιὰ μιὰ δυὸ μέρες μονάχα, ἐπειδὴ τὸν ἀναγνώρισε μιὰ γνωστὴ του κυρία πού μπῆκε στὸ κατὰστημα καὶ τὴν ντράπηκε. Στὸ ἀναμεταξὺ ἡ Κυρία Παπανικολάου κατασκευάζε κουμπιὰ γιὰ κάποιο μεγάλο κατὰστημα καὶ αὐτὸς ἔκανε τὸ δημοσιογράφου στὴ γνωστὴ ἑλληνικὴ ἐφημερίδα *Ἀντλαντὶς* τῆς Νέας Ὑόρκης. Ἡ ἀπελπισία λοιπὸν τὸν ξανάφερε στὸν Morgan, καὶ αὐτὸς πιά τοῦ βοήθησε μιὰ θέση βοηθοῦ στὸ New York Hospital, στὸ παθολογοανατομικὸ ἐργαστήριον.

Ἐκεῖ ἡ μοίρα τοῦ ἔριξε τὴν ἄγκυρά του (1914). Ἐκεῖ τὸ ἐρασιτεχνικὸ μυαλὸ τοῦ Παπανικολάου μὲ τὴν κολοσσιαία μορφωση καὶ τὴν ἀδάμαστη ἐρευνητικὴ φαντασία, χωρὶς ποτὲ νὰ σταθεῖ σὲ κανένα συγκεκριμένον κλάδο, χρησιμεύει γιὰ τὴν ἔρευνα. Ἀλκοολισμὸς καὶ κληρονομικότης, τὰ χρωματοσώματα τῶν θηλέων, περιοδικότητα ὀρισμένων φαινομένων (1917) καὶ ἡ ἐξέταση τῶν ἀνθρώπινων ἐκκριμάτων γίνονται τὰ θέματα τῆς ἐρευνᾶς



του. Τὸν ὠνόμασαν Ἐκτακτο Καθηγητὴ τῆς Ἀνατομίας, πὸ ποτὲ δὲ δίδαξε. Διορίσθηκε μάλιστα ἀπὸ τὸν Βενιζέλο Τακτικὸς Καθηγητὴς τῆς Ζωολογίας ἀπὸ τὸ 1916-18 στὸ Πανεπιστήμιο τῶν Ἀθηνῶν, διάδοχος τοῦ μακαρίτη Ἀποστολίδη. Ἀλλὰ δὲν πρόλαβε νὰ ἀναλάβει τὰ καθήκοντά του, γιατί τὸν ἔπαισαν ἀργότερα οἱ πολιτικὲς περιπέτειες τῆς ἐποχῆς. Ἀπὸ τότε ὅμως ἄρπαξε μονάχος τὰ μέσα πὸ χρειάσθηκαν γιὰ τίς ἔρευνές του, καὶ ὕστερ' ἀπὸ λίγο ἔπεισε τὴ Νέα Ὑόρκη ὅτι δὲν τοῦ ταιριάζει κανένας ἀκαδημαϊκὸς τίτλος, καμιά ἰατρικὴ εἰδικότητα, γιατί δημιούργησε μόνος του τοὺς τίτλους του.

Ὁ πολὺς κόσμος ἴσως νὰ μὴν τὸν γνωρίζει. Ἴσως νὰ μὴ γνωρίζει ὅτι ὁ Γεώργιος Παπανικολάου, 78 ἐτῶν πιά σήμερα, ἀποτελεῖ ἕναν ἀπὸ τοὺς κυριότερους στυλοβάτες τῆς σημερινῆς ἰατρικῆς ἐπιστήμης. Καὶ τοῦτο, ἐπειδὴ, μακριὰ ἀπὸ τὸν ἐπιστημονικὸ συμβατισμὸ, κατόρθωσε νὰ ἀνακαλύψει ἕναν ὀλόκληρο κυτταρικὸ κόσμο περιφρονημένο καὶ παραπεταμένο ἕως τότε. Τὸν κόσμο δηλαδή τῶν κυττάρων ἐκείνων πὸ βρίσκονται στὴν ἐπιφάνεια τῶν ἀνθρώπινων κοιλοτήτων καὶ ξεκολλοῦν καὶ πέφτουν μὲ τὴ φθορὰ καὶ πὸ ὡς τότε τὰ θεωροῦσαμε πεθαμένα καὶ ἄχρηστα. Ἡ μελέτη αὐτῶν τῶν κυτ-

τάρων τὸν ὀδήγησε στὴν ἀνακάλυψη τῶν πρώτων σταδίων τῆς δημιουργίας τοῦ καρκίνου, καὶ ἔτσι καὶ στὴ δυνατότητα τῆς διαγνώσεως τῆς καταραμένης νόσου, σὲ μιὰ ἐποχὴ ὅπου δὲν ἔχει ἀκόμα ἀναπτύξει τὸν κακοήθη χαρακτήρα της. Καὶ εἶναι φανερὸ ὅτι ὅταν ἡ θεραπευτικὴ ἀγωγή προφθαίνει νὰ ἐφαρμοσθεῖ σ' αὐτὴ τὴν πρώιμη ἐποχὴ, τὰ ἀποτελέσματά της εἶναι πολὺ ἀνώτερα. Ἄν σήμερα παρατηρεῖται μιὰ σημαντικὴ βελτίωση τῶν θεραπευτικῶν ἀποτελεσμάτων τοῦ καρκίνου σὲ ὅλους τοὺς κλάδους τῆς ἰατρικῆς, αὐτὸ τὸ ἀνθρωποσωτήριο συμπέρασμα ὀφείλεται στὴ πρώιμη ἀνίχνευση τοῦ καρκίνου μὲ τὴ μέθοδο τοῦ Παπανικολάου, γνωστὴ σήμερα σὲ κάθε ἰατρικὴ γωνιὰ τῆς Γῆς. Καὶ ἄπειρα εἶναι ἀκόμη καὶ τ' ἄλλα συμπεράσματα πὸ συγκροτοῦν τὸν νέο αὐτὸν κλάδο τῆς ἰατρικῆς πὸ δημιούργησε ὁ Παπανικολάου, τὴν «Κυτταρολογία», καὶ πὸ βέβαια δὲν μποροῦν νὰ περιγραφοῦν ἐδῶ.

Πενθεῖ τώρα ὀλόκληρη ἡ ἀνθρωπότητα. Τὴν ἑλληνικὴ σημαία τὴν κράτησε πάντα ψηλά καὶ ἡ πατρίδα του ὑπερήφανη γιὰ τὸ παιδί της θρηνεῖ τὸ χαμό του καὶ τοῦ στήνει ἕνα ἀόρατο μνημεῖο γεμάτο δόξα καὶ εὐγνωμοσύνη, πὸ θὰ τὸ προσκυνοῦν αἰώνια οἱ ἄνθρωποι ὅσο ὑπάρχουν.





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

Ὑπό

Κ. ΠΑΔΙΑΤΕΛΛΗ καὶ Κ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ

### Παθογένεια

Ἡ κατὰ κανόνα σημαντικὴ πτώσις τοῦ ἐπιπέδου τοῦ σακχάρου τοῦ αἵματος ἐπὶ τῶν Ν.Δ.Μ. ἐθεωρήθη παλαιότερον ὑπεύθυνος κατὰ κύριον λόγον τῶν νοσηρῶν φαινομένων ἅτινα 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 ἅτινα τὸ σάκχαρον τοῦ αἵματος εὕρισκεται 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 τοῦ τῆς 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 μεγαλακρικῶν 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 αὐξησιν 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 οὕρων 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 αὐξησιν τοῦ ποσοῦ τῶν οὕρων. Οὕτω ἐξηγεῖται τὸ παράδοξον γεγονός τῆς μεγάλης ἀποβολῆς οὕρων, 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 δυσχέριαν 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 θεωρητῆι 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 ἐμβρίου. 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 ἐμβρίου. Καὶ 5) ἐκ τῆς ἡλικίας τοῦ ἐμβρίου 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 ἐμβρίου 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. Ὅκτὼ 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 μετὰ θεραπείαν 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% ἐναντι 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 αὐξητικῆς 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.

#### Ἄγωγὴ 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 ἑνωρίτερον, 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 εἶδους τοῦ τοκετοῦ ἀποτελεῖ θέμα καθαρῶς μαιευτικόν. Ἡ πλειονότης προτιμᾷ σήμερον τὴν καισαρικὴν τομὴν, λαμβανομένων ὑπ' ὄψει τῶν κινδύνων ἐκ τῆς δυσαναλογίας συνεπείᾳ 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 μητρός, τινὲς δὲ συνιστοῦν κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ ἔγχυσιν 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.

#### Ἄγωγὴ ἐπὶ τοῦ νεογνοῦ

Λόγῳ τῆς ἐξαιρετικῆς εὐπαθείας τῶν N.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. Ἔτεροι 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 Ρeros 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% Ρeros, 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 ἢ χρῆσις πυκνοτέρων διαλυμάτων σακχάρου Ρeros 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 μετ' ὠρισμένα σκευάσματα ἰνσουλίνης, ἔνθα ἡ παρουσία αὐτῆς ἐξαρτᾶται ἐκ

τοῦ νεογνοῦ διὰ τὴν ἀπαλλαγὴν του ἐκ τοῦ οἰδήματος τὸ ὁποῖον προκαλεῖται καθ' ἑν 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 μετ' 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 ἐνδοθηπατικὴν 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 Βερούσες 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 σειρᾶν: 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 ἀρτηγένητο ἀγοράκι. Ἡ πολύτεκνη μητέρα εἶναι σύζυγος τοῦ Ἰωάννου Χαλκιαδάκη, ἐτῶν 44, ὀνομάζεται Ἐλένη καὶ εἶναι σήμερα 40 ἐτῶν.





# Ἀπὸ ὅσα διαβάζω

— Διὰ τὸ σύνδρομον τῆς προεμνηορρυσιακῆς τάσεως ὁ Guilleman συνοψίζει ὡς ἑξῆς τὴν βασικὴν θεραπείαν: Προγεστερόνη + Τεστοστερόνη + μεγάλες δόσεις βιταμίνης Α. Ἐν ἑπικρατοῦν οἱ συγκινησιακῆς καὶ νευρικῆς διαταραχῆς, ἡρεμιστικά (merprobamate). Ἐν ἑπικρατοῦν τὸ οἴδημα καὶ ἡ τάσις, χλωριούχον ἰσοπρωπυλοῦν ἑσωτερικῶς καὶ ἀνάλατος διαίτα. Ἐν, τέλος, ἑπικρατοῦν τὰ ἀλλεργικὰ φαινόμενα, παράγωγα τῆς ἱστιδίνης. (Gazette des Hôpitaux, 1959.)

\*

— Ἐπὶ 1215 γυναικῶν ποὺ ὑπέστησαν ὑστερεκτομίαν μετὰ διατήρησιν τῆς μῆς ἢ τῶν δύο ὠθηκῶν, ὁ Robert G. Whitelaw βρῆκε μόνον 4 εἰς τὰς ὁποίας ἀνεπτύχθη καλοῦθες νεόπλασμα τῶν ὠθηκῶν μεταγενεστέρως. Σὲ καμμιά περίπτωσι δὲν διεπίστωσε ἀνάπτυξι καρκίνου τῶν ὠθηκῶν. Ἀπὸ τὴν στατιστικὴ αὐτῆ δείχεται ὑπερβολικῶς ὁ φόβος ὅτι ὠθηκῆς ποὺ διατηροῦνται μετὰ τὴν ὑστερεκτομήν ἔχουν μεγάλη πιθανότητα νὰ ἐκφυλισθοῦν κακοήθως. (Jr. Obst. & Gyn. Brit. Emp., 1959).

\*

— Μόνον γιὰ τοὺς πάσχοντες ἀπὸ αἱμορροφιλία ξοδεύονται στὶς Ἡνωμένες Πολιτεῖες τῆς Ἀμερικῆς ἕνα ἑκατομμύριο κιλὰ αἵματος τὸ ἔτος.

\*

— Πόσο χρονικὸ διάστημα χρειάζεται τὸ Pentothal, ὅταν τὸ χορηγοῦμε ἐνδοφλεβίως σὲ μιὰν ἔγκυον, νὰ φθάσῃ στὸ ἔμβρυο στὸ ἴδιο ποσοτικὸ ἐπίπεδο μετὰ τὴν μητέρα; Κατὰ τὶς ἔρευνες τοῦ Hellmann (1944), 8-12'. Ἐπομένως, τὸ ἔμβρυο σὲ μιὰ καισαρική, ποὺ διενεργεῖται μετὰ Pentothal ὡς εἰσαγωγικόν, πρέπει νὰ ἐξαχθῇ στὰ πρῶτα 5-8'. Ἀπὸ κεῖ καὶ πέρα, ἐπιρρεάζεται δυσμενῶς καὶ κινδυνεύει.

\*

— Ἱστολογικῆς ἔρευνες τοῦ νεφροῦ τοξιναιμικῶν ἐγκύων μετὰ τὸ ἠλεκτρονικὸ μικροσκοπίο ἐπιβεβαίωσαν παλαιότερες παρατηρήσεις, κατὰ τὶς ὁποῖες ἡ κυρία ἔδρα τῶν παθολογικῶν ἀλλοιώσεων στὶς τοξιναιμίες τῆς ἐγκυμοσύνης εἶναι τὸ μαλπιγιανὸν σωματίον. Οἱ ἀλλοιώσεις τοῦ μαλπιγιανοῦ σωματίου διαπιστώνονται σὲ ὅλες τὶς περιπτώσεις τῆς τοξιναιμίας, ἐλαφρῆς ἢ βαρεῆς, καὶ συνίστανται: 1) σὲ οἴδημα τοῦ πρωτοπλάσματος τῶν

ἐνδοθηλιακῶν κυττάρων· 2) σὲ ἐναπόθεσι ἐνὸς ἀμόρφου ἰζήματος κάτω ἀπ' τὴν βασικὴν μεμβράνη καὶ στὸ πρωτόπλασμα τῶν ἐνδοθηλιακῶν κυττάρων· καὶ 3) σὲ αὐξηση τοῦ ἀριθμοῦ τῶν, μεταξύ τῶν τριχοειδῶν, κυττάρων, τὰ ὅποια τελικὰ εἰσβάλλουν στὸν αὐλὸ τῶν τριχοειδῶν. Οἱ παραπάνω ἀλλοιώσεις ἐπιμένουν—παρὰ τὴν ἔντονη θεραπευτικὴ ἀγωγή καὶ τὴν κατ' ἐπίφασιν κλινικὴν βελτίωσι—μέχρι τῆς ἐκκενώσεως τῆς μήτρας, καὶ σ' αὐτὲς ὀφείλεται ὁ περιορισμὸς τῆς διηθήσεως διὰ τοῦ μαλπιγιανοῦ σωματίου ποὺ χαρακτηρίζει τὴν τοξιναιμία. (A. Altchek: Jr. Am. Med. Ass., 1961.)

\*

— Ἕνας ὀρισμὸς: «Ζωντανὸ εἶναι ὁ, τι ἀναπαράγεται» (W. Stanley, Βραβεῖο Nobel Πειραματικῆς Βιολογίας). Σύμφωνα μετὰ τὸν ὀρισμὸ αὐτὸ, πρέπει ν' ἀναγνωρίσουμε ἰδιότητες ζωῆς ὅλης στοὺς διηθητοὺς ἰούς, τοὺς γόνους καὶ τοὺς βακτηριοφάγους.

\*

— Καὶ μερικῆς διαπιστώσεως: «Ὁ Leonardo da Vinci ἀνέταμε περισσότερα ἀπὸ τριάντα πτώματα καὶ σχεδίαζε νὰ γράψῃ βιβλίον Ἐνατομίας ἀπὸ ἑκατὸν εἴκοσι τόμους. Τὰ σχέδιά του ὑπερακοντίζουν τὸ Γαληνὸ καὶ ἀποκαθιστοῦν τὴν ἀνατομικὴ ἀξιοπρέπεια τοῦ ἀνθρώπου. Μελέτησε τὶς ἐμβρυϊκῆς μεμβράνες καὶ ἠρνήθη ὅτι τὸ ἔμβρυο μπορεῖ νὰ κραυγάζῃ μέσα στὴ μήτρα. Περιέγραψε τὴν ὕψη τῶν ὀστέων καὶ τὶς λειτουργίες τῶν μυῶν καὶ τοποθέτησε ὀστά σὲ συρμάτινα κιβώτια γιὰ νὰ συνδυάσῃ τὴ δυναμικὴ τῶν. Γοητευμένος ἀπὸ τοὺς νόμους τῆς μηχανικῆς, μελέτησε τοὺς ἀνταγωνισμοὺς τῶν μυῶν καὶ ἐξακρίβωσε τὰ πραγματικὰ σημεῖα ἐκφύσεως καὶ καταφύσεως τῶν μυῶν. Ἐκανε ἐνέσεις ὑγροῦ κηροῦ στὶς κοιλίες τοῦ ἐγκεφάλου, καὶ περιέγραψε τὸν ὑπεζωκὸτα καὶ τοὺς πνεύμονας, ἀλλὰ δὲν ἔδωσε ἔμφασιν στὴν κυκλοφορία τοῦ αἵματος, ἐπειδὴ, ἂν τὸ ἔκανε, θὰ ἔθεωρεῖτο αἰρετικὸς. Τὸ ἔργο του ὑπῆρξε ἡ βάση τῆς πειραματικῆς μεθόδου.» (Martí-Ibanez)

*Παναγιώτου*



## Η ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΕΟΓΝΙΚΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟΝ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ ΤΗΣ ΟΛΙΓΟΦΡΕΝΙΑΣ\*

Ἑπο

Δρ Γ. Μ. ΙΑΚΩΒΙΔΗ, D. P. M.

Νευροψυχιάτρου τοῦ Νοσοκομείου Παιδῶν ἉΓΙΑ ΣΟΦΙΑ  
καὶ τ. Ἐπιμελητοῦ τῆς Πανεπιστημιακῆς Κλινικῆς τοῦ Λονδίνου

Ἡ λεγομένη «μογγολικὴ κηλὶς», τέλος, ἡ ὁποία παλαιότερον εἶχεν ἀπασχολήσει μαιευτῆρας καὶ παιδιάτρους (ἰώδης ἀποχρωματισμὸς τοῦ δέρματος συνήθως ὑπὲρ τὴν ὄσφιν ἀλλὰ καὶ ἄλλοῦ τοῦ σώματος, καταφανῆς ὀλίγας ἡμέρας μετὰ τὴν γέννησιν καὶ ἐξαφανιζόμενος μετὰ ἐξάμηνον περίπου) δὲν φαίνεται ὅτι ἔχει σχέσιν μετὸν «μογγολισμόν».

β) Μικροκεφαλικὴ ὀλιγοφρενία. Αὕτη πλησιάζει εἰς συχνότητα τὸν «μογγολισμόν», ἀποτελεῖ δὲ τὴν κυριωτέραν μετ' αὐτὸν ὀλιγοφρενικὴν νόσον ἐκ τῶν διαγιγνωσκομένων ἐντὸς τῆς νεογνικῆς περιόδου.

Περὶ τῶν αἰτιῶν τῆς πολλὰ εἶχον ἀναπτυχθῆ θεωρία, φαίνεται ὅμως ὅτι πρόκειται περὶ ἐγκεφαλικῆς ὑποπλασίας (κυρίως τοῦ μετωπιαίου καὶ βρεγματικοῦ λοβοῦ), ἐπακόλουθον τῆς ὁποίας εἶναι ἡ σμικρότης τοῦ ἐγκεφαλικοῦ κρανίου, κατ' ἀντίθεσιν πρὸς τὸ σπλαγχνικὸν κρανίον (πρόσωπον). Ἡ σμικρότης αὕτη εἶναι ἰδιαίτερος αἰσθητὴ ἐπὶ τοῦ ἐνήλικος—ὅπου ἡ περίμετρος τοῦ κρανίου ἀντὶ 55 ἐκ. δὲν ὑπερβαίνει τὰ 42 ἐκ.—καὶ κάπως

ὀλιγώτερον ἐπὶ τῶν νεογνῶν, ὅπου ἡ διαφορά ἀπὸ τοῦ φυσιολογικοῦ κυμαίνεται μετὰξὺ 8-10 ἐκ.

Πέραν ὅμως τῆς σμικρότητος τῆς περιφερείας τοῦ κρανίου, ἐκεῖνα ποῦ κυρίως βοηθοῦν εἰς τὴν διάγνωσιν εἶναι: 1) τὸ ἰδιάζον σχῆμα τοῦ κρανίου, μετὰ ἀποπλάτυνσιν τοῦ μετώπου καὶ τοῦ ἰνίου, 2) ἡ δυσαναλογία μετὰξὺ ἐκτάσεως τοῦ προσώπου ἀφ' ἑτέρου, καὶ 3) ἡ χαρακτηριστικὴ γρυπὴ μύτη καὶ ὁ ὑποτυπώδης πάγων ποῦ δίδουν συχνὰ ὄψιν πτηνοῦ στὸν πάσχοντα.

Ἄλλον κλινικὸν γνώρισμα τῆς μικροκεφαλικῆς ὀλιγοφρενίας εἶναι ἡ συχνὴ βραχυσωμία τῶν ἀσθενῶν, ἰδιαίτερος ἐμφανῆς σὺν τῇ παρόδῳ τοῦ χρόνου. Ἐπίσης, καὶ ἡ κατὰ κυριολεξίαν περίσσεια τοῦ δέρματος τοῦ τριχωτοῦ τῆς κεφαλῆς. Τὸ δῆμα αὐτὸ πτυχοῦται καὶ εἶναι σχεδὸν πάντα παχύτατον, ἡ δὲ ἐπ' αὐτοῦ τρίχως ἰδιαίτερος παχεῖα καὶ κατερχομένη χαμηλὰ εἰς τὸ μέτωπον. Κατ' ἀντίθεσιν πρὸς τὸν «μογγολισμόν», οἱ ἐπιληπτικοὶ παροξυσμοὶ εἰς τοὺς μικροκεφαλικούς εἶναι συνήθεις.

Ἡ διάγνωσις τῆς μικροκεφαλίας εἶναι σχετικῶς εὐχερῆς καὶ δὲν πρέπει νὰ γίνῃ σύγχυσις μετὰ τὰς διαφόρους μορφὰς πρωτοπαθοῦς κρανιοστενώσεως, καὶ δὴ τὴν *ὀξυκεφαλίαν*, ἄλλην παθολογικὴν κατάστασιν τῶν διαστάσεων τοῦ κρανίου, ἣτις συνηθέστατα συνοδεύεται ἀπὸ φυσιολογικὴν νοημοσύνην. Ἐπὶ ὀξυκεφαλίας,

\* Συνέχεια ἐκ τοῦ τεύχους 24, εἰς τὸ ὁποῖον νὰ διορθωθῶν τὰ ἐξῆς παροράματα: Σελ. 14, στήλη α', στίχος 3, διαγράφεται ἡ λέξις νεογνῶν. Σελ. 15, στήλη β', στίχος 2, ἀνάγνωθι: ἀκόμη καὶ ἡμιμογγολισμόν· στίχος 10, ἀντὶ ἰδιοτήτων: ἰδιοτυπιῶν· στίχος 21: βραχὺς ἀὐχὴν· ὑποσημ. 1: σχέσις μετωποϊνιακῆς... Σελ. 16, στήλη α', στίχος 2, ἀνάγνωθι: παθολογικὴν ἰσχύν. Ἄλλα...



ἐνδέχεται ἢ περίμετρος τοῦ κρανίου νὰ εἶναι μικροτέρα τοῦ φυσιολογικοῦ, διότι ὑφίσταται βλάβην τῶν ὀστέων ἄγουσαν εἰς πρόωρον συνοστέωσιν κατὰ τὸ πρόσωπον καὶ τὰς κρανιακὰς ραφὰς (ἰδίως τὴν μετωπιαίαν καὶ τὴν λαμβδοειδή), οὕτως ὥστε ὁ ἀναπτυσσόμενος ἐγκέφαλος ὡθεῖ πρὸς τὰ ἄνω, ἐπιμηκύνων καθέτως τὸ κρανίον.

Ἡ ὀξυκεφαλία διαπιστοῦται εὐχερῶς ὄχι μόνον ἀπὸ τὸ ἰδιόρρυθμον «πυργώδες κρανίον» καὶ τὸν συχνὰ ἐπακολουθοῦντα ἐξώφθαλμον, ἀλλὰ καὶ διὰ τῆς ἀφῆς: ἀπὸ τὴν συνοστέωσιν τῶν ραφῶν, ἔκτοπον ὀστέωσιν, συχνὰ δὲ καὶ σύγκλεισιν τῶν πηγῶν, πού ἔχει κατὰ μέγα μέρος συντελεσθῆ ἑνδομητρίως. Αἱ ὀλίγαι περιπτώσεις ὅπου ἡ μικροκεφαλικὴ ὀλιγοφρενία συνδυάζεται μετὰ βαθμὸν τινὰ «πυργοκεφαλίας» δὲν ἀποτελοῦν δυσχερῆς διαγνωστικὸν πρόβλημα.

Παρεμφερῆς κρανιοστένωσις συμβαίνει καὶ ἐπὶ *σκαφοκεφαλίας*, ἐνθα μεγίστην συνοστέωσιν ἐμφανίζει ἡ ὀβελιαία ραφή, ὥστε ἡ ἀνάπτυξις τοῦ κρανίου γίνεται κυρίως κατ' ἐπιμήκη ἄξονα. Τέλος ἡ *ἀκροκεφαλία* ἀποτελεῖ μικρὰν παραλλαγὴν ὀξυκεφαλίας, καθ' ἣν ἡ προβολὴ τοῦ κρανίου ἔχει ἐπίκεντρον τὴν προσθίαν πηγὴν.<sup>1</sup>

γ) Πυρηνικὸς ἴκτερος (Κερνίκτερος). Πρόκειται περὶ ἱκτέρου τῶν πυρήνων τοῦ ἐγκεφάλου (κυρίως δὲ τῶν βασικῶν γαγγλίων, ἱποκάμπου καὶ ἐδάφους τῆς 4ης κοιλίας) ἐπὶ περιπτώσεως νεογνικῆς ἐρυθροβλαστώσεως. Αὕτη ἀπαντᾷ ἐπὶ ἀσυμβατότητος τοῦ παράγοντος Rh (95%) ἢ τοῦ rH (2%) ἢ ἄλλων παραγόντων τοῦ αἵματος (3%).

Παλαιότερον, τὸ 1/3—ἤδη δὲ σαφῶς μικρότερον ποσοστὸν—τοῦ συνόλου τῶν ἐρυθροβλαστώσεων παρουσίαζαν πυρηνικὸν ἴκτερον μετὰ ἰδιαιτέραν προτίμησιν εἰς τὰ ἄρρενα καὶ τὰ πρόωρα. Εἰς τὰ πρόωρα, μάλιστα, κερνίκτερος ἔχει ση-

μειωθῆ καὶ ἄνευ ἀσυμβατότητος τοῦ αἵματος.

Κλινικῶς: ὁ ἴκτερος ἐπέρχεται εὐθὺς μετὰ τὸν τοκετόν, ἀξανάμενος ταχύτατα εἰς ἔντασιν, καὶ ἡ χολοχρωστικὴ ἐμφανίζεται τόσον εἰς τὰ οὖρα ὅσον καὶ εἰς τὰ κόπρανα. Τὸ νεογνὸν ἀδιαφορεῖ διὰ τὴν λήψιν τροφῆς καὶ εἶναι ληθαργικόν. Ἐν συνεχείᾳ παρουσιάζει ταραχὴν καὶ ἀτακτον ἀναπνοήν, συχνὰ δὲ καὶ μικροαιμορραγίας, ἔμετον καὶ πυρετόν. Ταῦτα ἀκολουθεῖ ἡ ἐξαφάνισις τοῦ ἀντανακλαστικοῦ τοῦ Μογο καὶ ἡ ὑπερτονία—ἦτις ἐξελίσσεται εἰς ὀπισθότονον—διακοπτομένη ἀπὸ τονικὰς καὶ κλονικὰς συσπάσεις, ἡ ὅλη δὲ εἰκὼν δύναται νὰ καταλήξῃ εἰς κῶμα. Μόνον τὸ 1/4 ἢ 1/3 τῶν περιπτώσεων ἐπιζοῦν, διὰ τὰ ἐμφανίσουν ἀργότερον τὰ ἐπακόλουθα τῆς βλάβης πού ἐπροξένησεν εἰς τὸν ἐγκέφαλον ἢ «ἔμμεσος χολερυθρίνη» καὶ ἡ ἀνοξαίμια. Ταῦτα δὲ εἶναι: ἡ ὀλιγοφρενία ἀφ' ἑνός, καὶ ἀφ' ἑτέρου νευρολογικὰ σημεῖα (χοραιοαθῆτωσις, κώφωσις, ἐπιληπτικοὶ παροξυσμοί, σπαστικὴ παράλυσις, ὑπερκινητικότης κλπ.), ἐπερχόμενα εἰς δύο διακρίτους φάσεις, τὴν «μεταβατικὴν» (1-10 μηνῶν) καὶ τὴν «χρονίαν» (ἀπὸ 10 μηνῶν καὶ ἄνω). Ἡ ἀναλογία τῆς ὀλιγοφρενίας πρὸς τὰς νευρολογικὰς ἐπιπλοκάς εἶναι ἀδύνατον νὰ προκαθορισθῆ. Πάντως ἐλάχιστα ἐκ τῶν νεογνῶν μετὰ πυρηνικὸν ἴκτερον ἐπιζοῦν ἄνευ βαθμοῦ τινος διανοητικῆς ἀναπηρίας.

Ἡ βλάβη εἰς τὸν ἐγκέφαλον τοῦ νεογνοῦ μετὰ ἐρυθροβλάστωσιν ἐπέρχεται ἐντὸς 1-2 ἡμέρας ἀπὸ τῆς ἐγκαταστάσεως τοῦ ἱκτέρου, καὶ διὰ τοῦτο εἶναι μεγίστη ἡ ἀνάγκη νὰ γίνῃ κατὰ τὸ ἐνωρίτερον δυνατὸν ἡ διάγνωσις, ὥστε νὰ ἐπακολουθήσῃ ἡ ἐπιβεβλημένη ἀφαιμαζομετάγγισις.

δ) Φαινυλ-κετονουρία ἢ φαινυλ-πυροσταφυλικὴ ὀλιγοφρενία. Πρόκειται περὶ τῆς πλέον γνωστῆς ἀπὸ τὰς νόσους τοῦ μεταβολισμοῦ τῆς συνοδευομένης ἀπὸ διανοητικὴν ἀναπηρίαν. Αὗται κληρονομοῦνται συνήθως κατὰ τὸν ὑπολειπόμενον χαρακτήρα, ἀφοροῦν δὲ τὸν διάμεσον με-

1. Ἀντίθετος, βεβαίως, καὶ μόνον ἀκουστικῶς συγχύσιμος μετὰ τὴν μικροκεφαλίαν, εἶναι ἡ *μακροκεφαλία*, ὅρος πού περιλαμβάνει πάσης αἰτιολογίας αὐξήσιν τοῦ ὄγκου τοῦ κρανίου καὶ πρέπει νὰ ἀποφεύγεται λόγῳ ἀσαφείας.

ταβολισμόν θρεπτικῶν ἢ χρωστικῶν οὐσιῶν. Ἐνταῦθα, ἡ συμφυῆς ἔκτροπή τοῦ μεταβολισμοῦ ἔγκειται εἰς τὸ ὅτι ἡ φαινυλ-αλανίνη μεταβολίζεται ἐλαττωματικῶς καὶ παράγει, μεταξύ ἄλλων, φαινυλ-πυροσταφυλικὸν ὄξύ (κετόνη) εἰς τὰ οὖρα. Ταυτοχρόνως παράγεται καὶ φαινυλ-γαλακτικὸν ὄξύ, ὅπερ ἀπεδείχθη λίαν βλαπτικὸν διὰ τὸν ἐγκέφαλον τῶν πειραματοζῶων, ἂν καὶ αἱ γνῶμαι περὶ τοῦ ἀκριβοῦς αἰτίου τῆς ὀλιγοφρενίας δίστανται.

Λόγω τοῦ αὐτοῦ παθολογικοῦ κληρονομικοῦ χαρακτήρος, τὰ πάσχοντα νεογνὰ ἔχουν λίαν λεπτὸν καὶ λευκὸν δέρμα, ἐπίσης δὲ χαρακτηριστικὴν ξανθὴν καὶ λείαν («μεταξωτὴν») κόμην καὶ κυανοῦς ὀφθαλμοῦς ἀσκέτως χρώματος τῶν γεννητόρων. Εὐθὺς μετὰ τὸν τοκετὸν τὰ νεογνὰ αὐτὰ δὲν παρουσιάζουν ἰδιαιτέραν ἀνωμαλίαν, ἐφ' ὅσον ἐνδομητρίως ἡ νόσος δὲν ἠδύνατο νὰ ἐκδηλωθῆ, τὰ δὲ νευρολογικὰ σημεῖα ἐντὸς τῆς νεογνικῆς περιόδου εἶναι ἀσταθῆ. Ὡς ἐκ τούτου ἡ, λίαν ἐπιθμητὴ, ἔγκαιρος διάγνωσις εἶναι δυσχερὴς καὶ στηρίζεται κυρίως εἰς: 1) τὴν ἰδιάζουσαν χροιάν δέρματος, κόμης, ὀφθαλμῶν καὶ τὴν ποιότητα τῶν τριχῶν, ἰδίως ὅταν δὲν συμβιβάζονται πρὸς τὰ τῶν γεννητόρων, καὶ 2) τὸ ἱστορικὸν προηγηθέντος τέκνου μὲ ὀλιγοφρενίαν.

Οἱ γονεῖς δέον νὰ γνωρίζουν ὅτι αἱ πιθανότητες κληρονομίσεως εἶναι: 25% ἐκδηλος νόσος, 50% φορεῖς τῆς νόσου καὶ μόνον 25% τελείως ὑγιῆ τέκνα. Παραπλησία συμφυῆς ἔκτροπή τοῦ μεταβολισμοῦ μὲ ὀλιγοφρενίαν εἶναι ἡ *γαλακτοζαίμια*, ἀλλὰ ἡ διάγνωσις τῆς κατὰ τὴν νεογνικὴν περίοδον εἶναι ἀμφίβολος.

ε) Ὀλιγοφρενία ἐπὶ διαφόρων νευρολογικῶν συνδρόμων. Ἐπ' αὐτῶν ἡ περίπτωσις ἐπιπλοκῆς μὲ διανοητικὴν ἀναπηρίαν ὑφίσταται περισσότερον ὡς ἐνδεχόμενον, τὰς ἀναφέρομεν ὅμως διότι συχνὰ κατὰ τὴν νεογνικὴν περίοδον θὰ τεθῆ ἀπὸ τοὺς γονεῖς τὸ ἐρώτημα ἢ θὰ ἐγερθῆ εἰς τοὺς θεράποντας ἢ ὑποψία. Γενικῶς, κίνδυνον διανοητικῆς ἀναπηρίας ἔχουν κυρίως αἱ ἐξῆς παθολογικαὶ καταστάσεις:

1) Παρατεταμένος ἢ τραυματικὸς τοκετὸς καὶ ἀσφυξία τοῦ νεογνοῦ: Ἐδῶ δυνατόν νὰ ἔλλειπη ἡ ἀνάπτυξις θορυβῶδους νευρολογικῆς εἰκόνας, αἱ πιθανότητες ὅμως ὀλιγοφρενίας (κυρίως ἐπὶ κυανωτικῆς ἀσφυξίας ἀλλὰ καὶ ἐπὶ ἀναιμικῆς—λευκῆς—τοιαύτης) ὑφίστανται πάντοτε. Τὸ βρέφος πρέπει νὰ ἐξετάζεται ἀνὰ τρίμηνον ἐντὸς τοῦ πρώτου ἔτους καὶ εἶτα ἀνὰ ἐξάμηνον μέχρι τῆς ὀριστικῆς γνωματούσεως, χωρὶς, φυσικὰ, νὰ μεταδοθῶν εὐθὺς ἐξ ἀρχῆς αἱ ὑποψίαί τῆς μαίας ἢ τοῦ ἱατροῦ εἰς τοὺς γονεῖς.

2) Ἐγκεφαλικὴ παράλυσις: Αὕτη δυνατόν νὰ εἶναι συγγενῆς (25%) ἢ ἀποτέλεσμα βλάβης κατὰ τὸν τοκετὸν (55%) ἢ ἐξ ἄλλου τραυματισμοῦ, μολύνσεως, ἀγγειακῆς ἀνωμαλίας κλπ. (20%). Δυσχερεῖαν εἰς τὴν διάγνωσιν ἔχει μόνον ἡ συγγενῆς μορφή, διότι ἐκεῖ τὸ νεογνὸν δὲν παρουσιάζει τι τὸ καταφανές. Λόγω τῆς ποικιλίας εἰς τὴν προέλευσιν καὶ ἐντόπισιν τῆς βλάβης, ἡ ὀλιγοφρενία δὲν ἐπέρχεται πάντοτε, οὔτε εἰς τὸν αὐτὸν βαθμόν. Ἐὰν ληφθῆ τὸ σύνολον τῶν «ἐγκεφαλικῶν παραλύσεων» (βρεφικὴ ἡμιπληγία, νόσος τοῦ Little, συγγενῆς σπαστικῆ διπληγία κλπ.) διανοητικὴ ἀναπηρία ἐπακολουθεῖ εἰς τὸ  $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$  τῶν περιπτώσεων. Εἰδικώτερον ἡ ὀλιγοφρενία ἀπαντᾷ συχνὰ ὡς ἐπακόλουθον τῆς βρεφικῆς ἡμιπληγίας.

3) Νευρολογικὸν σύνδρομον μετὰ συγγενοῦς ἀνωμαλίας. Συνηθέστερα εἶναι ὁ ὑδροκέφαλος (ἰδίως ὁ ἐσωτερικὸς), ὁ πορεγκέφαλος, ἡ αἱμαγγειωμάτωσις, ἡ συγγενῆς τοξοπλάσματος κ.ἄ. Ἐπ' αὐτῶν ἡ πρόβλεψις βαρείας ὀλιγοφρενίας καθίσταται πιθανωτέρα ὅσον ἐντονώτερα εἶναι τὰ νευρολογικὰ εὐρήματα καὶ ἰδίως οἱ ἐπιληπτικοὶ παροξυσμοί. Μεγαλυτέρας ἐλπίδας διαφυγῆς ἔχουν μορφαὶ τινες ὑδροκεφάλου.

ς) Μεταλοιμώδης ὀλιγοφρενία. Λοίμωξις κατὰ τὴν νεογνικὴν περίοδον συνοδευθεῖσα ἀπὸ σαφῆ νευρολογικὴν συμπτωματολογία καθίσταται ἰδιαιτέρως ὑποπτος ὀλιγοφρενικῆς ἐπιπλοκῆς ὅταν ἀκολουθηθῆ ἀπὸ ἐπιληπτικὰς προσβο-



λάς, δηλ. ἐν ἀποδρομῇ τῶν τοξικῶν φαινομένων. Πάντως, ἐλαχίστη ἐπιτρέπεται βεβαιότης, ὡς δυστυχῶς ἀποδεικνύουν ἐξ ἄλλου καὶ αἱ βλάβαι (ἰδίως αἱ εἰς τὰ κέντρα τοῦ λόγου) αἱ ἐπερχόμεναι ἀπὸ «λανθάνουσαν» (ἀδιάγνωστον) ἐγκεφαλίτιδα κατὰ τὴν διάρκειαν λοιμωδῶν νόσων τῆς βρεφικῆς ἡλικίας. Περισσότερον σαφῆ εἶναι τὰ δεδομένα ἐπὶ συγγενοῦς σφιλίδος, ὅπου ἡ ὀλιγοφρενία ἐπέρχεται εἰς ποσοστὸν 40% περίπου.

ζ) Συγγενεῖς διαμαρτίαι ὑποπτοι διὰ σύνδεσμον μετ' ὀλιγοφρενίαν. Τοιαῦται εἶναι ἡ συγγενὴς ἰνωμάτωσις, ἡ συγγενὴς ἰχθύωσις, ἡ πολυδακτυλία τῆς νόσου Lawrence-Moon-Biedle, τὸ προσωπεῖον τοῦ ὑπερτελορισμοῦ (ἀφιστάμενοι ὀφθαλμοί, βραχυκεφαλία, πρόσωπον μογγολοειδές, ἐμβάθυσμα εἰς τὸ μετωπιαῖον ὄστον), ἡ συγγενὴς ἔλλειψις τῶν ὀστέων τῆς κλειδῶς (κλειδοκρανιακὴ δυσοστέωσις), ἡ συγγενὴς τύφλωσις καὶ κόφωσις καί, τέλος, ἡ συνάθροισις περισσοτέρων τῆς μιᾶς συγγενῶν διαμαρτιῶν ἐπὶ τοῦ αὐτοῦ νεογνοῦ—ἰδίᾳ ἐὰν συνοδεύονται καὶ ἀπὸ ἐπιληπτικὰ φαινόμενα.

**Φυσικὴ ἐξέτασις.** Σκοπὸς τῆς παρουσίας εἶναι νὰ ὑπογραμμισθοῦν τὰ ἀδρὰ κλινικὰ εὐρήματα καὶ δι' ἀπὸ τὴν ἐπισκόπῃσιν, τὴν ψηλάφησιν καὶ τὴν μέτρησιν, πῶν ἀποτελοῦν κυρίαν πηγὴν πληροφοριῶν δι' ὅσους ἔρχονται εἰς ἐπαφὴν μετὰ νεογνά. Διὰ τοῦτο δὲν ἐμνημονεύθησαν αἱ συνήθεις παρακλινικαὶ ἐξετάσεις. Ἐνταῦθα, ἀναφερόμεθα εἰς τὰ σημεῖα τὰ ὁποῖα, μετὰ τὴν πρώτην ὑποψίαν περὶ ὀλιγοφρενικῆς νόσου, πρέπει ὁ μαιευτὴρ νὰ προσέξῃ κατὰ τὴν ἐξέτασιν τοῦ νεογνοῦ:

1. Ἡ ἀνατομία τοῦ σώματος. Τὸ ἀνάστημα καὶ βάρος. Τὸ κρανίον (διαστάσεις, ὄψις, συμμετρία, πηγαί). Τὸ πρόσωπον (σχῆμα καὶ ὄψις). Οἱ ὀφθαλμοί (διαστάσεις, θέσις, κόρη, ἴρις, πτυχαί, θολερότητες κλπ.). Ἐπισκόπησις τῶν ὠτων, τῆς ρινός, τῶν χειλέων, τῆς γλώσσης, τοῦ στόματος. Ἐξέτασις τοῦ ἀχένου, τῆς σπονδυλικῆς στήλης, τῶν γεννητικῶν ὀργάνων, τῶν ἄνω καὶ κάτω ἄ-

κρων—ἰδιαιτέρως δὲ τῶν δακτύλων. Ἐπισκόπησις τοῦ δέρματος.

2. Ἡ φυσιολογία τοῦ σώματος καὶ κυρίως ὁ μυϊκὸς τόνος καὶ αἱ ἀντιδράσεις τοῦ νεογνοῦ. Μία συγγενὴς ἡμιπληγία ἢ διπληγία δυνατὸν νὰ περάσῃ, ἄλλως, ἀπαρατήρητος, διότι τὸ νεογνὸν ἔχει, οὐσιαστικῶς, ἀντανακλαστικὰς μόνον ἐκδηλώσεις καὶ ἐξυπηρετεῖται ἀπὸ ὑποφλοιῶδεις μηχανισμοὺς (ὅπως ἀποδεικνύει ἡ ἐπὶ 1-2 ἐνίστε μῆνας «φυσιολογικὴ εἰκὼν» βρέφους μετ' ἀμφίπλευρον ἔλλειψιν τῶν ἐγκεφαλικῶν ἡμισφαιρίων!). Ἡ διαταραχὴ τῶν ἀντανακλαστικῶν ἐκδηλώσεων, ὡς ἐκ τούτου, ἐμβάλλει εἰς σοβαρὰν ὑποψίαν ὅτι ἡ προκαλοῦσα βλάβη δυνατὸν νὰ συνοδευθῇ καὶ ἀπὸ ὀλιγοφρενίαν. Ἡ πλήρης ἀπάθεια, ὡς καὶ τὸ ἀντίθετον αὐτῆς ἀσταμάτητον, ἄσκοπον κλάμα μετ' ἀδικαιολόγητον, συνεχῆ ἐκνευρισμὸν εἶναι ὑποπτα διὰ τὴν πρόγνωσιν σημεία. Ἀπὸ πλευρᾶς σωματικῆς ἐξετάσεως, τὰ σπουδαιότερα εὐρήματα εἶναι ἡ ἀνισότης εἰς τὰς ἀντιδράσεις (ἀριστερὰ πρὸς δεξιὰ, ἄνω πρὸς κάτω), ἡ ἀδυναμία τοῦ νεογνοῦ νὰ συλλάβῃ διὰ τῶν δακτύλων του καὶ ἡ «μικροκινησία» (περιοδικὴ διαστολὴ) τῶν δακτύλων, χειρῶν καὶ ποδῶν. Ἡ μνεῖα λεπτομερειῶν τῆς εἰδικῆς νευρολογικῆς ἐξετάσεως παρέλκει.

3. Παθολογικαὶ ἐκδηλώσεις. Περὶ τῶν παθολογικῶν ἐκδηλώσεων μιᾶς ἐκάστης συγκεκριμένης διαγνωσθεῖσης νόσου ἀνεφέρθημεν ἤδη, δι' ὀλίγων, ἄνωτέρω. Ἐνταῦθα μνημονεύομεν κυρίως ἐκείνας αἱ ὁποῖαι παρουσιάζονται κατ' ἀρχὴν ὡς ἀνεξήγητοι. Εἶναι φυσικὰ πολυάριθμοι ἔνδεικτικῶς ἀναφέρονται: αἱ μυϊκαὶ συσπάσεις ἢ ἐπιληπτικοὶ παροξυσμοί, ἡ κυάνωσις, ἡ δυσχέρεια θηλασμοῦ, ὑπερτονία, βυθιότης, ἔμετοι, μῦσις, ἀσθενὴς σφυγμὸς, ἀνώμαλος ἀναπνοή, προβάλλουσαι πηγαί, κλπ. Ἰκτερος ἐμφανιζόμενος ἐντὸς τῆς πρώτης ἡμέρας καὶ ἐντεινόμενος πολὺ, ἔστω καὶ ἐν τῇ ἀπουσίᾳ νευρολογικῶν σημείων, εἶναι ἐπίσης ὑποπτος.

**Διαφορικὴ διάγνωσις.** Αὕτη ἔχει, προ-

φανῶς, τεραστίαν σημασίαν, κυρίως διὰ τὴν μὴ ἐκ λάθους διάγνωσιν τῆς ὀλιγοφρενικῆς νόσου ἢ, ἀκόμη, καὶ τὴν διάγνωσιν τοιαύτης μὲ βαρυτέραν πρόγνωσιν.

Μία βιαστικὴ διάγνωση «μογγολισμοῦ» ἐπὶ νεογνοῦ γεννηθέντος μὲ προσωπικὴν προβολὴν καὶ ὡς ἐκ τούτου παρουσιάζοντος ἀλλοίωσιν τῶν μορίων τῆς κεφαλῆς, θὰ φέρῃ ἀδικαιολόγητον ἀναστάτως εἰς τοὺς γονεῖς. Ἐλαφροτέρας ἢ ἀπλῶς ὑπόπτους μορφὰς μογγολισμοῦ θὰ πρέπει ἐπίσης νὰ διαφορίσῃ κανεῖς ἀπὸ τὸν ὑποφυσιογενῆ νανισμόν, τὴν ἀχονδροπλασίαν, τὸν ραχιτισμόν καὶ τὸν ὑπερτελορισμόν.

Εἰς ἄλλην περίπτωσιν, ἡ ἀκριβὴς μέτρησης τῶν διαστάσεων τοῦ κρανίου ἐν συνδυασμῷ μὲ ἐξώφθαλμον, συνοστέωσιν τῶν δακτύλων καὶ περιορισμόν τῶν κινήσεων εἰς τὰς μεγάλας ἀρθρώσεις θὰ ἀποδείξῃ ὅτι πρόκειται περὶ ὀξυκεφαλίας, ἥτις, συχνότατα, συμβαδίζει μὲ φυσιολογικὴν νοημοσύνην, καὶ ὄχι περὶ ἄλλης τινὸς παθολογικῆς καταστάσεως.

Ἡ διάγνωση τῶν αἰτίων τῶν ἐπιληπτικῶν παροξυσμῶν εἶναι ἐξ ἴσου κεφαλαιώδους σημασίας, δεδομένου ὅτι τὰ βρέφη ἀντιδρῶν συχνὰ μὲ σπασμούς σὲ λοιμώξεις, ἐμπυρετικές καταστάσεις κλπ. Ὅταν λοιπὸν ἔλλειπῃ τὸ προφανὲς αἷτιον, οἱ σπασμοὶ δύνανται νὰ ἀποδοθοῦν εἰς βασικωτέραν βλάβην, δηλ. ἐξ ἐκείνων αἷτινες συνεπάγονται καὶ ὀλιγοφρενίαν (50% τῶν ὀλιγοφρενῶν ἔχουν ἐπιληπτικὰς προσβολὰς). Ὁ Burke ἀναβιβάζει τοὺς σπασμούς τῶν νεογνῶν εἰς 2%, ἀσχέτως δὲ αἰτιολογίας 25-30% ἐξ αὐτῶν ἐμφανίζουσιν ἀργότερον ὀλιγοφρενίαν.

Ὁ ἔμετος, ἡ κνάνωσις, αἱ συσπάσεις, ὁ κλαυθμός, ἡ δυσχέρεια θηλασμοῦ δὲν σημαίνουν ἀπαραιτήτως ἐγκεφαλικὴν παράλυσιν καὶ ἡ διαφορικὴ διάγνωση γίνεται ἀπὸ ἄλλα αἷτια αὐτῶν τῶν συμπτωμάτων. Σημασίαν, ἀκόμη, ἔχει καὶ ἡ διαφορικὴ διάγνωση τῆς νόσου τοῦ Little ἀπὸ τὴν συγγενῆ διπληγίαν, ἥτις παρουσιάζει συχνότερον διανοητικὴν ἀναπηρίαν.

Καίτοι σκοπὸς εἶναι νὰ διαγνωσθῇ ἐγ-

καίρως ὅ,τι ἡ ἐπιστήμη δέχεται μετὰ βεβαιότητος γνωστόν, ἡ ἐξαγωγή διαγνωστικοῦ συμπεράσματος δὲν πρέπει ποτὲ νὰ ἐπαφίεται εἰς μίαν καὶ μόνον γνώμην ἐπὶ περιπτώσεως ἐπιδεχομένης διαφορικῆς διαγνώσεως.

**Σχόλιον - Συμπεράσματα.** Ἡ ἐπὶ τῶν νεογνῶν διάγνωση καταστάσεων αἷτινες συνεπάγονται ὀλιγοφρενίαν στηρίζεται ἄλλοτε εἰς ἀνατομικὰ γνωρίσματα καὶ ἄλλοτε εἰς διαταραχὰς τῆς φυσιολογίας ἢ τὴν ἐμφάνισιν ἐιδικῶν συμπτωμάτων. Εἰς τὰς δευτεροπαθεῖς ὀλιγοφρενίας, ἐπειδὴ ἡ προκαλοῦσα βλάβη ἐπισυμβαίνει μετὰ τὴν τελείωσιν τοῦ σώματος, τὰ λεγόμενα ἀνατομικὰ στίγματα ἐλλείπουν. Εἰς τὰς πρωτοπαθεῖς ὅμως (80% τοῦ συνόλου τῶν ὀλιγοφρενῶν), τὰ βαρέως «ἐστιγματισμένα» βρέφη ἔχουν καὶ βαρεῖαν πρόγνωσιν διανοητικῆς ἀναπηρίας, καὶ εἰς αὐτὰ ἡ διάγνωση τίθεται ἀνεπιφυλάκτως καὶ εὐθὺς μετὰ τὸν τοκετόν. Ὅσον ὅμως τὰ «στίγματα» (ἀνατομικαὶ ἀτέλειαι ἢ ἰδιομορφίαι) εἶναι ὀλιγώτερα, τόσον αὐξάνουν αἱ ἐπιφυλάξεις ὡς πρὸς τὴν πρόγνωσιν, τέλος δὲ καὶ ὡς πρὸς αὐτὴν ταύτην τὴν διάγνωσιν. Διότι πλεῖστα φυσιολογικὰ ἄτομα—ἐνίοτε λίαν νοήμονα—φέρουν τοιαῦτα μεμονωμένα «στίγματα». Ἡ σημασία των, ὅθεν, ὑπάρχει μόνον ὅταν εἶναι πολλὰ τὸν ἀριθμὸν καὶ ἔντονα τὴν ὄψιν, ἢ προκαλοῦν παραμόρφωσιν τῆς κεφαλῆς ἢ συνοδεύωνται ἀπὸ βραχυσωμίαν καὶ ἐπιληπτικὰς προσβολὰς.

Ἡ σημασία τῆς ἐπιληψίας αὐξάνει ὅσον τὸ αἷτιον ποῦ τὴν προκαλεῖ παραμένει ἄγνωστον καὶ ὅσον αὐτὴ συνδυάζεται μὲ συγγενεῖς ἀνατομικὰς ἀτελείας ἢ μὲ ἀνωμαλίαν εἰς τὰς συνήθεις ἀντιδράσεις τοῦ νεογνοῦ.

Ἡ σημασία τῆς ἀσφυξίας εἶναι ἐξ ἴσου σχετικὴ, καθ' ὅσον 20% τῶν πρωτοτόκων ἔχουν ἀσφυξίαν χωρὶς ὀλιγοφρενικὴν ἐπιπλοκὴν (Kugelmass). Εἶναι ἀκίνδυνος κυρίως ὅταν ὀφείλεται εἰς εἰσπνοὴν βλέννης ἢ ἀμνιακοῦ ὑγροῦ ἢ εἰς τὸ ἀναισθητικὸν τὸ χορηγηθὲν εἰς τὴν μητέρα. Πάντως, ὅταν παραταθῇ ἡ ἀσφυξία, ἀσχέτως αἰτιολογίας, ἄγει εἰς ἐπικίν-



δυνον ἀνοξαιμίαν τοῦ ἐγκεφάλου, εἶναι δὲ γνωστὸν ὅτι τὰ νευρικὰ κύτταρα δὲν ἐπιζοῦν ἂν στερηθοῦν τελειῶς τοῦ ὀξυγόνου ἄνω τῶν 8 λεπτῶν.

Ἐν γενικῷ συμπεράσματι, ἡ μετὰ βεβαιότητος διάγνωσις τῆς ὀλιγοφρενίας εἰς τὰ νεογνὰ ἀφορᾷ: τὸν μογγολισμόν, τὴν μικροκεφαλίαν καὶ τὰς ἀκραίας περιπτώσεις τῶν ἀναφερθεισῶν ἀνωτέρω παθολογικῶν καταστάσεων. Τὸ πνεῦμα τῆς κατὰ τὸ δυνατόν ἐγκαίρου διαγνώσεως

εἶναι νὰ παρασχεθῇ εἰ δυνατόν θεραπευτικὴ βοήθεια εἰς τὸ βρέφος (π.χ. φαινυλκετονουρία, γαλακτοζαιμία), κυρίως ὁμῶς νὰ προπαρασκευασθοῦν τὸ ταχύτερον οἱ γονεῖς. Εἰς περιπτώσιν ὁμῶς καὶ τῆς ἐλαχίστης ἀμφιβολίας ἐπιβάλλεται ἄκρα ἐπιφυλακτικότης καὶ παραπομπὴ εἰς εἰδικὸν ἰατρὸν διὰ γνωμάτευσιν, ἐφ' ὅσον ἄλλωστε αὐτὸς θὰ ἀναλάβῃ ἐν συνεχείᾳ τὴν διαφώτισιν καὶ καθοδήγησιν τῶν γονέων.



ΔΙΕΘΝΗ ΝΕΑ

«ΑΥΞΑΝΕΣΘΕ ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΝΕΣΘΕ» ἢ... ΟΧΙ;

Η ΑΠΟΨΙΣ ΤΗΣ ΓΑΛΛΙΚΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΔΕΝ ΕΥΝΟΕΙ  
ΤΑΣ ΠΟΛΛΑΣ ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ

Εἰς τὸ ἐπίμαχον καὶ πολὺ ἀκανθῶδες θέμα τοῦ περιορισμοῦ τῶν γεννήσεων, τὸ ὁποῖον τελευταίως, λόγῳ τοῦ κινδύνου τοῦ ὑπερπληθυσμοῦ τῆς Γῆς, τόσον ἔχει ἀπασχολήσει τοὺς κοινωσιολόγους καὶ τοὺς ὑπευθύνους τῶν Λαῶν, ἡ Ἱεραρχία τῆς Ἐκκλησίας τῆς Καθολικῆς Γαλλίας εἶχε τὴν τόλμην νὰ λάβῃ συγκεκριμένους ἀποφάσεις ἐπὶ τοῦ θέματος τοῦ ἐλέγχου τῶν γεννήσεων.

Ἡ «διακοίνωσις» τῆς Γαλλικῆς Ἐκκλησίας, ἡ ὁποία, σημειωτέον, υἱοθετεῖται καὶ ὑπὸ τῆς Ἁγίας Ἐδρας τῆς Ρώμης, ἀρχίζει ὡς ἑξῆς: «Ἀπὸ τινος χρόνου διεξάγεται εἰς τὴν Γαλλίαν καὶ ὅλον τὸν Κόσμον μία ἐκστρατεία διὰ τὸν περιορισμὸν τῶν γεννήσεων μὲ ἀντισυλληπτικὰς μεθόδους, ἡ ὁποία ἐκστρατεία διατάσσει τὰ πνεύματα, συ-

σκοτίζει τὴν Κοινὴν Γνώμην καὶ κινδυνεύει νὰ ἔξη σοβαρῶτερον ἀντίκτυπον ἐπὶ τῶν ἀτόμων, τῶν οἰκογενειῶν καὶ τῶν ἔθνων. Ἡ κίνησις αὕτη ἐπικαλεῖται διάφορα ἐπιχειρήματα, ὅπως τὴν χειραφέτησιν τῆς γυναικὸς, τὴν ἀπόλυτον ἀτομικὴν ἐλευθερίαν καὶ, ἀκόμη, τὸν ἀγῶνα κατὰ τῶν ἐκτρώσεων ἢ κατὰ τοῦ ὑπερπληθυσμοῦ, καὶ ὅτι ὁ περιορισμὸς τῶν γεννήσεων εἶναι τὸ μόνον ἀποτελεσματικὸν μέσον διὰ τὴν καταπολέμησιν τῆς πείνης εἰς τὸν Κόσμον. Τὸ πρόβλημα εἶναι γεγνηνός ὅτι παρουσιάζει ποικίλας ὄψεις δημογραφικῆς, ψυχολογικῆς, κοινωνικῆς καὶ ἠθικῆς φύσεως. Διὰ τοῦτο θεωροῦμεν καθήκον μας νὰ διαφωτίσωμεν τὰς συνειδήσεις ὑπὸ τὸ φῶς τῆς ἠθικῆς τῶν χριστιανικῶν ἐντολῶν.»

## Ο ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ ΘΕΟΥ

Το ανωτέρω πνεύμα και η μεθοδικότης βάσει τών όποιων οί Ιεράρχαι τής Γαλλίας εξέτασαν τό όντως δυσκολώτατον τουτο θέμα, τό όποϊον άπασχολεί όλους τούς λαούς και ιδίως τούς χριστιανικούς, λόγω τών άυστηρών εντολών τής Έκκλησίας, καθιστά τό κείμενον τής άνωτέρω «διακοινωνάσεως» λίαν επίκαιρον και ένδιαφέρον, και διά τουτο άξίζει νά δοθοϋν τά πλέον χαρακτηριστικά άποσπάσματα τής άποφάσεως τής Γαλλικής Ίεραρχίας:

«Η Έκκλησία συναισθάνεται τās δυσκολίας και τά βάρη που επιβάλλει εις τήν οικογένειαν ό θεσμός τών άλληλοδιαδόχων γεννήσεων. Γνωρίζει επίσης τά υπό τών διαφόρων ένθων παρουσιαζόμενα προβλήματα έκ τής ταχείας αύξήσεως του πληθυσμού. Παρ' όλα ταύτα, ή Έκκλησία έχει άποστολήν νά υπενθυμίη τās αρχάς, αί όποίαι πρέπει νά οδηγούν τούς ανθρώπους, και ιδίως τούς έχοντας τήν ευθύνην τών κοινών, προς έξεύρεσιν λύσεων ανθρωπιστικών, θαρραλέων και θετικών.»

Έν συνεχεία, ή «διακοίνωσις» αναφέρει ότι μόνον ό Νόμος του Θεου είναι κατηγορηματικός και ότι ύφίσταται έντός του ανθρώπου φυσική τάξις τήν όποιαν ό Πλάστης έγκαθίδρυσε διά τό καλόν τών άτόμων και τής κοινότητας. Ό άνθρωπος πρέπει νά τρέφη αγάπην προς τήν ζωήν και τήν οικογένειαν. Απαγορεύεται και διά ήθικόν άκόμη σκοπόν ή χρησιμοποίησις έσωτερικής μεθόδου, ή όποία αντίτιθεται εις τό βαθύ νόημα τής ανθρωπίνης λειτουργίας.

## ΟΧΙ ΣΥΝΕΧΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΣ

Έν συνεχεία προσθέτει: «Η Έκκλησία δέν επιμένει εις τήν έν πάση θυσία συνεχή γονιμότητα. Διά νά βοηθήση δε τούς συζύγους εις τήν έκπληρωσιν τής άποστολής των και τής έπιτελέσεως του κυρίου σκοπου του γάμου, όστις είναι όχι μόνον ή τεκνογονία αλλά και ή ανατροφή τών τέκνων, ποιείται έκκλησιν εις τήν λογικήν, εις τό καθήκον και τήν συνείδησιν, εις τήν γνησίαν αγάπην, εις τās ευθύνas τών γονέων, διά νά αποφασίσουν ένάπιον του Θεου πόσα παιδιά θά είναι εις θέσιν νά αναθρέψουν.»

Η άνωτέρω άπόφασις, ή όποία προεκάλεσεν εις τούς θεολογικούς κύκλους διεθνώς διάφορα σχό-

λια, ευμενής κυρίως, διά τήν θαρραλεότητα τής Γαλλικής Έκκλησίας, θεωρείται ως μία από τās σοβαρώτερας υπευθύνους άποφεις επί του θέματος.

## ΕΙΣ ΤΗΝ ΣΥΝΕΙΔΗΣΙΝ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Η Γαλλική Έκκλησία άφήνει πρωτοβουλίαν του αριθμου τών παιδιών εις τήν λογικήν και τήν συνείδησιν τών γονέων, άλλ' άποδοκιμάζει έν συνεχεία άρισμένα μέσα περιορισμού γεννήσεων. «Άποδοκιμάζομεν όλας τās επινοήσεις, αί όποιαι, διά μέσου αντισυλληπτικών μεθόδων και στείρωτικών παραγόντων, έχουν σκοπόν νά έμποδίσουν τεχνητώς τήν έλευσιν τών τέκνων εις τόν κόσμον. Τά μέσα αυτά, άντι νά περιορίσουν τās εκτρώσεις, τās πολλαπλασιάζουν και καταστρέφουν τόν σεβασμόν προς τήν ζωήν.»

Οί Ιεράρχαι τής Γαλλίας δέν παραλείπουν επί τή ευκαιρία νά τονίσουν ότι με άπόλυτον έμπιστοσύνην εις τήν έπιστήμην είναι δυνατόν νά προοδεύση ή ανθρωπότης και ν' άποκαλυφθοϋν τά κεκρυμμένα εισέτι άποθέματα τής Φύσεως που ό Πλάστης έθεσεν έντός τής γής, του άέρος και τής θαλάσσης διά νά ίκανοποιηθοϋν αί άνάγκαι όλων τών ανθρώπων.

Τήν άνωτέρω άπόφασιν άρισμένα Ιταλικά έφημερίδες παρουσίασαν ως νέαν γνώμην τής Καθολικής Έκκλησίας. Επί του θέματος, εις τό επίσημον όργανον του Βατικανου «Ρωμάιος Παρατηρητής» εδόθη ή άπάντησις, ότι άνέκαθεν τουτο ήτο διδασκαλία τής χριστιανικής ήθικής και ότι: «Υπάρχει θεσις διά τόν νόμιμον έλεγchon τών άτομικών όργανων όρμών, ως και διά τήν λογικήν πρόβλεψιν του μέλλοντος.»

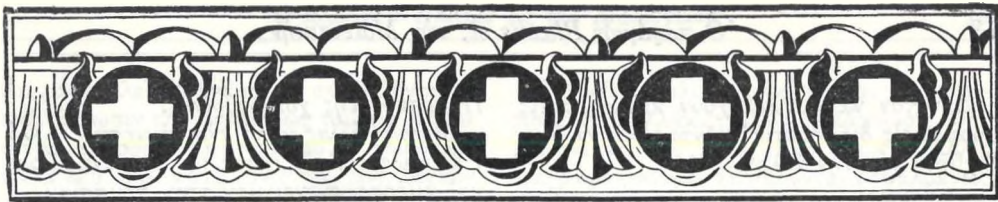
## ΑΙ ΕΚΚΛΗΣΙΑΙ ΤΗΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

Τό λιαν επίκαιρον τουτο θέμα άπασχόλησε και τās Έκκλησίας τής Αμερικής, που διά μεγάλης πλειοψηφίας άνέκριναν τήν χρήσιν τεχνητών μεθόδων διά τόν περιορισμόν τών γεννήσεων δι' αντισυλληπτικών μέσων εκεί όπου τό επιβάλλουν αί περιστάσεις». Τό Έθνικόν Συμβούλιον Έκκλησιών τής Αμερικής άποτελείται από 24 εκπροσώπους τής Διαμαρτυρομένης Έκκλησίας και 8 τής Όρθοδόξου.

Ός έννάσθη, οί αντιπρόσωποι τών Όρθοδόξων Έκκλησιών δέν έλαβον μέρος εις τήν ψηφοφορίαν επί του θέματος τουτου.







## Ο ΠΑΡΑΓΩΝ RHESUS ΕΙΣ ΤΗΝ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΝ\*

Υπό

Τ. Φ. ΝΙΚΟΓΛΟΥ

### I. Σύνδρομον ἔνδομητρικῆς περιόδου

1. Ἐνδομήτριος θάνατος τοῦ ἔμβριου. Οὗτος ἐπέρχεται κατὰ τὸ 2ον ἡμισυ τῆς κυήσεως, συνηθέστερον κατὰ τὸν 8ον ἢ 9ον μῆνα, συνεπεία ἰσο-ανισοποιήσεως εἰς τὸν παράγοντα Rh. Οἱ θάνατοι αὐτοὶ δὲν διαφέρουν κλινικῶς ἀπὸ τοὺς ἄλλους ἔνδομητρίους θανάτους τοῦ ἔμβριου, ὀφειλομένους εἰς διαφόρους αἰτίας, καὶ μόνον ἡ ἀνίχνευσις τοῦ παράγοντος Rh, διὰ τῆς ἐξετάσεως τοῦ αἵματος, ἐπιτρέπει τὴν ἀνακάλυψιν τῆς αἰμολυτικῆς νόσου.

2. Ἐμβρυοπλακούντιος ὕδρωψ ἀνὰ σάρκα. Τὸ ἔμβρυον ἀποθνήσκει πρὸ τοῦ τοκετοῦ ἢ ὀλίγας ὥρας μετὰ. Τὸ νεογέννητον εἶναι ὀγκῶδες, βραχύ, μὲ ἀποτρόπαιον ὄψιν καὶ οἰδηματώδες. Τὸ οἶδημα ἐξαφανίζει τοὺς ὀφθαλμούς καὶ τὴν μύτη καὶ διογκώνει τὰ χεῖλη, ἐκ τῶν ὁποίων ἐξέρχεται ἡ γλῶσσα, παχειά καὶ διηθημένη. Ὁ θῶραξ εἶναι πεπλατυσμένος, ἡ κοιλία τεραστία, πλαδαρὴ καὶ διατεταμένη ἀπὸ τὸν ἀσκίτην. Τὸ δέρμα εἶναι κηρῶδες, τὰ μέλη συνεστραμμένα καὶ τὸ βάρος δυσανάλογον μὲ τὴν εἰκαζομένην ἡλικίαν τῆς κυήσεως. Ὁ πλακοῦς, εὐμεγέθης (1.000-1.500 γρ.), ἐρυθρὸς καὶ εὐθρυπτος. Ὁ λῶρος ἔχει διάμετρον 2-3 φορές μεγαλυτέραν τοῦ φυσιολογικοῦ, τὸ δὲ ἐνάμιον ὑγρὸν εἶναι κιτρινωπὸν καὶ ἄφθονον.

Ἐκτὸς τῆς κλασικῆς ταύτης μορφῆς ὑπάρχουν καὶ λαυθάνουσαι μορφαί. Πράγματι, μετὰ τοῦ καθολικὰ τούτου «πρημένου» ἔμβριου, ποὺ ὑποκίπτει συν-

ήθως ἐντὸς τῆς μήτρας, καὶ τοῦ ἐλαφρῶς οἰδηματώδους καὶ ἰκτερικοῦ νεογεννήτου, ποὺ μπορεῖ ἔνδεχομένως καὶ νὰ ἰαθῇ, ὑπάρχουν πολλοὶ ἐνδιάμεσοι βαθμοί. Πάντως, εἰς μερικὰ λαυθάνουσαι μορφὰ μᾶς διαφεύγουν, ἀπεναντίας δυνάμεθα, ἤδη κατὰ τὴν κύησιν, νὰ ὑποψιασθῶμεν καὶ νὰ θέσωμεν εὐκόλως τὴν διάγνωσιν τῆς σοβαρᾶς μορφῆς τῆς αἰμολυτικῆς ταύτης νόσου.

Ἡ προσοχὴ μας ἀποσπᾶται τότε ἀπὸ τὴν ὑπέρμετρον ἀνάπτυξιν τῆς μήτρας, ὡς καὶ τὴν ὑπαρξιν μεγάλης ποσότητος ἐναμιῶν ὑγροῦ, πότε ἀπὸ τὴν μετρίαν ζωτικότητα τοῦ ἔμβριου (σκιρτήματα καὶ παλμοὶ μόλις αἰσθητοί), καὶ πότε ἀπὸ τὴν παντελῆ ἔλλειψιν ζωῆς (ἔλλειψις παλμῶν καὶ σκιρτημάτων). Ἡ ὑποψία μας ἐπιβεβαιοῦται τότε μὲ τὴν ἀκτινογραφίαν, ἡ ὁποία εἶναι χαρακτηριστικὴ: Αὕτη ἐμφανίζει ἐν ἔμβρυον ὀγκῶδες, τοῦ ὁποίου ἡ διατεταμένη καὶ βατραχοειδῆς κοιλία ἀπομακρύνει τὰ κάτω ἄκρα, καὶ ἰδίως τοὺς μηρούς, κατὰ τρόπον ὥστε, εἰς κοιτάζωμεν τὴν ἀκτινογραφίαν ἀνεστραμμένην (ἡ κεφαλὴ τοῦ ἔμβριου πρὸς τὰ ἄνω), ἔχομεν σαφῶς τὴν εἰκόνα «τοῦ ἔμβριου Βούδδα».

Οὐχ ἤττον ὅμως ἡ διάγνωσις γίνεται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον μετὰ τὸν τοκετόν.

### II. Σύνδρομον νεογνικῆς περιόδου (ζήτημα κλινικῆς ἐξετάσεως)

Εἰς τὴν περίπτωσιν αὐτὴν ἡ αἰμολυτικὴ νόσος ἐμφανίζεται εἰς τὸ νεογέννητον ὑπὸ τρεῖς μορφάς:

1. Τὸν βαρὺν ἰκτερον.
2. Τὴν ἀναιμίαν.
3. Τὸν πυρηνικὸν ἰκτερον.

\* Συνέχεια ἐκ τοῦ προηγουμένου καὶ τέλος.

Δυνατόν νά συνυπάρχουν καί αἱ τρεῖς μορφαί εις διαφορετικὴν ἔντασιν ἢ νά διαδεχθῆ ἡ μία τὴν ἄλλην.

### 1. ΒΑΡΥΣ ΙΚΤΕΡΟΣ

#### Α' Κλινικὴ εἰκὼν

Ὁ ἱκτερος αὐτὸς ἐμφανίζεται ἀμέσως ἀπὸ τὰς πρώτας ὥρας μετὰ τὸν τοκετόν, ἀντιθέτως πρὸς τὸν φυσιολογικὸν ἱκτερον, ποῦ ἐμφανίζεται βραδύτερον.

Ὁ ἱκτερος, ἐκτεινόμενος ἀπὸ ὥραν σὲ ὥραν, χρωματίζει κατ' ἀρχὰς τὸν ὀμφάλιον λῶρον καὶ εἶτα γενικεύεται εἰς τὸ δέρμα καὶ τοὺς βλεννογόνους. Τὸ νεογέννητον παρουσιάζει κιτρινέρυθρον ὄψιν. Τὸ ἦπαρ του εἶναι διωγκωμένον, σκληρόν, λεῖον. Ἐπίσης ὁ σπλὴν εἶναι διωγκωμένος. Δὲν ὑπάρχει ἀσκίτης, ἀλλὰ οἰδηματώδης διήθησις τοῦ ὑποδορίου ἰστυῦ, μὲ διάσπαρτα αἱμορραγικὰ στίγματα εἰς τὸ δέρμα. Τὸ νεογέννητον εἶναι ὑποθερμικὸν καὶ καταβεβλημένον.

Πρὸς ἐκτίμησιν τῆς βαρύτητος τῆς καταστάσεως διακρίνομεν 3 βαθμούς.

1ος βαθμός:

Ἀντίδρασις Coombs θετικὴ.

Τὰ κλινικὰ συμπτώματα μόλις διαγράφονται. Ὁ ἱκτερος δὲν παρουσιάζεται ἀμέσως καὶ δὲν εἶναι ἔντονος.

2ος βαθμός:

Ὅλα τὰ προηγούμενα, σὺν ἥπατοσπληνομεγαλίᾳ.

3ος βαθμός:

Διαταραχαὶ τῆς ἀναπνοῆς (κυανώσεις), ὡς καὶ νευρικαί. Ἄφθονα αἱμορραγικὰ στίγματα ἐπὶ τοῦ δέρματος.

#### Β' Ἐργαστηριακὰ

Ἐπικουρικῶς τὸ ἐργαστήριον θὰ δώσῃ πολύτιμα στοιχεῖα ἐκτιμήσεως τῆς καταστάσεως.

Καταμέτρησις τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων.

Ποσοστὸν ἐρυθροβλαστῶν.

Ποσοστὸν θετικότητος τῆς ἀντιδράσεως Coombs.

Ποσοστὸν τῆς αἰμοσφαιρίνης.

15 γρ. ποσοστὸν ἐλαφρᾶς μορφῆς.

8 γρ. ποσοστὸν βαρῆς μορφῆς (Mollisson).

Ποσοστὸν τῆς χολερυθρίνης.

Μικρᾶς ἀξίας κατὰ τὴν γέννησιν. Ἀλλὰ ἡ ἀνύψωσις αὐτῆς, κατὰ τὰς ἐπομένους ὥρας καὶ ἡμέρας, ἐνέχει μεγίστην σημασίαν.

18 χιλ. % εἶναι τὸ ποσοστὸν σύνορον.

Πέραν αὐτοῦ, κίνδυνος πυρηνικοῦ ἱκτέρου.

Χρόνος τοῦ Quick (πήξεως)

κάτω τῶν 18 δευτερολέπτων = καλὴ πρόγνωσις,

ἄνω τῶν 22 δευτερολέπτων = βαρεῖα κατάστασις.

(φυσιολογικῶς 12-13 δευτερόλεπτα).

#### Γ' Ἐξέλιξις

Ἄνευ θεραπείας, ὁ βαρὺς ἱκτερος ἐξελίσσεται 95% εἰς θάνατον. Καίτοι ἡ κατάσταση τοῦ νεογεννήτου ἦτο μετὰ τὸν τοκετόν καλὴ, ταχέως, ἐντὸς 2-3 ἡμερῶν, αὕτη χειροτερεύει. Τὸ νεογέννητον ἀρνεῖται νά θηλάσῃ, χάνει βάρος, παρουσιάζει κυανωτικὰ κρίσεις, ὡς καὶ νευρικὰς τοιαύτας, χαρακτηριζόμενας ὑπὸ διαταραχῶν τοῦ τόνου, συνισταμένων εἰς ὑπερτονίαν (ὀπισθότονος) καὶ ὑποτονίαν, ποῦ εἶναι ἔκδηλα σημεῖα προσβολῆς τοῦ φαιοῦ κεντρικοῦ πυρῆνος (πυρηνικὸς ἱκτερος), πίπτει εἰς προοῦσαν καματώδη κατάστασιν καὶ ὑποκύπτει πρὸ τοῦ τέλους τῆς πρώτης ἐβδομάδος.

Μερικαὶ βαρύταται μορφαί, ἐπιφέρουν τὸν θάνατον ἐντὸς ὀλίγων ὡρῶν.

Εἰς περίπτωσιν καθ' ἣν, μετὰ προσβολῆν ὑπὸ βαρέος ἱκτέρου, τὸ νεογέννητον ἐπιζήση, παρατηροῦνται μελλοντικῶς ἀξιοσημεῖωτοι διαταραχαί.<sup>1</sup>

#### Δ' Τηρητέα ἀγωγή

Διὰ τοῦτο ἐπιβάλλεται ἡ παρακολούθησις τῶν νεογεννήτων πολλάκις τὰς πρώτας ὥρας, ὡς καὶ τὴν 1ην καὶ 2αν ἡμέραν, μετὰ τὴν γέννησιν, δεδομένου ὅτι ἐμφάνις κιτρίνης χροιάς κατὰ τὴν περίοδον ταύτην σημαίνει κατὰ πᾶσαν πιθανότητα ἱκτερον αἰμολυτικῆς νόσου, καὶ οὐχὶ καλοῆθη ἱκτερον.

Ἡ συνύπαρξις τῆς ἥπατο-σπληνομεγα-

1. Ἴδε περαιτέρω: Πυρηνικὸς ἱκτερος.



λιάς, ἀποτελεῖ ἐν ἐπὶ πλέον στοιχεῖον πρὸς ἐπιβεβαίωσιν τῆς ὑποθέσεως ταύτης. Ἀλλὰ καὶ ἐν ἀπουσίᾳ τοῦ στοιχείου τούτου, πρέπει ἄνευ χρονοτριβῆς νὰ γίνῃ διακομιδὴ τοῦ νεογενήτου εἰς ὄργανωμένον κέντρον (Νοσοκομεῖον, Μαιευτήριον ἢ Κλινικὴν), πρὸς ἐκτέλεισιν τῆς δεούσης θεραπευτικῆς ἀγωγῆς.<sup>1</sup>

## 2. ANAIMIA (ΕΡΥΘΡΟΒΛΑΣΤΙΚΗ)

Αὕτη ἐμφανίζεται συνήθως κατὰ τὴν 2-3ην ἡμέραν ἀπὸ τοῦ τοκετοῦ (ἐρυθροβλαστική ἀναιμία τοῦ Ecklin) καὶ δύναται νὰ συνοδεύεται ἢ μὴ ὑπὸ ἐλαφροῦ ἰκτεροῦ.

Ἡ ὠχρότης εἶναι ἐντυπωσιακὴ. Τὸ ἥπαρ καὶ ὁ σπλὴν εἶναι διωγκωμένα. Τὸ αἷμα δεικνύει ἔντονον ἀναιμίαν, μετ' ἐρυθρὰ 3.500.000, αἰμοσφαιρίνην 45%, παρουσίαν ἐρυθροβλαστῶν εἰς ἀναλογία 20 ἢ 30%, ὡς καὶ ἐλαφρὰν λευκοκυττάρωσιν.

Ἡ μορφή αὐτὴ εἶναι ἡ ὀλιγώτερον βαρεῖα καὶ ἐθεραπεύετο ἄλλοτε δι' ἀπλῆς μεταγίσεως.

## 3. ΠΥΡΗΝΙΚΟΣ ΙΚΤΕΡΟΣ

Οὗτος εἶναι ὁ ἐφιάλης παντὸς ἱατροῦ ποῦ παρακολουθεῖ κατὰ τὰς πρώτας ἡμέρας ἕνα βαρὺν ἰκτερον. Συνήθως ἡ ἐπιπλοκὴ αὕτη παρουσιάζεται τὴν 3ην ἢ 4ην ἡμέραν ἀπὸ τοῦ τοκετοῦ εἰς νεογενήτα μὴ ὑποβληθέντα εἰς θεραπείαν, καὶ ἐνίοτε παρὰ τὴν γενομένην εἰς αὐτὰ ἀφαιμαξομετάγγισιν, εἴτε διότι αὕτη ἐγένετο πλημμελῶς εἴτε διότι ἄργησε νὰ γίνῃ (12-24 ἢ περισσότερο ἀκόμη ὥρας μετὰ τὴν γέννησιν).

Τὸ νεογενήτον παρουσιάζει διακυμάνσεις τῆς θερμοκρασίας (ὑπο-ἢ ὑπερθερμία), ὡς καὶ διαταραχὰς τῆς ἀναπνοῆς (ἄπνοια ἢ κυανώσεις). Τὸ παθογνομικὸν ὅμως σημεῖον εἶναι ὁ ὀπισθότονος. Εἶτα ἀκολουθοῦν: ὁ τρόμος τῶν ἄκρων, τῆς κάτω γνάθου, τῶν βλεφάρων, τῶν μυῶν τοῦ προσώπου, ὡς καὶ νυσταγμοειδεῖς κινήσεις τῶν βολβῶν τῶν ὀφθαλμῶν, καὶ σπασμοὶ τῶν ἄκρων, μετ' χαρακτηριστικὰς ἰδίως κινήσεις τύπου ἀθετώσεως τῶν ἄνω ἄκρων.

Γενικῶς, ἡ κλινικὴ εἰκὼν εἶναι χαρακτηριστικὴ. Πολλάκις, ὅμως, ἡ διάγνωσις δυσχεραίνεται, διότι τὰ συμπτώματα μόλις διαγράφονται καὶ ἀποδίδονται ἐσφαλμένως εἰς ἐγκεφαλικὴν αἰμορραγίαν ἢ ἐγκεφαλικὸν οἴδημα.

Ἡ ὀσφρυϊκὴ παρακέντησις ἐξασφαλίζει τὴν διάγνωσιν.

## Ἐξέλιξις

Αὕτη εἶναι ταχεῖα καὶ μοιραία. Τὰ προσβληθέντα νεογενήτα ὑποκύπτουν συνήθως ἐντὸς ὀλίγων ἡμερῶν. Ἀλλὰ καὶ μακρὰ ἐπιβίωσις δὲν εἶναι σπανία.

Ἐὰν παραδόξως τὸ νεογενήτον ἐπιζήσῃ, παρατηροῦνται μελλοντικῶς διανοητικαὶ καὶ κινητικαὶ διαταραχαί. Εὐτυχῶς, δὲν ἔχομεν πάντοτε ὡς ἐπακόλουθον τὸν τύπον τοῦ ἡλιθίου, ἢ τὴν νόσον τοῦ Little. Ἡ κινητικὴ διαταραχὴ δύναται νὰ εἶναι ὀλιγώτερον ἔντονη καὶ νὰ περιορίζεται εἰς μικρὰν μόνον διαταραχὴν τοῦ τόνου, ποῦ προκαλεῖ μερικὰς ἀδέξιες κινήσεις, ἢ μικρὰν τινα μεμονωμένην παράλυσιν.

Ἡ διανοητικὴ κατάστασις ἐπηρεάζεται πολὺ ὀλιγώτερον τῶν στατικῶν λειτουργειῶν. Ὅσον δὲ ἀφορᾷ εἰς τὰς διαταραχὰς τῆς ψυχικῆς σφαίρας, αὗται δύνανται νὰ προσλάβουν ποικίλους βαθμοὺς ἐντάσεως.<sup>1</sup>

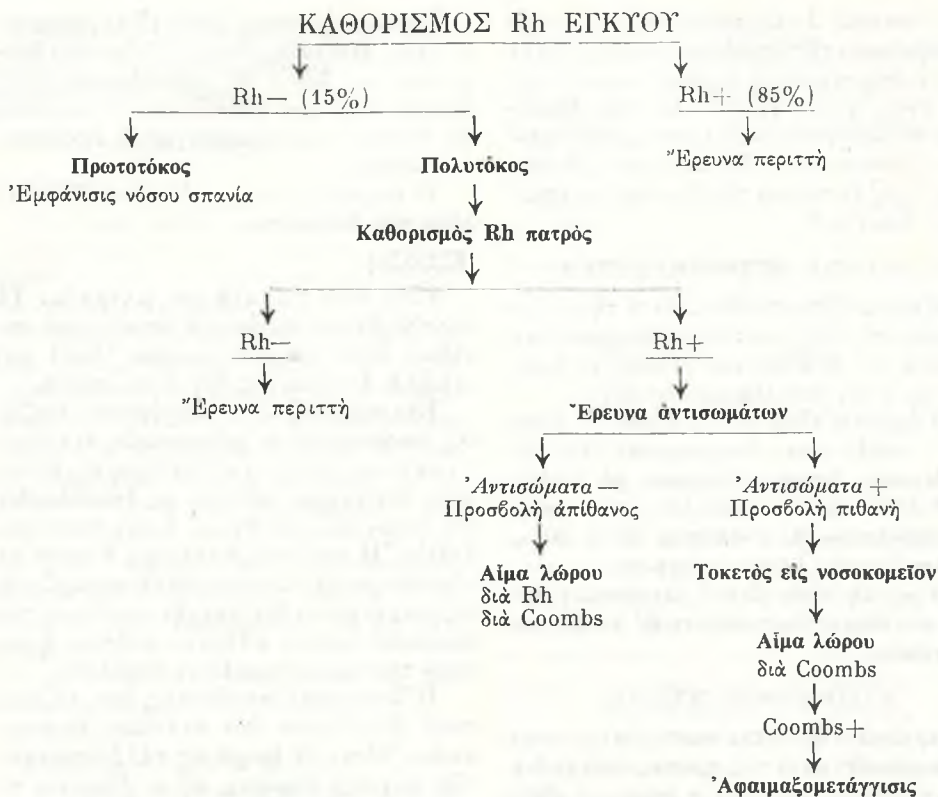
## Ἀνίχνευσις Rh ἐγκύου

Κατὰ κανόνα, πρὸς πρόληψιν τῶν ἀνωτέρω, δεόν ὅπως εἰς κάθε ἔγκυον γίνεται ἐξέτασις διὰ τὸν παράγοντα Rh πρὸ τοῦ τοκετοῦ, οὕτως ὥστε νὰ καθίσταται δυνατὴ ἡ πρόγνωσις διὰ τὴν τυχόν ἐμφάνισιν τῆς αἰμολυτικῆς νόσου εἰς τὸ ἀναμενόμενον τέκνον.

Οὕτω, καθ' ἣν στιγμὴν λαμβάνεται αἷμα, κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς κυήσεως, διὰ τὴν εξέτασιν κατὰ Βάσερμαν, ποσότης τοῦ αἵματος τούτου (5 κ.ἐκ.) τοποθετεῖται εἰς δοκιμαστικὸν σωληνάριον περιέχον ἀντιπηκτικὴν οὐσίαν (ὀξαλικὸν κάλι). Τὸ σωληνάριον τοῦτο ἀνακινεῖται πρὸς διάλυσιν τοῦ ὀξαλικοῦ καλίου καὶ παραπέμπεται διὰ τὸν προσδιορισμὸν τοῦ παράγοντος Rhesus.

1. Ἴδε περαιτέρω: Θεραπευτικὴ ἀγωγή.

1. Ἴδε περαιτέρω: Θεραπευτικὴ ἀγωγή.



### Προφύλαξις τῆς ἀσυμβατότητος

Ἐπιβεβαιωθείσης ἀσυμβατότητος Rh, δὲν ὑπάρχει δυνατότης παρεμποδίσεως σχηματισμοῦ συγκολλητινῶν πρὸς πρόληψιν τῆς αἰμολυτικῆς νόσου. Πειράματα ἐκτελεσθέντα πρὸς αὐτὴν τὴν κατεύθυνσιν, διὰ χρησιμοποιήσεως κορτιζόνης,<sup>1</sup> Acth<sup>2</sup> καὶ βιταμίνης E,<sup>3</sup> οὐδὲν ἀπέδωσαν.

Ἡ προφύλαξις στηρίζεται ἐπὶ τῶν ἐξῆς:

1. Αἱ μεταγγίσεις νὰ γίνωνται δι' αἵματος ἀπολύτως συμβατοῦ, δηλαδὴ μὲ δότας τελείως καθωρισμένης ομάδος.

1. J. Andersen, Doerner, κ.ά.

2. Christensen, Marculis, Stewart.

Ἡ A.C.T.H. εἶναι ἄδρενο-κορτικοτρόπος ὁρμόνη τοῦ προσθίου λοβοῦ τῆς ὑπόφυσεως (πρωτεΐνη ἀγνώστου χημικῆς συνθέσεως). Λαμβάνεται ἀπὸ τὴν ὑπόφυσιν τῶν χοίρων, βοῶν, ἵππων, προβάτων καὶ τελευταίως (ὑπὸ τῶν Σκανδιναβικῶν), ἀπὸ τὴν ὑπόφυσιν φαλακίης.

3. B. S. Berge καὶ Van Assen.

2. Ἐφ' ὅσον δὲν γνωρίζομεν τὸν παράγοντα Rh τῆς γυναικός, νὰ μεταγγίζεται αἷμα Rh—.

3. Σὲ κάθε ἔγκυον νὰ γίνεταί προ τοῦ τοκετοῦ ἐξέτασις αἵματος διὰ τὸν παράγοντα Rh.

4. Οὐδέποτε νὰ γίνεταί ἑτεροαιμοθεραπεία εἰς νεάνιδα.

### Θεραπευτικὴ ἀγωγή

I. Ἐπὶ ἐγκύον μὲ —Rh:

1. Πρωτοτόκος

Σύζυγος ὁμοζυγῶτης ἢ ἑτεροζυγῶτης. Οὐδέν.

2. Πολυτόκος

A. Σύζυγος ὁμοζυγῶτης Rh+(DD).

Προσδιορισμὸς τοῦ τίτλου συγκολλητινῶν: Ἀπὸ τὴν 30ὴν ἑβδομάδα τῆς κυήσεως, ἄνοδος αὐτοῦ δηλοῖ ἐπιδείνωσιν τῶν



φαινομένων ἀνισοποιήσεως = σοβαρὸς κίνδυνος προσβολῆς τοῦ ἐμβρύου.

Θεραπεία: Καισαρική τομή.

B. Σύζυγος ἑτεροζυγώτης Rh+(Dd).

Ἐὰν ἡ παρούσα κύσις ὑπερέβη εἰς ἡλικίαν ἐκείνην τῶν προηγουμένων κυήσεων πού παρουσιάστησαν τὰ ἀτυχήματα, δυνάμεθα μὲ σχετικὴν ἐπιφύλαξιν νὰ ἐλπίζωμεν ὅτι τὸ νεογέννητον θὰ εἶναι Rh—. Δικαιολογεῖται ἡ ἀναμονή.

II. Κατὰ τὸν τοκετόν:

Λήψις αἵματος ἀπὸ τὸν ὀμφάλιον λῶρον, πρὸς ἐκτέλεσιν τῶν διαφόρων ἐργαστηριακῶν ἐξετάσεων, ὡς καὶ τῆς ἀντιδράσεως Coombs.

III. Ἐπὶ νεογεννήτου προερχομένου ἐκ καισαρικῆς τομῆς ἢ φυσιολογικοῦ τοκετοῦ:

Κλινικὴ ἐξέτασις (ἦπαρ, σπλήν, δέρμα, βλεννογόνοι).

Ἄγρυπνη ἐπιτήρησις διὰ τυχὸν ἐμφάνισιν ἰκτέρου. Ἐὰν ἡ κλινικὴ ἐξέτασις καὶ τὰ ἐργαστηριακὰ συμφانوῦν ἐπὶ τῆς διαγνώσεως τῆς αἰμολυτικῆς νόσου, οὐδεὶς δισταγμός: ἄμεσος θεραπεία. Αὕτη εἶναι συζητήσιμος, ὅταν ὑπάρχουν θετικὰ βιολογικὰ εὐρήματα ἄνευ ἰκτέρου, καὶ ἐπιβάλλεται ἅμα τῇ ἐμφανίσει αὐτοῦ.

Ποία ἡ θεραπεία; Ἀφαιμαξομετάγχισις.

Ἀφαίρεσις τοῦ εὐαισθητοποιηθέντος, εἰς τὸν παράγοντα Rh, αἵματος τοῦ νεογεννήτου καὶ ἀντικατάστασις αὐτοῦ διὰ νέου καταλλήλου αἵματος, δηλαδὴ ἐνὸς δότου τοῦ ὁποίου τὰ ἐρυθρὰ δὲν δύνανται νὰ ὑποστοῦν τὴν ἐπίδρασιν τῶν συγκολλητινῶν καὶ νὰ καταστραφοῦν (μετάγγισις).

Διὰ ζωτικὸς λόγους, πρέπει ἐπειγόντως νὰ δώσωμεν εἰς τὸ νεογέννητον ἄτρωτα ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια. Λέγομεν «ἐπειγόντως», διότι ἡ θεραπεία τῆς αἰμολυτικῆς νόσου εἶναι ἐξ ἴσου ἐπείγουσα μὲ τὴν θεραπείαν μιᾶς σοβαρᾶς αἱμορραγίας. Πρέπει δὲ αὕτη νὰ ἐφαρμόζεται ἐγκαίρως:

Ἐπὶ τῶν ὑπόπτων προώρων, ἄνευ ἀναμονῆς ἐμφανίσεως τοῦ ἰκτέρου.

Ἐπὶ τῶν ὑπόπτων ἰκτερικῶν, ἵνα προλάβωμεν τὸν πυρηνικὸν ἰκτερον.

Διὰ τῆς ἀφαιμαξομεταγγίσεως ἀναχαίτιζομεν τὴν ἀνύψωσιν τῆς χολερυθρίνης, ὡς

τὸ ἀνεφέραμεν ἤδη, πέραν τοῦ ὁρίου τῶν 18 χιλ. %, διότι, πέραν αὐτοῦ, ὑπάρχει μέγας κίνδυνος προσβολῆς τῶν νευρικῶν κέντρων καὶ ἐμφανίσεως τοῦ πυρηνικοῦ ἰκτέρου. Δι' ὅ, ἡ ἀφαιμαξομετάγγις πρέπει ὄχι μόνον νὰ γίνεται ἐγκαίρως, ἀλλὰ καί, ἐκάστοτε, εἶναι ἀνάγκη νὰ ἐπαναλαμβάνεται.

Τεχνικὴ ἀφαιμαξομεταγγίσεως:

### I. ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ

— ἐντὸς τεσσάρων ὥρῶν μετὰ τὸν τοκετόν, ὅταν ἡ διάγνωσις τίθεται ἐκ τῶν προτέρων.

— τὸ ταχύτερον, μετὰ τὴν ἐμφάνισιν τοῦ ἰκτέρου.

### II. ΑΠΑΙΤΕΙ

— Αἷμα νωπὸν, Rh— 500-600 γρ. + ἀντιπηκτικὸν (Citrate de Soude 4 γρ. / 1000) ἵνα ἀντικατασταθοῦν τὰ 80% τῆς ποσότητος αἵματος.

— Εἰδικὸν καθετήρα (τοῦ Diamond) ἀποστειρωμένον (1 ὥρα ἐντὸς διαλ. Chlorure de Saphyran).

— Συσκευὴν μεταγγίσεως (Tzanck ἢ ἄλλην) ἥτις νὰ ἐπιτρέπη τὴν ἀφαίμαξιν καὶ ἀπομάκρυνσιν τοῦ αἵματος τοῦ νεογεννήτου, ἀναρρόφησιν τοῦ αἵματος τοῦ δότου, καὶ μετάγγισιν αὐτοῦ εἰς τὸ νεογέννητον, διαδοχικῶς.

— Πειπειραμένον τεχνικόν.

### III. ΕΚΤΕΛΕΙΤΑΙ

— Κατὰ προτίμησιν ἐν ὑποθερίᾳ,<sup>1</sup> διὰ χρησιμοποίησεως τοῦ Largactil (χειμερία νάρκη).

— μὲ ἀπόλυτον ἀσηψίαν, ὡς οἰαδήποτε χειρουργικὴ ἐπέμβασις.

— εἰς τὴν ὀμφαλικὴν φλέβα, ἐντὸς τῆς ὁποίας ἡ εἰσαγωγή τοῦ καθετήρος (11-14 ὑφεκ.) δυνατὸν νὰ φθάσῃ μέχρι τῆς κάτω κοίλης φλεβός.

— ὑπὸ συνεχῆ παρακολούθησιν τῆς θερμοκρασίας, τῆς ἀναπνοῆς, τῶν καρδιακῶν παλμῶν, καὶ τοῦ προσωπείου τοῦ νεογεννήτου (ὑπὸ ἰατροῦ).

1. Ἄλλοι (Moureau-Gosselin-Legros), λόγῳ δυσκολίας σταθεροποιήσεως τῆς θερμοκρασίας τοῦ νεογεννήτου, ἐπεμβαίνουν ἐντὸς θερμοκοιτίδος.

## IV. ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΙ ΕΠΙΠΛΟΚΑΣ

- Ταχυκαρδία, μικροσπασμούς, άνησυχίαν, όφειλομένης εις τὸ Citrate de Soude. Έξουδετερώνονται διὰ τῆς προσθήκης γλυκονικοῦ άσβεστίου εντός τοῦ μεταγγιζομένου αίματος.
- Καρδιακὴν συγκοπτήν, έξ άντανακλάσεως, συνεπεία έρεθισμοῦ τοῦ πλησίον τοῦ ένδοκαρδίου εύρισκομένου καθετήρος.

## V. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ

Διὰ τῆς τοποθετήσεως όλων τῶν νεογενήτων (προώρων καὶ μή), εντός θερμοκοιτίδος, καὶ άγρύπνου παρακολουθήσεως επί 5-6 ήμέρας τῆς θερμοκρασίας, τῆς άναπνοῆς, τῶν σφύξεων, τοῦ χρώματος τοῦ δέρματος (ίκτηρος, κυάνωσις, αίματηρά στίγματα), ὡς καὶ τῆς καταστάσεως τῶν ιστῶν (οίδηματώδης διήθησις), καὶ ένδεχομένων νευρικών άντιδράσεων.

Ίδιαιτέρως θά παρακολουθῆται, επί έξ εβδομάδας, ή αίματολογική κατάστασις τοῦ νεογενήτου. Αρχικῶς, μετὰ τὴν άφαιμαξομετάγγισιν, παρατηρεῖται παροδική αύξησις τῶν έρυθρῶν αίμοσφαιρίων, τὰ όποία έν συνεχείᾳ μειώνονται, εις τὸ σημεῖον νά δημιουργήσουν, περι τὴν 4-6ην εβδομάδα, μίαν δευτεροπ'αθῆ άναιμίαν, όποτε ένδείκνυται νά γίνῃ μία άπλή μετάγγισις 100-150 κ. ύφεκ. αίματος, πρὸς άποκατάστασιν τοῦ άριθμοῦ τῶν έρυθρῶν αίμοσφαιρίων.

## Διατροφή

Ή διατροφή τοῦ νεογενήτου θά γίνεται με μητρικόν γάλα, τὸ όποῖον ὅμως θά βράζεται πρὸς καταστροφήν τῶν συγκολλητινῶν, αὶ όποῖα άποβάλλονται διὰ τοῦ μαστοῦ. Όσον δέ άφορᾷ εις τὴν ποσότητα, αὕτη θά εἶναι μικροτέρα τοῦ συνήθους.



“Έχεις άδοπλεποίηση μπροστά στο μικρόφωνο;



# ΑΙ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑΙ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

Υπό

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ

Ἐπιμελητοῦ Παιδιατρικοῦ Τμήματος  
Μαιευτηρίου «Ἀλεξάνδρα»

Ἡ ἀντίστασις τοῦ ὄργανισμοῦ τῶν νεογνῶν ἐναντι τῶν διαφόρων λοιμώξεων εἶναι ἡλαττωμένη καί, ὡς ἐκ τούτου, δέον ὅπως λαμβάνεται ἐξαιρετικὴ φροντίς διὰ τὴν προστασίαν αὐτῶν κατὰ τὰς πρώτας ἡμέρας τῆς ζωῆς τῶν.

Χρονικῶς, διακρίνομεν τρεῖς περιόδους μόλυνσεως τῶν νεογνῶν:

1. Κατὰ τὴν ἐνδομήτριον ζωὴν.
2. Κατὰ τὴν δίοδον διὰ τοῦ γεννητικοῦ σωλήνος.
3. Μετὰ τὸν τοκετόν.

Αἱ δύο πρώται περίοδοι σχετίζονται ἀπολύτως μετὰ τὴν ὑγιεινὴν κατάστασιν τῆς μητρὸς. Ἀπὸ τὰς νόσους τῆς μητρὸς, γνωστὴ εἶναι ἡ σχέσις τῆς ἐρυθρᾶς, ἴσως δὲ καὶ ἄλλων τινῶν λοιμωδῶν νόσων, πρὸς τὰς ἐμβρυοπαθείας.

Βραδύτερον, καὶ περὶ τὸ τέλος τῆς ἐγκυμοσύνης, διάφορα νοσήματα τῆς μητρὸς δυνατόν νὰ ἐπιηρεάσουν τὸ ἔμβρυον, ὑπὸ τὴν ἔννοιαν τῆς δίοδου τῶν μικροβίων διὰ τοῦ πλακοῦντος εἰς τὴν κυκλοφορίαν αὐτοῦ καὶ τὴν πρόκλησιν λοιμώξεων (σηψαιμία, λοιμώξεις ἀναπνευστικοῦ, μηνιγγίτις).

Εἰς τὸ σημεῖον τῆς ἐνδομητρίου μόλυνσεως δέον ὅπως ἀναφερθῆ ἡ περίπτωσις τῆς παρατάσεως τῆς κήσεως, τοῦ κεχρωσμένου ἑναμνίου καὶ τῆς πρόωρου ρήξεως τοῦ θυλακίου, διότι ὁ κίνδυνος μόλυνσεως τοῦ νεογνοῦ εἰς αὐτὰς τὰς περιπτώσεις εἶναι μεγαλύτερος τοῦ συνήθους. Ἐνεκα τούτου, καλὸν εἶναι νὰ χορηγοῦνται ἀντιβιοτικά προληπτικῶς.

Τὸ δευτέρον μέρος περιλαμβάνει περιπτώσεις καθ' ἃς τὸ νεογνὸν μόλυνεται κατὰ τὴν ἔξοδον ἐκ τοῦ γεννητικοῦ σωλήνος. Αὐτὸ ἄσφαλῶς προϋποθέτει τὴν παρουσίαν μικροβίων εἰς τὸν γεννητικὸν

σωλήνα. Βασικῶς, ἀναφέρεται ἡ γονοκοκκικὴ κολπίτις, καθ' ἣν τὸ νεογνὸν παραλαμβάνει τὸν γονόκοκκον κατὰ τὴν ἔξοδον του, με ἀποτέλεσμα ἀνάλογον τῆς περαιτέρω ἐντοπίσεώς του.

Τέλος, τὸ τρίτον μέρος περιλαμβάνει λοιμώξεις, καθ' ἃς τὸ μικρόβιον ἐγκαθίσταται εἰς τὸ νεογνὸν μετὰ τὴν γέννησίν του.

Αὗται εἶναι αἱ πλέον συχναὶ λοιμώξεις, καὶ δι' αὐτὰς οἱ ἰατροί, αἱ ἀδελφαί, ἡ μητέρα καὶ γενικῶς πρόσωπα ἐρχόμενα εἰς ἄμεσον ἐπαφὴν μετὰ τὸ νεογνὸν φέρουν μεγάλην εὐθύνην. Διὰ τοῦτο εἶναι στοιχειῶδες τὸ ζήτημα τῆς καθαριότητος, τόσον τῶν νεογνῶν ὅσον καὶ τῶν χειρῶν τῶν ἀσχολουμένων μετὰ αὐτά. Ἐπίσης ἡ χρησιμοποίησις μάσκας, ἰδιαιτέρως ὅταν ὁ πλησιάζων τὸ νεογνὸν πάσχη ἐκ γρίπης.

Αἱ πλέον συχναὶ λοιμώξεις τῶν νεογνῶν εἶναι αἱ κάτωθι:

## 1. Πυοδερμία

Ἡ καθαριότης τοῦ δέρματος τοῦ νεογνοῦ εἶναι βασικὴ διὰ τὴν προφύλαξιν αὐτοῦ ἀπὸ πυοδερμίας, αἱ ὁποῖαι δυνατόν νὰ ὀδηγήσουν εἰς σοβαρωτέρας λοιμώξεις (σηψαιμία) εἰς τὸ νεογνόν. Ὁφείλεται συνήθως εἰς σταφυλόκοκκον, καὶ ἡ θεραπεία συνίσταται εἰς ρήξιν τῶν φλυκταινῶν, καθαρισμὸν δι' ἀντισηπτικοῦ διαλύματος (Dettol) καὶ ἐπίθεσιν ἀλοιφῆς Neomycin. Εἰς περισσότερον σοβαρὰς μορφᾶς πυοδερμίας, καλὸν εἶναι νὰ γίνεταί καὶ συστηματικὴ δι' ἀντιβιοτικῶν θεραπεία (Penicilline-Erythrocin) κλπ.

## 2. Ὄφθαλμία

Ἡ περιποίησις τῶν ὀφθαλμῶν διὰ καθαρισμοῦ καὶ ἐνσταλάξεως νιτρικοῦ ἄρ-

γύρου 1-2% εὐθὺς ἄμα τῆ γεννήσει, προστατεύει ἐκ τῆς γονοκοκκικῆς ἢ ἄλλης ὀφθαλμίας. Ἡ ὀφθαλμία—οὐχὶ ἡ γονοκοκκική—εἶναι πολὺ συχνὴ κατὰ τὰς πρώτας ἡμέρας, καὶ ἡ θεραπεία τῆς εὐκολωτάτη διὰ κολλυρίου Penicilline ἢ Achromycine. Πρέπει νὰ ἔχη τις ὑπ' ὄψιν ὅτι ἐλαφρὸς ἐρεθισμὸς τῶν ἐπιπεφυκῶτων ἐκ τῶν ἐνσταλάξεων νιτρικοῦ ἀργύρου δὲν πρέπει νὰ συγχέεται μὲ τὴν πραγματικὴν ὀφθαλμίαν.

### 3. Ρινίτις

Συχναὶ εἶναι αἱ ρινίτιδες τῶν νεογνῶν, αἱ ὁποῖαι, ἂν παραμεληθοῦν, δυνατόν νὰ ἔχουν ὡς ἀποτέλεσμα ἐπέκτασιν τῆς λοιμώξεως πρὸς τὰς κατωτέρας ἀναπνευστικὰς ὁδοὺς, ἐκτὸς τοῦ ὅτι, λόγῳ τῆς ἀποφράξεως τῆς ρινός, παρεμποδίζεται ὁ θηλασμός.

Θεραπευτικῶς, ἐνδείκνυται ἡ ἐνστάλαξις σταγόνων (ὕδατικῶν διαλυμάτων καὶ οὐχὶ ἐλαιωδῶν) τῶν διαφόρων σκευασμάτων τὰ ὁποῖα προκαλοῦν ἀγγειοσπασμὸν καὶ ἐλαττώνουν τὴν υπεραϊμίαν τοῦ ρινικοῦ βλεννογόνου. Εἰς σοβαρωτέρας μορφὰς ἐπιβάλλεται καὶ ἡ χορήγησις ἀντιβιοτικῶν.

### 4. Μυκητώδης στοματίτις

Ἡ μυκητώδης στοματίτις εἶναι ἀπὸ τὰς συχνότερας λοιμώξεις τῆς νεογνικῆς ηλικίας. Καλὴ καθαριότης τῶν θηλῶν τῆς μητρὸς ἢ τοῦ μπιμπερόν, ὡς καὶ τῶν δακτύλων τοῦ νεογνοῦ, εἶναι ἀπαραίτητος διὰ τὴν προφύλαξιν αὐτοῦ ἐκ τῆς στοματίτιδος. Ἐπίσης πρέπει νὰ ἀποφεύγεται ἡ προώθησις τῆς θηλῆς τοῦ θηλάστρου εἰς τὸ στόμα τοῦ νεογνοῦ διὰ τῶν δακτύλων.

Ἡ θεραπεία γίνεται μὲ Mycostatine, δι' ἐνσταλάξεως 8-10 σταγόνων μετὰ ἀπὸ κάθε γεῦμα ἢ, ἐλλείψει αὐτοῦ, πλύσεις στόματος διὰ διαλύματος σόδας, καὶ ἐν συνεχείᾳ δι' ὑδατικοῦ διαλύματος ἰώδους τῆς γεντιανῆς 1% 2-3 φορές τὴν ἡμέραν.

### 5. Μαστίτις

Οἱ μαστοὶ τῶν νεογνῶν παρουσιάζουν συχνὰ διόγκωσιν λόγῳ παραγωγῆς γάλα-

κτος. Τοῦτο ἀποτελεῖ τὴν γνωστὴν ψευδομαστιτίδα τῶν νεογνῶν. Δὲν πρέπει ἐπ' οὐδενὶ λόγῳ νὰ ἐκθλίβεται τὸ γάλα αὐτό, διότι οὕτω διευκολύνεται ἡ εἴσοδος μικροβίων καὶ ἡ ἀνάπτυξις πραγματικῆς φλεγμονῆς. Ἡ ὀπωσδήποτε ὅμως δημιουργουμένη φλεγμονὴ τῶν μαζικῶν ἀδένων τῶν νεογνῶν ἀπαιτεῖ διάνοιξιν καὶ θεραπείαν δι' ἀντιβιοτικῶν.

### 6. Ὀμφαλίτις

Ὁ ὀμφαλὸς τοῦ νεογνοῦ ἀποτελεῖ τὴν σοβαρωτέραν πύλην εἰσόδου μικροβίων. Δι' αὐτὸ ἰδιαίτερα φροντίς δέον ὅπως λαμβάνεται διὰ τὴν περιποίησίν του, τόσον κατὰ τὴν τομὴν τοῦ ὀμφαλίου λώρου ὅσον καὶ μετὰ τὴν ἀπόπτωσιν τοῦ κολοβώματος. Πρέπει δηλαδὴ νὰ γίνεται καθαρισμὸς μὲ ἀντισηπτικὸν διάλυμα Dettol ἢ οἰνόπνευμα καί, ἐν περιπτώσει ἐπιμολύνσεως, χρησιμοποίησις ἀντιβιοτικῶν ὡς καὶ κόνεως σουλφαμιδῶν. Ἡ λοιμώξις τοῦ ὀμφαλοῦ δυνατόν νὰ περιορισθῇ εἰς ἀπλήν ὀμφαλίτιδα ἢ καθολικὴν λοίμωξιν-σηψαιμίαν. Ἀκόμη γνωστὴ εἶναι ἡ σχέσις τοῦ τετάνου τοῦ νεογνοῦ πρὸς τὸν ὀμφαλόν.

### 7. Ἐντερίτις

Ἡ ἐντερίτις τῶν νεογνῶν εἶναι ἀπὸ τὰς σοβαρωτέρας λοιμώξεις καὶ ὀφείλεται συνήθως εἰς τὸ κολοβακτηρίδιον. Καλὸς καὶ προσεκτικὸς καθαρισμὸς τῶν θηλῶν καὶ τῶν δοχείων τῶν χρησιμοποιουμένων διὰ τὸ γάλα τῶν νεογνῶν εἶναι ἀπαραίτητος διὰ τὴν προφύλαξιν αὐτῶν.

Ἡ θεραπεία δὲν εἶναι πάντοτε εὐκόλος, πάντως ἡ ἐφαρμογὴ τῆς ὑδρικής διαίτης ἐπὶ 24ωρον εἶναι πολλάκις ἀποτελεσματικὴ. Ἡ χρησιμοποίησις ἀντιβιοτικῶν ἐξαρτᾶται ἐκ τῆς σοβαρότητος τῆς νόσου. Ἄν καὶ ἡ ἐπίδρασις ἐξαρτᾶται ἐκ τῆς εὐαισθησίας τοῦ μικροβίου, ἐν τούτοις ἡ Neomycin, ἢ Chloromycine καὶ Furadantin εἶναι ἐκ τῶν πλέον ἀποτελεσματικῶν.

Δὲν πρέπει νὰ συγχέωνται αἱ πολλαὶ εἰς ἀριθμὸν κενώσεις τῶν θηλαζόντων νεογνῶν μὲ τὴν διάρροϊαν, καθ' ὅσον αὐτὸ ἀποτελεῖ φυσιολογικὴν κατάστασιν.



# ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΠΙ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΕΓΚΑΡΣΙΟΥ ΣΧΗΜΑΤΟΣ

Υπό

ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΝΟΥΤΣΟΥ

Ύψωτεριου Βοηθού του Μαιευτηρίου α' Αλεξάνδρα

Τὸ ἐγκάρσιον σχῆμα, ἀκόμη καὶ εἰς τὸ φῶς τῆς μοντέρνας Μαιευτικῆς, παρουσιάζεται ὡς σοβαρὸν πρόβλημα τοκετοῦ. Κρίσις καὶ τεχνικὴ ἐπιδεξιότης ἀπαιτεῖται ἀπὸ τὸν χρόνον τῆς διαγνώσεως τοῦ ἀνωμάλου σχήματος μέχρι τοῦ πέρατος τοῦ τοκετοῦ.

Ἡ προσοχὴ ὡς πρὸς τὴν ἀντιμετώπισιν τοῦ ἀνωμάλου σχήματος, συνεκentrώθη κατ' ἀρχὰς εἰς τὴν τεχνικὴν τῆς ἐκτελέσεως τοῦ ἐσωτερικοῦ μετασχηματισμοῦ. Κατόπιν εἰς τὴν σπουδαιότητα τοῦ ἀκριβοῦς χρόνου τῆς ἐκτελέσεως τοῦ ἀνωτέρω χειρισμοῦ.

Ἡ καισαρικὴ τομὴ ἤρχισε νὰ ἐναλλάσσεται μὲ τὸν μετασχηματισμὸν εἰς τὰς ἀρχὰς αὐτοῦ τοῦ αἰῶνος. Ἡ βελτίωσις, τέλος, τῆς ἐγχειρητικῆς τεχνικῆς εἰς τὴν Μαιευτικὴν, ὁμοῦ μὲ τὰς προόδους τῆς ἀναισθησιολογίας, τῆς ἀνακαλύψεως τῶν ἀντιβιοτικῶν καὶ τῶν μεταγγίσεων τοῦ αἵματος, ὠδήγησαν τοὺς συγχρόνους μαιευτῆρας σχεδὸν εἰς τὴν ἐκ συστήματος ἐφαρμογὴν τῆς καισαρικῆς τομῆς εἰς τὸ ἐγκάρσιον σχῆμα ὡς ἀγωγὴν ἐκλογῆς, καταργουμένων οὕτω μαιευτικῶν ἐπεμβάσεων μὲ πολλοὺς κινδύνους καὶ ἐπιπλοκάς.

Ἐν συσχετίσει πρὸς τὰ ἀνωτέρω, προέβημεν εἰς τὴν στατιστικὴν μελέτην τοῦ ἐγκαρσίου σχήματος ἐπὶ συνόλου 421 περιπτώσεων.

Ἡμέτεραι περιπτώσεις. Εἰς τὴν παροῦσαν ἐργασίαν περιλαμβάνονται 421 περιπτώσεις ἐγκαρσίου σχήματος, προερχόμεναι ἐκ τῶν ὑπὸ τὴν διεύθυνσιν τοῦ Καθηγητοῦ Ν. Λούρου (Δημοσίου Μαιευτηρίου Ἀθηνῶν) καὶ Μαιευτηρίου α' Αλεξάνδρα καὶ περιλαμβανόμεναι εἰς τὸ χρονικὸν διάστημα 1/1/1953 ἕως 31/12/60. Ὁ ἀριθμὸς τῶν τοκετῶν κατὰ τὸ διάστημα τοῦτο ἀνῆλθεν εἰς 48.843, ἧτοι ἡ ἀναλογία

εἶναι 0,86%. Μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῶν πολυδύμων κυήσεων, ἀνελθουσῶν εἰς 39, ὡς καὶ τῶν προώρων ἐμβρύων (βάρους κάτω τῶν 2.500 γραμμ.), ἀνελθόντων εἰς 66, ἡ συχνότης τοῦ ἐγκαρσίου σχήματος κατέρχεται εἰς 0,64%.

Ἡ σχετικῶς ὑψηλὴ συχνότης ἧτις παρατηρεῖται παρ' ἡμῖν δικαιολογεῖται ἐκ τοῦ ὅτι ἡ ἡμετέρα κλινικὴ, ὡς ὀργανωμένον πλήρες ἐπιστημονικὸν κέντρον, συγκεντρώνει τὸ πλεῖστον τῶν ἀνωμάλων περιπτώσεων.

Ἐπὶ ὅλων τῶν ἀνωτέρω περιπτώσεων, 23,28% τῶν μητέρων ἦσαν πρωτοτόκοι. Ἡ συχνότης τῆς πρώιμου ρήξεως τῶν ὑμένων ἐπὶ τοῦ ἐγκαρσίου σχήματος ἦτο 31,36%, ἐνῶ ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν τοκετῶν ἡ ἀνωτέρω συχνότης ἀνῆλθεν εἰς 9,4%.

Ἡ ἀνάλυσις τῶν ἡμετέρων περιπτώσεων ἐν σχέσει πρὸς τὸ βάρος τῶν ἐμβρύων ἔδειξεν ὅτι ποσοστὸν 23,04% τῶν ἐμβρύων ἐζύγιζον 2.500-2.999 γραμμ., ποσοστὸν 51,31% μεταξὺ 3.000-3.999 γραμμ., ποσοστὸν 6,88% ἄνω τῶν 4.000 γραμμαρίων.

Ἡ συχνότης τῆς στηθικῆς προβολῆς ἐπὶ τῶν περιπτώσεων μας ἀνῆλθεν εἰς 24,45%, τῆς δὲ ραχιακῆς εἰς 43,95%.

Αἰτιολογία. Ὡς τοὺς κυριωτέρους αἰτιολογικοὺς παράγοντας τῆς δημιουργίας τοῦ ἐγκαρσίου σχήματος ἀνεύρομεν τὴν χαλάρωσιν τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων λόγω πολυτοκίας (τριτοτόκοι καὶ ἄνω) εἰς ποσοστὸν 19,23% καὶ τὸν προδρομικὸν πλακουῖντα, ὁ ὁποῖος ἐπεβεβαιώθη διὰ μαλακῶν ἀκτίνων Röntgen ἡ κατὰ τὴν καισαρικὴν τομὴν, εἰς ποσοστὸν 18,76%. Τὴν ἐστενωμένην πύελον ὡς μόνον αἰτιολογικὸν παράγοντα ἀνεύρομεν εἰς ποσοστὸν 14,74%. Τὸ βάρος τοῦ ἐμβρύου ἄνω τῶν

4.000 γραμμ. εἰς ποσοστὸν 6,88%. Τὴν πολυδύμον κύησιν εἰς ποσοστὸν 9,28%. Εἰς 8,78% τῶν περιπτώσεων εἶχε προηγηθῆ καίσαρική τομή, ἐνῶ εἰς 1,90% προηγήθη ἐξαίρεσις ἰνομώματος. Δίκερων μήτραν ἀνεύρομεν εἰς δύο περιπτώσεις, ἦτοι εἰς ποσοστὸν 0,48%. Τέλος, εἰς ποσοστὸν 17,82% τῶν περιπτώσεων δὲν ἀνεύρομεν σαφῆ αἰτιολογικὸν παράγοντα.

Εἶδος τοκετοῦ. Ἐπὶ τῶν ἡμετέρων περιπτώσεων, αὐτόματος μετασχηματισμὸς τοῦ ἐγκαρσίου σχήματος ἐγένετο εἰς 2 περιπτώσεις (0,48%). Αὐτόματος ἀνάπτυξις παρετηρήθη εἰς 3 περιπτώσεις πρόωρων ἐμβρύων. (Δύο διὰ τοῦ μηχανισμοῦ τοῦ Douglas καὶ ἡ τρίτη διὰ τοῦ μηχανισμοῦ Røederer.) Ἐξωτερικὸς μετασχηματισμὸς ἐγένετο εἰς 13 περιπτώσεις κατὰ τὴν ἑναρξιν τοῦ τοκετοῦ (3,08%). Ἐσωτερικὸς μετασχηματισμὸς καὶ ἐξελκυσμὸς εἰς 57 ἐπιτόκους (13,53%). Ἀπασαι αἱ περιπτώσεις τοῦ ἐσωτερικοῦ μετασχηματισμοῦ ἀφεώρων εἰς μητέρας πολυτόκους καὶ κατὰ τὸ πλεῖστον πολυδύμους κύησεις. Μικτὸς μετασχηματισμὸς κατὰ Braxton-Hicks ἐγένετο εἰς μίαν μόνον περίπτωση. Καίσαρική τομή εἰς 324 ἐπιτόκους (76,96%). Ἐμβρυοτομία εἰς 19 περιπτώσεις παρημελημένου ἐγκαρσίου σχήματος (4,76%).

Ἐπιπλοκαί. Αἱ ἐπιπλοκαί αἱ ὁποῖαι παρετηρήθησαν κατὰ τὴν κύησιν καὶ τὸν τοκετὸν ἦσαν αἱ ἀκόλουθοι: Προδρομικὸς πλακοῦς εἰς ποσοστὸν 18,76%. Πρόπτωσης ἐμβρυϊκῶν ἄκρων εἰς 5,46%. Πρόπτωσης ὀμφαλίου λώρου εἰς 3,08%. Ρῆξις μήτρας εἰς 0,48%. Λοχειόμητρα εἰς 3,56%.

Ἐμβρυϊκὴ καὶ νεογνικὴ θνησιμότης. Ἡ γενικὴ ἐμβρυϊκὴ καὶ νεογνικὴ θνησιμότης ἀνῆλθεν εἰς ποσοστὸν 14,25%. Αὕτη, μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῶν ἐμβεβρεγμένων καὶ τῶν θανόντων πρὸ τῆς ἐνάρξεως τοῦ τοκετοῦ ἐμβρύων, κατῆλθεν εἰς 13,06%. Αἱ ἀνωτέρω περιπτώσεις ἀφοροῦν ἐμβρυα 1.000 γραμμ. καὶ ἄνω.

Ἀναλυτικῶς, οἱ θάνατοι τῶν ἐμβρύων ἐν σχέσει πρὸς τὸ εἶδος τοῦ τοκετοῦ ἔχουν ὡς ἐξῆς:

Τὰ δι' αὐτομάτου μετασχηματισμοῦ καὶ ἀναπτύξεως γεννηθέντα ἐμβρυα ἐξῆλθον ἅπαντα νεκρά.

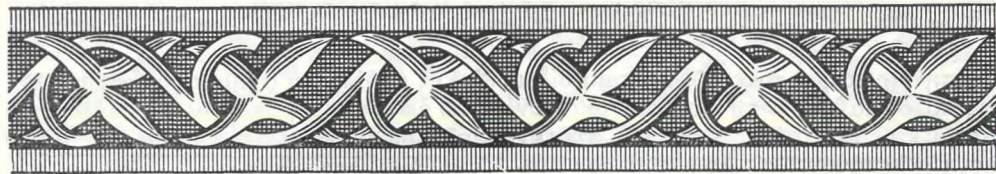
Ἡ θνησιμότης τοῦ ἐξωτερικοῦ μετασχηματισμοῦ ἀνῆλθεν εἰς 7,6%. Τὴν μεγαλυτέραν ἐμβρυϊκὴν καὶ νεογνικὴν θνησιμότητα τοῦ ἐγκαρσίου σχήματος ἐπὶ τῶν περιπτώσεών μας παρουσιάζει ὁ ἐσωτερικὸς μετασχηματισμὸς καὶ ἐξελκυσμὸς, ἦτοι εἰς ποσοστὸν 21%. Αὕτη, συγκρινομένη μετὰ τὴν τοιαύτην τῆς ξένης βιβλιογραφίας, εἶναι σχετικῶς μικρά. Τοῦτο ἐρμηνεύεται ἐκ τοῦ ὅτι αἱ περιπτώσεις μας ἀφεώρων εἰς πολυτόκους μετὰ σχετικῶς μικρὸν ἐμβρυον, τελείαν διαστολὴν τοῦ τραχηλικοῦ στομίου καὶ ἐπὶ ἀρρήκτου θυλακίου. Παρὰ τὴν ἀλλοίωσιν δέον νὰ τονισθῆ ἡ ἀξία τοῦ χειρισμοῦ τοῦ Kristeller κατὰ τὸν ἐξελκυσμὸν τοῦ ἐμβρύου. Ἰδιαιτέρως σπουδαιότης τυγχάνει ἡ ἐφαρμογὴ τοῦ ἀνωτέρω χειρισμοῦ κατὰ τὴν στιγμὴν τῆς ἐξόδου τῆς κεφαλῆς, ὅστις ἐν συνδυασμῶ μετὰ τοῦ χειρισμοῦ τοῦ Bracht ἢ τοῦ Veit-Smellie ἀναγκάζει τὴν κεφαλὴν νὰ ἐμπεδωθῆ καὶ τελικῶς νὰ ἐξέλθῃ ἐκ τῆς σχισμῆς τοῦ αἰδοίου. Διὰ τοῦ τρόπου τούτου, δι' οὗ ἐξάγεται ἡ κεφαλὴ κυρίως διὰ πιέσεως ἐκ τῶν ἄνω καὶ οὐχὶ δι' ἑλξεως ἐκ τῶν κάτω, ἀποφεύγεται ἡ ρῆξις τῶν μηνίγγων (N. Λοῦρος).

Ὅσον ἀφορᾷ εἰς τὴν καισαρικὴν τομήν, ἡ ἐμβρυϊκὴ καὶ νεογνικὴ θνησιμότης ἀνῆλθεν εἰς 4,9%.

Καταδεικνύεται ὅθεν ὅτι, ἐνῶ κατὰ τὸν τοκετὸν διὰ τῆς φυσικῆς ὁδοῦ ἡ θνησιμότης τῶν ἐμβρύων τόσοσιν εἰς τὰς στατιστικὰς μας ὅσον καὶ εἰς ἄλλας εἶναι δίχως λόγον ὑψηλῆ, ἡ αὕτη θνησιμότης διὰ βρέφη ἐξαγόμενα διὰ καισαρικῆς τομῆς εἶναι σχετικῶς πολὺ χαμηλῆ.

Μητρικὴ θνησιμότης. Ἐπὶ τῶν 421 περιπτώσεών μας, οὐδεὶς μητρικὸς θάνατος ἐσημειώθη τόσοσιν κατὰ τὸν τοκετὸν ὅσον καὶ κατὰ τὴν λοχείαν.





## ΝΕΑ ΘΕΣΙΣ ΤΩΝ ΕΠΙΤΟΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟΝ

(ΕΚ ΤΟΥ ΙΙΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΝ ΒΙΕΝΝΗ)

Υπό

Δρ ΧΑΡΗ ΜΑΣΟΥΡΑ

Χειρουργού Μαιευτήρος-Γυναικολόγου

Εσωτερικού Βοηθού Μαιευτήριου

«Μαρίκα Ήλιάδη»

Πολλάκις είχαμε την ευκαιρία να παρακολουθήσωμε έκ του σύνεγγυς και εις όλα τὰ στάδια του τοκετού πλείστας όσας γυναίκας. Έντύπωσιν έκαμεν εις ήμās τόσον ή στερεότυπος φράσις των επιτόκων «γιατρέ, ή μέση μου», ήτοι τὸ «SOS» διά του όποίου εξήτουν από ήμās άνακούφισιν των πόνων των, όσον και ή αυθόρμητος στάσις άνακουφίσεως την όποιαν έλάμβανον αύται, ήτοι: με κεκαμμένας τās κνήμας (όκλαδόν), στηριζόμεναι επί των παλαμών των όπισθεν, δίδουσαι ούτω εις τόν κορμόν των μίαν κλίσιν 45-55 μοιρών περίπου πρός τά όπίσω. Τήν στάσιν αύτήν, την όποιαν έμπειρικώς εύρισκον αύται ως την πλέον άνετον και άνακουφιστικήν, πολλάκις ήμείς έν άγνοιά μας άπηγορεύαμε νά λάβουν, έπιτρέποντες μόνον την χρήσιν πλέον του ένός προσκεφαλαίου, άνακουφίζοντες μέν ταύτας άλλ' όχι όσον θά έδει. Έξ άλλου είχομεν παρατηρήσει ότι ή στάσις την όποιαν έδίδαμεν εις τās επιτόκους (στάσις «κωπηλάτου» κατά τὸ τέλος της προσπαθείας του, δύναται νά είπη τις) κατά την διεκπεραίωσιν του τοκετού επί ίσχυακής προβολής (της και δυσμενεστερας της κεφαλικής θεωρουμένης πρόβολής), άφ' ένός μέν διευκόλυνε τόν ίατρὸν εις την εκτέλεσιν των άπαιτουμένων χειρισμών του, άφ' έτέρου δέ ήτο και ή πλέον άνακουφιστική διά τās επιτόκους, παρέχουσα εις ταύτας καλυτέρας προϋποθέσεις και δυνατότητας εξώθησεως.

Πλήν τούτων, πλείστοι εξ ήμῶν θά παρετηρήσαμεν, ίδια εις πρωτοτόκους, ότι ήμέρας τινάς (15-25) πρό της πιθανής ήμέρας τοκετού αιτιώνται δι' άλλος κατά τὸ υπογάστριον (ύπερηβικήν χώραν) και όσφύν, όφειλόμενον εις την έμπέδωσιν της κεφαλής, τὸ όποιον έλαττοῦται εις παρομοίαν με την προαναφερθεισαν θέσιν της άσθενούς, ή και όρθίαν στάσιν εις τινας περιπτώσεις, κατά τās όποίας έχρησιμοποίουν ζώνην έγκυμοσύνης.

Αί άνωτέρω παρατηρήσεις μας, με τās πιθανάς πρός δικαιολόγησιν των έρμηνείας, εύρον την έπιστημονικήν των έπαλήθευσιν εις τὸ άρθρον του συγγραφέως Stanislaw Krzysztoporski, δημοσιευθέν εις τὰ πρακτικά του ΙΙΙ Διεθνούς Συνεδρίου συνελθόντος την 3-9/9/1961 έν Βιέννη. Εις τούτο, ό συγγραφεύς κατ' αρχάς άναφέρει εκ της άνατομίας την κλίσιν την όποιαν λαμβάνει τὸ έπίπεδον της εισόδου της λεκάνης, άφ' ένός μέν μετά του όριζοντίου έπιπέδου εις όρθίαν στάσιν (50°), άφ' έτέρου δέ μετά της σπονδυλικής στήλης εις ύπτίαν τοιαύτην (130° περίπου).

Έν συνεχεία, άναφέρεται εις την όσφυικήν λόρδωσιν της σπονδυλικής στήλης, ήτις, ένῶ είναι τόσον ευεργετική διά την όρθίαν βάδισιν του άνθρώπου, άποτελεί μειονέκτημα κατά τόν τοκετόν διά της προβολής του άκρωτηρίου των μαιευτήρων.

Βασιζόμενος επί των παρατηρήσεων τούτων ό συγγραφεύς κατεσκεύασεν άρ-

θρωτῆν τράπεζαν τοκετοῦ, ἡ ὁποία δίδει εἰς τὸ σῶμα (ὅπερ τῆ βοηθεία ἱμάντων στηρίζεται ἐπὶ ταύτης κατὰ τὴν πλάτην καὶ τὴν λεκάνην, ὥστε τὸ κατώτερον τμήμα τοῦ θώρακος νὰ δύναται νὰ κινῆται εὐκόλως) τοιαύτην κλίσιν, ὥστε τὸ ἐπίπεδον τῆς εἰσόδου τῆς λεκάνης μετὰ τῆς σπονδυ-

λικῆς στήλης νὰ σχηματίζῃ γωνίαν  $115^\circ$ , ἐνῶ ἀφ' ἐτέρου ἢ σπονδυλικῆς στήλης μετὰ τοῦ ὀριζοντίου ἐπίπεδου  $45^\circ-54^\circ$ , μὲ τὰ σκέλη εἰς ἀπαγωγὴν.

Κατ' αὐτὸν τὸν τρόπον τὸ ἀκρωτήριο τῶν μαιευτῆρων προβάλλει ὀλιγώτερον καὶ (ὡς δεικνύουν καὶ τὰ παρατιθέμενα



σχήματα) ὁ ἐπιμήκης ἄξων τοῦ ἐμβρύου φέρεται καθέτως πρὸς τὸ ἐπίπεδον τῆς εἰσόδου τῆς λεκάνης, συμπίπτων μὲ τὸν πυελικὸν ἄξονα, ὥστε ἡ εἰσόδος τῆς κεφαλῆς νὰ εἶναι εὐχερεστέρα, καθ' ὅσον τὸ ἐμβρυον δρᾷ διὰ τοῦ βάρους του ὡς μία ἐπιπρόσθετος δύναμις, ἐπανξάνουσα τὸ ἀποτέλεσμα τῶν λοιπῶν δυνάμεων τοῦ τοκετοῦ.

Διὰ τῆς στάσεως ταύτης τὸ ἐμβρυον δρᾷ ὡς μία ἐνεργητικὴ δύναμις, διευκολύνον τόσο τὴν ἐμπέδωσιν τῆς κεφαλῆς κατὰ τὸ πρῶτον στάδιον τοῦ τοκετοῦ ὅσον καὶ τὴν διαστολὴν καὶ τὴν ἐξώθησιν κατόπιν.

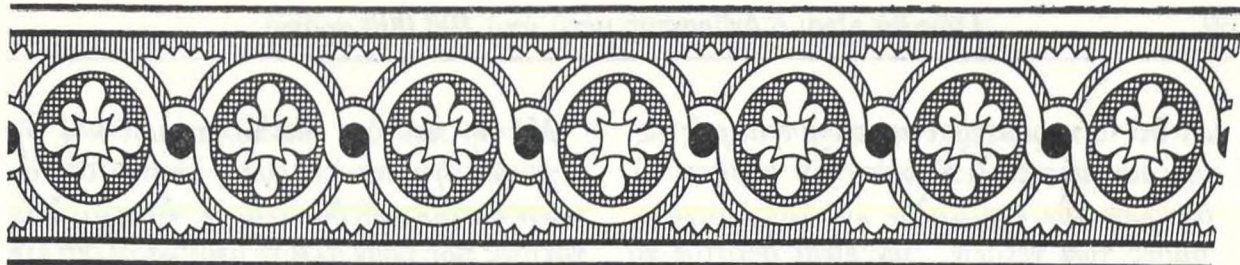
Ὁ συγγραφεὺς ἀναφέρει πρὸς τούτοις

ὅτι διὰ τῆς τοιαύτης τῆς γυναικὸς στάσεως προλαμβάνονται κατὰ κανόνα τόσο ὁ ἀσυγκλιτισμὸς ὅσον καὶ διάφοροι ἄλλαι βλάβαι ἐμβρύου-γυναικός, μὲ συνέπειαν τὴν ἐλάττωσιν τῶν συμβαμάτων, ἐνῶ ἀφ' ἐτέρου ἀποτρέπονται ἐσφαλμέναι τινὲς διαγνώσεις σχετικῆς δυσαναλογίας γενόμεναι ἐπὶ τῇ βάσει τῶν κλασσικῶν κριτηρίων, καθ' ὅσον μετὰ τὴν πρόσφατον ἐμπέδωσιν τῆς κεφαλῆς, κατὰ τὴν νέαν μαιευτικὴν στάσιν, δύναται αὕτη νὰ ἀπεμπεδωθῆ, ἂν ἡ θέσις τῆς γυναικὸς ἀλλάξῃ.

Κατόπιν τούτων, θεωροῦμεν σκόπιμον τὴν ἀναθεώρησιν τῶν ἐπὶ τῆς στάσεως τῶν ἐπιτόκων ἀπόψεών μας.







## ΠΩΣ ΘΑ ΕΙΝΑΙ Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 100.000 ΧΡΟΝΙΑ;

Τοῦ Ἀμερικανοῦ ἀνθρωπολόγου

HARRY L. SHAPIRO



Εἰς τὸ ἀπώτατον παρελθόν: ὁ παλαιότερος τύπος ἀνθρώπου πρὸ 1.750.000 ἐτῶν.



Εἰς τὸ μακρινὸν μέλλον: πῶς ἡμπορεῖ νὰ εἶναι ὁ ἄνθρωπος τὸ ἔτος 101.962 μ.Χ.

Ἡ κοινωνία μας γνωρίζει καλῶς τὴν καταγωγήν της καὶ τὴν ἐξέλιξίν της ἀπὸ τὴν ἐποχὴν τῶν πιθηκανθρώπων ἕως σήμερα, ἀλλὰ δὲν ἀσχολεῖται σχεδὸν καθόλου μετὰ τὴν μελλοντικὴν ἐξέλιξιν τοῦ ἀνθρώπου. Φαίνεται ὅτι θεωροῦμεν τὴν σημερινὴν μορφήν μας ὡς τελικὴν φάσιν τῆς βιολογικῆς ἐξελίξεως. Ἀλλὰ αἱ δυνάμεις πού ἐπέφεραν τὰς ἕως τώρα μεταβολὰς δὲν ἔπαυσαν νὰ λειτουργοῦν. Ἐφ' ὅσον ὁ ἄνθρωπος ἐξακολουθεῖ νὰ ὑπάρχη, θὰ ἐξακολουθήσῃ νὰ ἐξελίσσεται. Δὲν ἀποκλείεται μάλιστα ὅτι ὁ ἄνθρωπος εὐρίσκεται εἰς τὰς παραμονὰς μιᾶς ἐντελῶς νέας καὶ δυναμικῆς ἐξελίξεως. Προσεγγίζομεν τὴν ἐποχὴν, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἴδιος ὁ ἄνθρωπος θὰ εἶναι ἱκανὸς νὰ κατευθύνῃ τὴν ἐξέλιξιν τοῦ εἴδους του.

Αὐτὸ εἶναι τὸ μεγάλο «ἀν» τῆς ἐποχῆς

μας. Ἄν ὁ ἄνθρωπος ἐπιτύχη νὰ προσδιορίσῃ τοὺς διαδόχους του, αἱ δυνατότητες τῆς βιολογικῆς βελτιώσεως θὰ γίνονιν τεράστιαι.

Πρὶν ἐξετάσωμεν τὰς ἐπαναστατικὰς αὐτὰς δυνατότητας, ἄς προσπαθήσωμεν νὰ προεκτείνωμεν πρὸς τὸ μέλλον τὸν δρόμον τῆς φυσικῆς ἐπιλογῆς, τὸν ὁποῖον ἠκολούθησεν ἀνέκαθεν ὁ ἄνθρωπος. Τὰ τρία κυριώτερα φυσικὰ χαρακτηριστικὰ πού ξεχωρίζουν τὸν ἄνθρωπον ἀπὸ τὰ ἄλλα ζῶα εἶναι τὰ χέρια, ἡ ὀρθία στάσις καὶ ὁ ἐγκέφαλος. Ἰδιαιτέρως, αἱ προοδεντικαὶ ἀλλαγαὶ τοῦ ἐγκεφάλου συνδέονται στενωτέρα μετὰ τὴν ἐξέλιξιν τοῦ ἀνθρώπου. Ἄν ὑποθέσωμεν ὅτι αἱ ἐπιστημονικαὶ καὶ τεχνολογικαὶ μας πρόοδοι θὰ συνεχισθοῦν μετὰ ἀξανάμενον ρυθμόν, ὅπως ἕως τώρα, πρέπει νὰ ἀναμένω-

μεν ὅτι αἱ κυριώτεροι προσαρμογαί μας εἰς τὸν διαρκῶς πολυπλοκώτερον κόσμον θὰ ἀφοροῦν τὸν ἐγκέφαλον καὶ τοὺς μηχανισμοὺς τῶν νεύρων. Δὲν εἶναι δυνατόν νὰ προῖδωμεν ἐπακριβῶς τὰς ἀλλαγὰς ποὺ θὰ γίνοντι. Πιθανῶς θὰ ἀυξηθῇ ὁ ἀριθμὸς τῶν νευρικών κυττάρων καὶ κατὰ συνέπειαν θὰ ἀυξηθῇ ὁ ὄγκος τοῦ ἐγκεφάλου. Ἴσως θὰ ἐμφανισθοῦν νέα ἐντελῶς κατασκευαί, ὅπως παλαιότερα ὁ φλοιὸς τοῦ ἐγκεφάλου. Πολλὰ ἀλλαγὰι ἐνδέχεται νὰ συντελεσθοῦν παραλλήλως.

Εἰς τὰ ἄλλα χαρακτηριστικὰ τοῦ ἀνθρώπου δὲν προβλέπω θεμελιώδεις ἀλλαγὰς. Τὰ χέρια παρέμειναν σχεδὸν ἀμετάβλητα κατὰ τὸ βιολογικὸν παρελθόν μας. Διὰ τὰς νέας δὲ τυχόν χρήσεις τῶν χειρῶν, θὰ ἐπινοηθοῦν νέα μηχανικὰ συμπληρώματα, ὅπως ἔγινε πάντοτε ἕως τώρα μὲ τὰ διάφορα ἐργαλεῖα.

Ἔως πρὸς τὴν ὀρθίαν στάσιν, εἶναι ἀληθὲς ὅτι ἡ προσαρμογὴ τοῦ σώματος δὲν εἶναι ἀκόμη τελεία. Πολλοὶ ἄνθρωποι ὑποφέρουν ἀπὸ διαρθρωτικὰ ἐλαττώματα, ὅπως ἀπὸ μετατοπιζομένους «δίσκους» τῆς σπονδυλικῆς στήλης, ἀπὸ ἀδυναμίαν τοῦ ἱεροῦ ὀστού καὶ ἀπὸ ὀρισμένας ἐνοχλήσεις τῶν ποδῶν. Ὅλα αὐτὰ εἶναι συνέπειαι τῆς προσπαθείας ποὺ ἀσκεῖται διὰ νὰ κρατηθῇ τὸ σῶμα ὀρθίον. Εἶναι ἀληθὲς ὅτι ἡ ὀρθία στάσις ἀποτελεῖ σχετικῶς νέαν ἐξέλιξιν. Συνεπῶς, κάποια βελτιώσεις εἶναι πιθανῆ εἰς τὸ μέλλον, ἀλλὰ ὄχι σημαντικὴ διαρθρωτικὴ ἀλλαγὴ.

Ἀπὸ τὴν ἐποχὴν τῶν πρώτων ἀνθρωπομόρφων ἀνθρώπων ἕως σήμερα, τὸ πρόσωπον γίνεται μικρότερον. Αἰτία εἶναι κυρίως μία ἀλλαγὴ τῆς μασσητικῆς λειτουργίας. Μὲ τὴν ἀλλαγὴν τῆς διατροφῆς, τὰ δόντια τοῦ ἀνθρώπου ἔγιναν μικρότερα καὶ μερικὰ δὲν βγαίνουν καθόλου πλέον. Αἱ σιαγόνες ἔγιναν μικρότεροι. Ἐτσι, τὸ κάτω μέρος τοῦ προσώπου ὑπεχώρησε καὶ ἡ μύτη προβάλλει περισσότερο κατ' ἀναλογίαν. Συνεπῶς, προβλέπω ὅτι οἱ ἀπόγονοί μας μετὰ 100.000 χρόνια θὰ ἔχουν μικρότερα πρόσωπα μὲ τὴν μύτην περισσότερο προέχουσαν καὶ μετὰ ἡμῶν ποὺ θὰ φαίνεται περισσότερο ὀγκῶδες.

Μὲ τὴν πρόδον τοῦ πολιτισμοῦ καὶ τῆς τεχνικῆς, ἡ φυσικὴ ἐπιλογὴ γίνεται ὀλιγώτερον ἐπιτακτικὴ διαδικασία. Φυσικαὶ ἐκωνότητες ποὺ ἦσαν ἄλλοτε ἀναγκαῖαι διὰ τὴν ἐπιβίωσιν, γίνονται τώρα σχεδὸν ἄχρηστοι. Καὶ ἀδυναμίαι ἢ παρεκκλίσεις αἱ ὁποῖαι ἄλλοτε ἐξηφανίζοντο—διότι οἱ φορεῖς των δὲν ἄντεχαν εἰς τὴν φυσικὴν ἐπιλογὴν—γίνονται τώρα ἀνεκταὶ καὶ ἀβλαβεῖς. Παράδειγμα εἶναι ἡ μείωσις τοῦ τριχώματος, ἡ ὁποία θὰ συνεχισθῇ εἰς τὸ μέλλον. Ἡ ἐνδυναμία, ἡ στέγη καὶ ἡ φωτιὰ ἐδημιούργησαν περιβάλλον μέσα εἰς τὸ ὁποῖον τὸ τρίχωμα τοῦ σώματος δὲν ἔχει καμμίαν ἀξίαν διὰ τὴν ἐπιβίωσιν καὶ ἐκ τούτου γίνονται συνεχῶς κυτταρικὰ μεταλλάξεις ὀδηγοῦσαι εἰς τὴν ἀπώλειαν τοῦ τριχώματος.

Ἄλλο παράδειγμα εἶναι τὰ ἐλαττώματα τῆς ὁράσεως καὶ τῆς ἀκοῆς. Σήμερα τὰ ἐλαττώματα αὐτὰ ἐξουδετερώνονται διὰ μηχανικῶν μέσων. Οἱ ἔχοντες ἐλαττωματικὴν ὄρασιν ἢ ἀκοὴν δύνανται νὰ ζοῦν ὀμαλῶς καὶ νὰ ἀναπαράγονται. Ἡ σύγχρονος ἰατρικὴ καὶ χειρουργικὴ διορθώνει ἀκόμη καὶ ἀνωμαλίες τῶν γεννητικῶν ὀργάνων, αἱ ὁποῖαι ἄλλοτε δὲν θὰ ἐπέτρεπαν τὴν ἐπιβίωσιν καὶ ἀναπαραγωγὴν.

Καθὼς ἐπιταχύνεται ὁ ρυθμὸς τῶν πολιτικῶν ἀλλαγῶν, προκύπτει τὸ ἐρώτημα ἂν ἡ φυσικὴ ἐπιλογὴ ἤμπορῇ νὰ τὸν ἀκολουθήσῃ. Ὁ πολιτισμὸς κινεῖται τώρα τάχιστα καὶ ἴσως ἡ βιολογικὴ ἐξέλιξις δυσκολεῖται νὰ τὸν ἀκολουθήσῃ. Ἴσως ὁ ἄνθρωπος τοῦ μέλλοντος θὰ εὐρεθῇ εἰς πολὺ δύσκολον θέσιν μέσα εἰς τὸν πολύπλοκον κόσμον ποὺ ὁ ἴδιος δημιουργεῖ, ἂν δὲν λάβῃ ἐγκαίρως μέτρα ἐλέγχου καὶ ἐπιταχύνσεως τοῦ ἰδίου του βιολογικοῦ μέλλοντος.

Ἴσως αὐτὸ θὰ γίνῃ ἐνωρίτερα ἀπὸ ὅσον φανταζόμεθα. Ὁ δόκτωρ Μακκόνελ, τοῦ Πανεπιστημίου τοῦ Πίτσμπουργκ, περιέγραψε τελευταίως τὰς μεθόδους καὶ τὴν θεωρίαν ἐνὸς σχεδίου ἐκλεκτικῶν γονιμοποιήσεων τὸ ὁποῖον ἤρχισαν οἱ Ρῶσοι, μὲ σκοπὸν νὰ ἀποκτήσουν τὴν ὑπεροχὴν ἐναντι τῆς Δύσεως. Ὅσον καὶ ἂν αὐτὸ φαίνεται ἀποκρουστικὸν εἰς πολλοὺς ἐξ ἡμῶν, δὲν



είναι νέα ιδέα. "Ήδη πρό ενός αιώνας ο Γκάλτον συνέλαβεν ένα πρόγραμμα ευγονικής ως τρόπον επανέξεως των πνευματικών δυνάμεων της κοινωνίας. Με την καλύτεραν γνώσιν των νόμων της κληρονομικότητας και με τὰ μέσα ἐλέγχου των σχετικών κυττάρων, θὰ εὐρεθοῦν ἀκριβέστεροι τρόποι ἐλέγχου τῆς βιολογικῆς μας ἐξελίξεως. "Ήδη, ἡ ἐπιτυχία τῆς τεχνητῆς γονιμοποιήσεως παρέχει τὴν δυνατότητα δημιουργίας μιᾶς «τραπέζης σπέρματος», ὅπου τὰ σπερματοζωάρια τῶν καλύτερων ἀνδρῶν κάθε γενεᾶς θὰ συγκεντρώνονται καὶ θὰ χρησιμοποιοῦνται πρὸς γονιμοποίησιν μεγάλου ἀριθμοῦ γυναικῶν, διὰ τὴν γέννησιν πολυαριθμῶν μεγαλοφυῶν ἀνθρώπων. Κατ' ἀναλογίαν, τὰ ὄρια τῶν καλύτερων γυναικῶν θὰ εἶναι δυνατόν νὰ ἀποσπῶνται, νὰ γονιμοποιοῦνται τεχνητῶς καὶ ἔπειτα νὰ τοποθετοῦνται εἰς τοὺς κόλπους μιᾶς «θετῆς» μητέρας. Δὲν ἀποκλείεται ἐπίσης νὰ εὐρεθοῦν βιοχημικαὶ μέθοδοι βελτιώσεως τῶν γονιμοποιητικῶν κυττάρων.

"Ὅταν σκεφθῆ κανεὶς τὰς ἔως τώρα ἐπι-

τεύξεις τοῦ ἀνθρώπου ὡς πρὸς τὴν βελτίωσιν τῶν φυχῶν καὶ τῶν ζώων, δὲν ὑπάρχει ἀμφιβολία ὅτι εἰς τὸ μέλλον θὰ ἐπιτευχθοῦν πολὺ περισσότερα ὡς πρὸς τὸν ἔλεγχον τῆς βιολογικῆς ἐξελίξεως τῶν μελλουσῶν ἀνθρώπινων γενεῶν. Με τὰς γνωστὰς ἤδη μεθόδους καὶ με ἄλλας ποῦ ἀνακαλύπτονται, δύναται ὁ ἀνθρώπος νὰ πραγματοποιήσῃ ἓνα πρόγραμμα θεμελιωδῶν ἀλλαγῶν. Θὰ δυναθῆ νὰ ἀναπτύξῃ ἀνωτέρας φυλάς ἀνθρώπων ἢ ἄτομα λίαν ἐξειδικευμένα, με κατάλληλον ἐπιλογὴν φυσικῶν καὶ πνευματικῶν χαρακτηριστικῶν.

Εἰς μίαν δημοκρατίαν ὅπως ἡ ἰδική μας, ἓνα τέτοιο πρόγραμμα ἐξαορτάται ἀπὸ τὴν θέλησιν τοῦ λαοῦ. Καὶ ἂν ἐτίθετο σήμερον τὸ ἐρώτημα, ἡ ἀπάντησις τῆς μεγάλης πλειοψηφίας θὰ ἦτο ἀρνητικὴ. Ἀλλὰ αἱ ἰδέαι τῶν λαῶν ἀλλάσσουν. Ἀρκεῖ νὰ ἐνθουμηθῆτε ποῖαι ἦσαν αἱ παλαιότεραι ἀντιλήψεις μας περὶ τοῦ «ἱεροῦ δικαιώματος» τῆς ἰδιοκτησίας. Δὲν ἀποκλείεται νὰ ἀλλάξουν καὶ αἱ ἰδέαι μας περὶ ἐλέγχου τοῦ πληθυσμοῦ.

## ΒΑΣΙΜΟΙ ΕΛΠΙΔΕΣ ΕΙΣ ΤΟΝ ΑΓΩΝΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

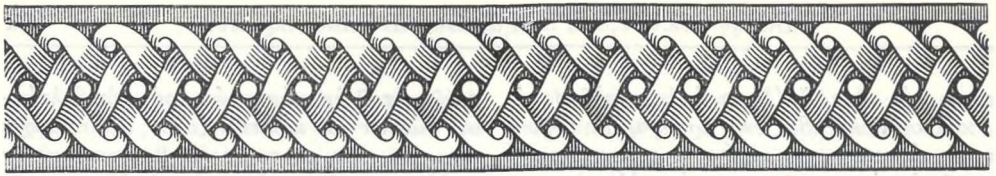
Νέα Ὑπόθεσις.— «Τρεῖς εὐρύτατοι τομεῖς καρκινικῶν ἐρευνῶν ἐμφανίζουν πραγματικὰς ἐλπίδας διὰ τὴν ἐπιτυχῆ ἐφαρμογὴν τῶν πορισμάτων των ἐπὶ τῶν πασχόντων ἐκ τῆς ἐπαράτου νόσου» λέγει ὁ διαπρεπὴς Ἀμερικανὸς Καθηγητὴς Τσέστερ Σόθαμ, ὁ ὁποῖος ἀσχολεῖται ἀπὸ μακροῦ με σχετικὰς μελέτας εἰς τὰ ἐπιστημονικὰ ἐργαστήρια τοῦ Ἰδρύματος Σλόαν-Κέτερινγκ.

«Ὁ πλέον ἐπιδοφόρος ἐξ αὐτῶν» τονίζει ὁ Δρ Σόθαμ «εἶναι ἡ διὰ φαρμάκων θεραπευτικὴ ἀγωγή, καὶ τοῦτο παρὰ τὰς ἀντιρρήσεις ὠρισμένων ἐρευνητῶν καὶ λατρῶν, οἱ ὁποῖοι ἐν τούτοις δὲν δικάιωνονται ἀπὸ τὰ πράγματα.» Εἶναι ἀλήθεια ὅτι «ὁ βασικὸς ἀντικειμενικὸς σκοπὸς ποῦ ἀποβλέπει εἰς τὴν πλήρη θεραπείαν τοῦ καρκίνου σπανίως ἢ οὐδέποτε ἐπιτυγχάνεται, ἀλλὰ παραμένει ἐπίσης γεγονός ὅτι ἡ ἐξέλιξις πολλῶν μορφῶν τῆς νόσου ἀνακόπτεται ἢ ἐπιβραδύνεται διὰ τῆς χρήσεως τῶν καταλλήλων φαρμάκων, ἐνῶ ἐκ παραλλήλου αἱ θεμελιώδεις γνώσεις ἐπὶ τοῦ μεταβολισμοῦ τῶν κυττάρων, τῆς ὁρμονικῆς ἐξαρτήσεως καὶ τῆς χημικῆς συνθέσεως τῶν στοιχείων ποῦ ἐπιδρῶν ἐπὶ τοῦ κυτταρικοῦ μεταβολισμοῦ, ἔχουν ἐμπλουτισθῆ

εἰς ἀπιστεύτως μεγάλον βαθμόν. Προκύπτει, οὕτω, μία θετικὴ βάση ἐπὶ τῆς ὁποίας θεμελιοῦται συνεχῆς πρόοδος, ἡ ὁποία πιθανῶς ἐπὶ μακρῶν ἀκόμη χρονικῶν διάστημα νὰ μὴ ἔγῃ θεαματικὰς ἐξελίξεις, ἀλλὰ θὰ ὀδηγήσῃ ἀσφαλῶς εἰς τὴν ἀποτελεσματικὴν ἀναχαίτισιν ὠρισμένων τοῦλάχιστον ἐιδῶν νεοπλασμάτων.»

Ὁ Ἀμερικανὸς Καθηγητὴς διαπιστώνει ἐπίσης μεγάλην πρόοδον καὶ βασίμους ἐλπίδας εἰς τὰς ἐπιστημονικὰς προσπάθειαις ποῦ καταβάλλονται διὰ τὴν ἀνίχνευσιν τῶν αἰτιῶν τοῦ καρκίνου. «Ἐὰν πολλαπλοῖ παράγοντες» λέγει ἀπάταιτοῦνται διὰ τὴν δημιουργίαν τῆς νόσου, τότε ἡ ἀπάλειψις ἢ ἀποφυγὴ τοῦ ἐνός ἐξ αὐτῶν δύναται νὰ μειώσῃ σημαντικῶς τὸν κίνδυνον, καὶ ἐὰν ἀκόμη οἱ λοιποὶ παραμείνουν ἐκτὸς ἐλέγχου.»

Ὁ τρίτος, τέλος, τομεὺς ποῦ συγκεντρώνει, κατὰ τὸν Δόκτορα Σόθαμ, βασίμους ἐλπίδας εἰς τὸν ἀγῶνα ἐναντίον τοῦ καρκίνου εἶναι ἐκεῖνος τῆς ἀνοσιολογίας, εἰς τὸν ὁποῖον οὗτος διαβλέπει τὴν δυνατότητα τῆς ἐπιστημονικῆς ἐρευνῆς ὅπως ἀνακαλύψῃ ἱκανοποιητικὰς μεθόδους διὰ τὴν ἐξ ὑπαρχῆς παρεμπόδισιν τοῦ καρκίνου.



## Η ΣΕΛΙΔΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

# ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

### ΑΓΩΓΗ ΠΟΛΙΤΟΥ

Σε μία δημοκρατική χώρα, τὸ παιδί, κι ἀκόμα περισσότερο ὁ νέος καὶ ἡ νέα, πρέπει νὰ διαπαιδαγωγοῦνται στὸ ρόλο τους ὡς μελλοντικῶν πολιτῶν. Γιατὶ ὅλοι οἱ πολῖται μαζί σχηματίζουν τὸ κράτος. Κάθε πολίτης πρέπει νὰ ξέρη ὅσον τὸ δυνατόν περισσότερο γιὰ τὴν πολιτεία-κράτος, ὥστε νὰ ἔχη σαφῆ γνῶσι τῶν δικαιωμάτων πού τοῦ παρέχει τὸ κράτος καὶ τῶν υποχρεώσεων πού ἔχει ἀπέναντί του.

Ἐπίσης πρέπει νὰ μάθῃ νὰ ἐφαρμόζῃ στὴν πραγματικότητα αὐτὲς τίς γνώσεις του καὶ νὰ ἀντιλαμβάνεται ὅτι τὸ δημοκρα-

τικὸ κράτος μπορεῖ νὰ ὑπάρχῃ καὶ νὰ λειτουργῇ καλὰ, ἐφ' ὅσον κάθε πολίτης περιορίζει τὴν ἀτομική του θέλησι μέσα στὰ πλαίσια πού τοῦ καθορίζουν οἱ νόμοι.

Κάθε πολίτης ὅμως δὲν εἶναι συνυπεύθυνος μόνο γιὰ τὸ σεβασμὸ τῶν νόμων, ἀλλὰ καὶ γιὰ τὴν ἀναμόρφωσι ἐκείνων πού εἶναι ἤδη παλαιωμένοι. Μὲ ἄλλα λόγια, γιὰ νὰ ὑπάρχῃ ἀληθινὴ δημοκρατία, χρειάζεται νὰ ὑπάρχουν ἀληθινοὶ δημοκρατικοὶ πολῖται. Πρώτη δὲ κυψέλη τῆς δημοκρατικῆς ἀγωγῆς τοῦ παιδιοῦ εἶναι ἡ οἰκογένεια καὶ κατόπιν τὸ σχολεῖο.

### ΑἴΣθημα Κοινοῦ

Τὸ αἴσθημα αὐτὸ πρέπει νὰ καλλιεργῆται καὶ νὰ ἀναπτύσσεται μέσα στὴν οἰκογένεια.

Γιὰ τὸ πῶς μικρὸ παιδί, ἡ υποχρεώσεις αὐτῆ ἀνήκει στὴ μητέρα. Τὸ «ἐσύ» καὶ τὸ «ἐγὼ» τὸ παιδί θὰ τὸ αἰσθανθῆ ἀπὸ πολὺ μικρὸ μόνον ἐν σχέσει πρὸς τὴ μητέρα του. Ἡ μητέρα εἶναι ἐκείνη πού πρώτη δείχνει στὸ παιδί τῆς τὸν ὀρθὸ δρόμο γιὰ τίς σχέσεις πρὸς τὰ ἄλλα μέλη τῆς οἰκογενείας, καὶ αὐτὴ πάλι εἶναι ἐκείνη πού δίνει στὸ κάθε παιδί τῆς τὴ θέσι του μέσα στὴ μικρὴ κοινότητα τοῦ σπιτιοῦ. Αὐτὴ ἐπίσης δείχνει στὰ παιδιά τῆς τὰ καθήκοντά τους, ἀλλὰ καὶ τὰ δικαιώματά πού ἔχουν ὡς μέλη τῆς οἰκογενειακῆς κοινότητος. Κατὰ συνέπειαν, καθήκον τῆς μητέρας εἶναι νὰ διδάξῃ τὸ παιδί τῆς ὅτι καὶ αὐτὸ πρέπει νὰ συμβάλλῃ μὲ τίς ἰκανότητές του στὴν εὐτυχία τῆς μικρῆς κοινότητος.

Τὸ αἴσθημα ὅμως τοῦτο πρέπει νὰ καλλιεργῆται διαρκῶς καὶ στὰ κατοπινα ἁρό-

νια. Τὸ παιδί πού εἶναι ἐσωματωμένο στὴν κοινότητα τῆς οἰκογενείας, πρέπει νὰ ἔχη τὴν ἀνάλογη θέσι του καὶ νὰ αἰσθάνεται ὅτι εἶναι ἀναγκαῖο μέλος αὐτῆς τῆς οἰκογενείας. Πρέπει νὰ εἶναι βέβαια, ὅτι ἡ οἰκογένειά του τὸ χρειάζεται τὸ ἴδιο, ὅπως καὶ αὐτὸ χρειάζεται τὴν οἰκογένειά του. Γι' αὐτὸ τὸ σκοπὸ τὸ παιδί πρέπει νὰ ἀναλαμβάνῃ ὀρισμένα καθήκοντα καὶ νὰ μετέχῃ στὶς χαρὲς καὶ στὶς φροντίδες τῆς οἰκογενείας, νὰ μὴν ἀποκρούεται ὅταν κίνη ἐρωτήσεις, καὶ νὰ αἰσθάνεται, μὲ λίγα λόγια, ὅτι, ὡς μέλος αὐτῆς τῆς κοινότητος, εἶναι συνυπεύθυνος γιὰ τὴν πρόδό τῆς.

Ἔτσι τὸ παιδί προπαρασκευάζεται κατὰ τὸν καλύτερο τρόπο, γιὰ νὰ μπῆ ἀργότερα σὲ μιὰ μεγαλύτερη κοινότητα ἀνθρώπων, στὸ σχολεῖο, ἀπὸ ὅπου κατόπιν θὰ προσαρμοσθῆ εὐκολώτερα στὴν κοινότητα τοῦ ἐπαγγέλματός του καὶ, ταυτοχρόνως, στὴ ζωὴ τῆς κοινωνίας.

(Ἀπὸ τὸ Λεξικὸν Ἀγωγῆς τοῦ Παιδιοῦ, τοῦ κ. Π. Ἀμπλιανίτη)



# FISSAN



Τὰ ἰδιο-  
σκευάσματα  
ΦΙΣΣΑΝ

Ἀπαραίτητα διὰ τὴν  
περιποίησιν τοῦ δέρματος  
καὶ τὴν θεραπείαν τῶν  
δερματοπαθειῶν

**FISSAN**

• Πούδρα • Ἀλοιφαὶ • Σάπων

ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΥ  
DEUTSCHE MILCHWERKE ZWINGENBERG / BERGSTR.

HESSEN - GERMANY

ΓΕΝΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΔΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ  
Κ. ΚΑΝΑΡΟΓΛΟΥ - ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ 12 - ΑΘΗΝΑΙ - ΤΗΛ. 612-421



# Θυμηθείτε!



...πριν από τόν τοκετό  
τόν

## ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΣΑΚΚΟ ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΥ

Διαχωρισμένος έσωτερικώς καταλλήλως σās προσφέρει τήν δυνατότητα νά τοποθετήσετε τὰ ὄργανά σας, γιά νά τὰ έχετε πρόχειρα κατά τήν επέμβασίν σας.

...μετά τόν τοκετό  
ουστήσατε  
τήν διατροφή τῶν παιδιῶν  
μέ βρεφικές τροφές

# Gerber



Π. Α. ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΣ — Πατησίων - Βενιζέλου ΧΑΥΤΕΙΑ  
Ι. Π. ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΣ — Κανάρη 23 - ΚΟΛΩΝΑΚΙ  
ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΣ — Πατησίων 171 - ΠΛ. ΑΓΑΜΩΝ



## Ἡ Γενική Συνέλευσις τοῦ Σ.Ε.Μ.Α.

Τὴν 11ην Φεβρουαρίου 1962 ἔλαβε χώραν ἡ ἐτήσια Τακτικὴ Γενικὴ Συνέλευσις τοῦ Σ.Ε.Μ.Α., καθ' ἣν συνεζητήθησαν θέματα ἀφορῶντα εἰς τὸ ἐπάγγελμα τῆς Μαίας.

## Ὁμιλίαι πρὸς τὰς Μαίας

Αἱ διαλέξεις τοῦ Καθηγητοῦ κ. Ν. Λούρου πρὸς τὰς Μαίας θὰ γίνωνται ἐκάστην πρώτην Πέμπτην τοῦ μηνὸς εἰς τὸ Ἀμφιθέατρον τοῦ Μαιευτηρίου «Ἀλεξάνδρα» καὶ ὥραν 8-9 μ.μ.

## Ἀρραβῶνες

Ἡ Δις Ἐλισάβετ Καρδάση, Μαῖα, καὶ ὁ κ. Νικόλαος Κέλεγκας ἤρραβωνίσθησαν.

Ἡ Δις Βασιλικὴ Σαραντάκη, Μαῖα, καὶ ὁ κ. Ἀθανάσιος Χριστόπουλος ἤρραβωνίσθησαν.

## Γάμοι



Ἡ Δις Σάσα Καγιάνου, Προϊσταμένη τοῦ Μ.Μ.Η., καὶ ὁ κ. Ἰωάννης Ἰωαννίδης ἐτέλεσαν τοὺς γάμους των τὴν 4ην Μαρτίου 1962.

Ἡ Δις Σοφία Λίτινα, Μαῖα, καὶ ὁ κ. Θεοδόσιος Θεοδωρόπουλος ἐτέλεσαν τοὺς γάμους των.

## Γεννήσεις

Ἡ Προϊσταμένη τοῦ Μαιευτηρίου «Ἀλεξάνδρα» Κα Βασιλικὴ Παπαϊωάννου ἔτεκεν ἄρρεν.

## Κεναὶ θέσεις Μαιῶν

Ὑπαρχούσης κενῆς θέσεως Μαίας καὶ τεσσάρων θέσεων Ἀδελφῶν Νοσοκόμων εἰς τὸ Γενικὸν Νοσοκομεῖον Καρύστου, παρακαλοῦνται αἱ ἐνδιαφερόμεναι ὅπως ἀποταθοῦν εἰς τὴν Διεύθυνσιν τοῦ ὡς ἄνω Νοσοκομείου.

— Ἐν τῷ Νομῷ Λευκάδος ὑφίστανται πρὸς πλήρωσιν δύο κεναὶ θέσεις Ἐπιστημόνων Μαιῶν διὰ τὸ Κοινοτικὸν Ἰατρεῖον Βλυχοῦ καὶ τὸ Ἀγροτικὸν Ἰατρεῖον Κατωμεριού, ἀντὶ βασικοῦ μηνιαίου μισθοῦ 1.365 (ἀκολουθοῦ), προσθέτου ἐπιδόματος 40%, ἐπιδόματος ἀκριβείας 6% καὶ ὀδοιπορικῶν ἐξόδων. Καλοῦνται ὅθεν αἱ ἐνδιαφερόμεναι διὰ τὴν κατάληψιν τῶν ὡς ἄνω θέσεων ὅπως ὑποβάλωσι σχετικὴν αἴτησιν μετὰ τῶν κατὰ νόμον ἀπαιτούμενων δικαιολογητικῶν. Διὰ πλείονας πληροφορίας αἱ ἐνδιαφερόμεναι δέον ὅπως ἀπευθυνθῶσιν εἰς τὸ Ὑγειονομικὸν Κέντρον Λευκάδος.

## Τοποθετήσεις Μαιῶν

Αἱ κάτωθι Μαῖαι ἐτοποθετήθησαν εἰς τὰς ἀκολουθοῦσας Κοινότητες:

1) Μαρία Τσέτσικα, εἰς Παλαιοκώμην Φυλλίδος (Νομοῦ Σερρῶν), 2) Αἰκατερίνη Εὐδογιάννη, εἰς Περωνὴν Βασιλείας (Νομοῦ Σερρῶν), 3) Εἰρήνη Κρεμετζῆ, εἰς Ὠραιόκαστρον (Θεσσαλονίκης), 4) Κωνσταντίνα Μπαχᾶ, εἰς Σαρδίνια (Αἰτωλοακαρνανίας), 5) Ναυσικὰ Παππᾶ, εἰς Οἰνούσας (Χίου), 6) Ἐλένη Βασιλειάδου, εἰς Λευκῶνα (Φλωρίνης), 7) Γεωργία Κυβερτζόγλου, εἰς Ἄλευρον (Πέλλης), 8) Ἀλίκη Ἀντωνίου, εἰς Ἄραχον (Ἡμαθίας), 9) Λίνα Δώδου, εἰς Φλαμουριᾶν (Πέλλης), 10) Γεωργία Τζατζάρη, εἰς Πεντάβρυσον (Καστοριάς), 11) Ζωὴ Σαπναρᾶ, εἰς Σαρακίναν (Κοζάνης), 12) Ἀγγελικὴ Συκιώτη, εἰς Μοναστηράκιον (Αἰτωλοακαρνανίας), 13) Ἀθηνᾶ Ζαχαριάδου, εἰς Τρίλοφον (Πιερίας), 14) Γεωργία Πρασίνου, εἰς Μαιευτήριον Θεσσαλονίκης, 15) Εὐγενία Λαλιώτου, εἰς Δοκίμιον (Αἰτωλοακαρνανίας), 16) Αἰκατερίνη Μήτσιου, εἰς Μακροχώριον (Λαρίσης), 17) Εὐχαρίσ Μανωλάκη, εἰς Καμπᾶ (Χίου), 18) Ἄρτα Βαρλάμη, εἰς ἄδειαν ἐν Ἑλλάδι, 19) Ἐλπὶς Ἀδαμοπούλου, εἰς Δριδαῖαν (Πέλλης), 20) Εὐδοξία Παπαγιάννη, εἰς Πυργετὸν (Λαρίσης), 21) Ἀλίκη Γραμματικοῦ, εἰς Κρύαν Βρύσην Γιαντισῶν (Πέλλης), 22) Ἀσπασία Τεντζεράκη, εἰς Παλαιοκώμην (Σερρῶν), 23) Φιλαρέτη Μιχαλοπούλου, εἰς Ἐπταχώριον (Καστοριάς), 24) Μαρία Τηλεκερίδου, εἰς Ἄνταρτικὸν (Φλωρίνης), 25) Στυλιανὴ Οἰκονομίδου, εἰς Κουλούριον (Λαρίσης), 26) Γεωργία Ζευγαροπούλου, εἰς Ἀναστάσιον (Σερρῶν).

## Ἀνακοινώσεις

Αἱ ἔχουσαι παλαιὸν βιβλιᾶριον ΙΚΑ Μαῖαι καὶ ἐπανασφαλισθεῖσαι εἰς Κοινοτικὰ ἢ Ἀγροτικὰ Ἰατρεῖα, παρακαλοῦνται ὅπως γνωρίσουν εἰς τὸν Σύλλογον Ἐπιστημόνων Μαιῶν Ἀθηνῶν, δι' ἀλληλογραφίας, τὴν ἡμερομηνίαν ὑπαγωγῆς καὶ λήξεως τῆς παλαιᾶς των ἐργασίας, ὡς καὶ τὴν ἡμερομηνίαν τῆς ἐνάρξεως τῆς νέας ἐργασίας των. Ἡ ἀπάντησις θὰ γίνῃ μέσω τοῦ περιοδικοῦ μας.

\*

Γνωρίζομεν εἰς τὰ μέλη μας, ὅτι αἱ συγκεντρώσεις ἐκάστην τελευταίαν Πέμπτην τοῦ μηνὸς συνεχίζονται εἰς τὸ Γραφεῖον τοῦ Συλλόγου.

# Γάλα κατ' ἔξοχὴν « προφυλακτικὸν »

Διὰ τὴν κανονικὴν διατροφήν τῶν ὑγιῶν βρεφῶν. Τὸ Πελαργκὸν αὐξάνει τὴν ἀντίστασιν εἰς τὰς λοιμῶξεις, προλαμβάνει τὰς δυσπεψίας, καταπολεμεῖ τὰς ἀναγωγάς, ἐμποδίζει τὴν ὑποχλωρυδρίαν.



Ἔτοιμον πρὸς χρῆσιν.

## Pelargon

Γάλα πλήρες ὀξινοσθέν εἰς κόνιν



ΓΕΝΙΚΟΙ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ ΔΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ  
**ΑΝΔΡΕΑΣ Ι. ΔΡΙΤΣΑΣ & ΥΙΟΣ**  
ΑΘΗΝΑΙ: ΕΥΡΥΠΙΔΟΥ 18 — ΠΕΙΡΑΙΕΥΣ: ΑΚΤΗ ΜΙΑΟΥΛΗ 3  
ΤΗΛΕΦΩΝΑ: 27.033 — 26.602