



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

Ἰπό

Κ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ

Παιδιάτρον

Ἐπιμελητοῦ τοῦ Μαιευτηρίου «Μαρίκα Ἡλιάδης»

Αιτιολογία πυρηνικοῦ ἰκτέρου. Τὸ ὑψηλὸν ἐπίπεδον χολερυθρίνης τοῦ ὄρου τοῦ αἵματος νεογνῶν πασχόντων ἐξ ἰκτέρου εἶναι βεβαίως ὑπεύθυνον διὰ τὴν ἐγκατάστασιν πυρηνικῆς βλάβης. Ἡ γνώμη ὅμως ὅτι πλὴν τοῦ ἀνωτέρω παράγοντος συμβάλλουν πρὸς τοῦτο καὶ ἕτερα αἰτία, συνεχῶς ἐνισχύεται. Οὕτω ὁ H. Gal-lasch¹ καὶ οἱ συνεργάται αὐτοῦ ὑποστηρίζουν ἐκ νέου τὴν ἄποψιν ὅτι σημαντικὴν ἐπίσης ἐπίδρασιν ἐξασκεῖ ἡ ἐλλειπὴς ὀξυγόνωσις τοῦ ὄργανισμοῦ, ἀνεξαρτήτως αἰτίας. Αὕτη θεωρεῖται ὑπ' αὐτῶν τὸ ἀρχικὸν αἴτιον τῆς ἀνωτέρω βαρείας ἐπιπλοκῆς τοῦ νεογνικοῦ ἰκτέρου. Συνεπῶς, κατ' αὐτούς, καὶ ἡ ἔκβασις ἐξαρτᾶται κατὰ ποσοστὸν τι ἐκ τῆς καλῆς νοσοκομειακῆς περιθάλψεως καὶ τῆς πρωίμου θεραπείας τυχόν φαινομένων ἀνοξυγονώσεως τοῦ νεογνοῦ.

Κυτταροτοξικὴ ἐπίδρασις τῆς χολερυθρίνης. Ἡ ἐμπότισις τῶν πυρήνων τοῦ ἐγκεφάλου ὑπὸ τῆς χολερυθρίνης προκαλεῖ ἀνεπανόρθωτον βλάβην αὐτῶν καὶ ἡ εἰκὼν τοῦ πυρηνικοῦ ἰκτέρου ἐγκαθίσταται πλέον. Κατὰ μελέτας ὅμως τῶν J. Bernstein καὶ H. Landing² ὑφίσταται γενικωτέρα κυτταροτοξικὴ ἐπίδρασις τῆς χολερυθρίνης, ἥτις φαίνεται ὅτι δύναται νὰ προκαλέσῃ ἐπίσης νεκρωτικὰς βλάβας εἰς πολλὰ ὄργανα, καὶ κυρίως εἰς τὸ πε-

πτικὸν σύστημα, τὸν σπλῆνα, τὴν μυελώδη μοῖραν τῶν νεφρῶν, τὰ ἐπινεφρίδια, τοὺς ὄρχεις καὶ τὸν μυελὸν τῶν ὀστέων.

Κοινωνικοὶ παράγοντες προωρότητας. Κατὰ λεπτομερῆ μελέτην τοῦ D. Baird,³ οἱ κοινωνικοὶ παράγοντες, ἴτοι τὸ σύνολον τῶν συνηκῶν διαβιώσεως γενικῶς, ἐξασκοῦν ἐπὶ τῆς προωρότητος σημαντικὴν ἐπίδρασιν ἀκόμη καὶ σήμερον, περισσότερο δὲ καὶ ἀπὸ τοὺς μαιευτικούς παράγοντας.

Φυσιοθεραπεία μαιευτικῆς παραλύσεως. Ἐπὶ 40 περιπτώσεων μαιευτικῆς παραλύσεως τοῦ βραχιονίου πλέγματος, αἵτινες ὑπεβλήθησαν εἰς θεραπείαν διὰ φυσιοθεραπευτικῶν μεθόδων, οἱ C. Beraud καὶ R. Bressieux⁴ εἶχον 12 περιπτώσεις πλήρους ἰάσεως καὶ 14 περιπτώσεις μερικῆς ὑποχωρήσεως.

Ἐμβρυϊκοὶ παλμοί. Φαίνεται ὅτι καὶ τὸ ἔμβρυον δὲν ἀνέχεται τοὺς θορύβους. Οἱ P. Murphy καὶ W. Smith⁵ διεπίστωσαν ὅτι ὁ ρυθμὸς τῶν ἐμβρυϊκῶν παλμῶν αὐξάνει σημαντικῶς ὅταν μεταβιβάζωνται ἤχοι διὰ μέσου τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος τῆς μητρός.

Χλωρομυκητίνη ἐπὶ νεογνῶν. Ἐπὶ τῶν νεογνῶν, ἡ χλωρομυκητίνη ἐξασκεῖ ἰδιαιτέρως ἔντονον τοξικὴν ἐπίδρασιν. Τοῦτο ἀποδεικνύεται καὶ ἐκ τῆς μελέτης 9 περιπτώσεων ἀναφερομένων ὑπὸ τοῦ

Η. Lischner και συνεργατών.⁶ Τα νεογνά ταυτα έλαβον 120 χιλιοστά κατά χιλιογράμμον βάρους ήμερησίως χλωρομυκητινης και ένεφάνισαν τοξικά φαινόμενα κατά την 3ην ήμέραν, άπεβίωσαν δέ τελικώς κατά την διάρκειαν τής πρώτης εβδομάδος. Νεκροτομικώς διεπιστώθη διάχυτος αίμορραγία των πνευμόνων. Έπί τή εύκαιρία σημειούμεν ότι λόγω τής μεγάλης ταύτης τοξικότητας του φαρμάκου επί νεογνών, τουτο χορηγεΐται, όταν ύφίσταται ένδειξις, εις μικράς δόσεις, ήτοι 12,5 χιλιοστόγραμμα κατά χιλιογράμμον βάρους ήμερησίως και διά μικράν χρονικήν περίοδον.

Χρόνος περιδέσεως του όμφαλου. Έπίμαχον πάντοτε το θέμα τής άμέσου ή βραδυτέρας περιδέσεως του όμφαλίου λώρου, ιδία επί προώρων. Ο Ρ. Bound και συνεργάται⁷ έμελέτησαν προς τουτο δύο ομάδας προώρων. Η πρώτη ομάς άπετελειότο εκ 357 νεογνών, εις τα όποια ό όμφαλός περιεδέθη εύθως μετά την γέννησιν. Η δευτέρα ομάς περιελάμβανε 356 πρόωρα, των όποιων ό όμφάλιος λώρος περιεδέθη 3-5 λεπτά μετά την γέννησιν.

Έπί των νεογνών τής δευτέρας ομάδος, το σύνδρομον τής άναπνευστικής δυσχερείας του νεογνού παρετηρήθη εις μικρότερον ποσοστόν, έπίσης δέ και ή θνησιμότης κατά τας 3 πρώτας ήμέρας των νεογνών βάρους 1.501-2.500 γρμ. ήτο σαφώς μικρότερα από τας άντιστοιχους περιπτώσεις τής πρώτης ομάδος. Συνεπώς ή λήψις υπό του προώρου νεογνού ποσότητος αίματος πλακουντικού πρέπει να έξασκή σημαίνουσαν εύνοϊκήν επίδρασιν εις την πρόληψιν του συνδρόμου τής άναπνευστικής δυσχερείας του νεογνού και οι

συγγραφείς συνιστούν εις όλα τα πρόωρα την περιδεσιν του όμφαλίου λώρου μετά την πάροδον 3-5 λεπτών από τής γεννήσεως.

Νεογνά καπνιστριών. Υφίσταται ή παρατήρησις ότι τα νεογνά των μητέρων αίτινες ποιουνται άξιόλογον χρήσιν καπνου είναι μικροτέρου βάρους. Κατά τον F. Oski,⁸ το γεγονός τουτο δυνατόν να όφείλεται εις χρονίαν έλαφράν άνοξυγόνωσιν, δεδομένου ότι εις το μητρικόν αίμα τα 8,5% τής αίμοσφαιρίνης και εις το αίμα του όμφαλίου λώρου τα 9,6% αύτης εύρίσκονται ήνωμένα μετά μονοξειδίου του άνθρακος (άνθρακυλαιμοσφαιρίνη), ένθ ή μέση φυσιολογική τιμή είναι μόνον 3,4%.

Έρυθροκύτταρα και χολερυθρίνη. Η διάρκεια τής ζωής των έρυθρών αίμοσφαιρίων έπηρεάζεται εκ του βαθμού τής υπερχολερυθριναιμίας τής νεογνικής περιόδου; Κατά μελέτην των F. Vest και R. Grieder⁹ επί ομάδος εκ 39 νεογνών, έξ ών τα 33 πρόωρα, ουδεμία συσχέτισις διεπιστώθη.

Τελειόμηνα μικρού βάρους. Τα αίτια τής γεννήσεως νεογνών πλήρους κυήσεως χρονικώς, αλλά μικρού βάρους, είναι ποικίλα. Ο J. Warkany και συνεργάται¹⁰ μελετούν περιπτώσεις τελειομήνων νεογνών βάρους κάτω των 2.500 γρ. και επιμένουν επί του γεγονότος ότι ό πλακοϋς είναι συχνά πολύ μικρός, τουτο δέ συσχετίζεται ένίοτε με υπέρτασιν τής μητρός. Έκ μελέτης 27 περιπτώσεων τελειομήνων μικρού βάρους όσον άφορά την φυσικήν και διανοητικήν ανάπτυξιν αυτών, οι συγγραφείς διεπίστωσαν ότι αύτη υπελείπετο του φυσιολογικού.

- 1) *Mshr. Kinderh.*, 1962. 2) *Am. J. Path.*, 1962. 3) *Bull. O.M.S.*, 1962. 4) *Lyon Med.*, 1962. 5) *Lancet*, 1962. 6) *J. Ped.*, 1961. 7) *Lancet*, 1962. 8) *Lancet*, 1962. 9) *J. Ped.*, 1961. 10) *Am. J. Dis. Child.*, 1961.

