

ΕΚ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ «ΜΑΡΙΚΑ ΗΛΙΑΔΗ», ΔΩΡΕΑ ΕΛΕΝΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΝ ΤΜΗΜΑ.—Διευθυντής: Ε. Π. ΠΕΤΡΙΔΗΣ

ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΣ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

ΥΠΟ

ΕΥΘΥΜΙΟΥ Π. ΠΕΤΡΙΔΗ

Διευθυντού του Παιδιατρικού Τμήματος του Μαιευτηρίου «Μαρίκα Ήλιαδη»
(Δωρεά «Ελένας Ε. Βενιζέλου»)

ΑΝΑΤΥΠΩΣΙΣ ΕΚ ΤΗΣ «ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ»
Τόμος 25ος Τεῦχος 4ον Θεσσαλονίκη 1956

ΕΚ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ «ΜΑΡΙΚΑ ΗΛΙΑΔΗ», ΔΩΡΕΑ ΕΛΕΝΑ Σ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΝ ΤΜΗΜΑ.—Διευθυντής: Ε. Π. ΠΕΤΡΙΔΗΣ

ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ
ΝΟΣΗΡΟΤΗΣ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

ΥΠΟ

ΕΥΘΥΜΙΟΥ Π. ΠΕΤΡΙΔΗ

Διευθυντοῦ τοῦ Παιδιατρικοῦ Τμήματος τοῦ Μαιευτηρίου «Μαρίκα Ήλιάδη»
(Δωρεά «Ελενας Ε. Βενιζέλου»)

ΑΦΙΕΡΟΥΤΑΙ

ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

ΤΟΥ ΑΕΙΜΝΗΣΤΟΥ

ΣΤΑΜ. ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Διὰ τῆς παρούσης μελέτης συμπληρωῦνται δύο προηγούμεναι τοι-
αῦται ἀναφερόμεναι εἰς τὸ πρόβλημα τῶν προώρων νεογνῶν ἐν γένει.
Εἰς τὰς μελέτιας ταύτιας ἔκτιθεται ἡ ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ "ΜΑΡΙΚΑ
ΗΛΙΑΔΗ", δωρεὰ Ἐλενας Βενιζέλου, συντελουμένη προσπάθεια διὰ τὴν
ἀποτελεσματικὴν ἀντιμετώπισιν καὶ ἐν Ἑλλάδι τοῦ κοινωνικοῦ προβλή-
ματος τῶν προώρων νεογνῶν.

"Η προσπάθεια αὕτη δυσχερῆς καθ' ἑαυτὴν νομίζομεν διὶ τῆς σημείω-
σε σημαντικὴν ἐπιτυχίαν καθ' ὅσον σήμερον ἡ παρεχομένη ἐν τῷ Ἰδρύ-
ματι περιθαλψις εἰς τὰ πρόωρα νεογνά δύναται νὰ θεωρηθῇ ὡς λιαν
ἴκανοποιητικὴ ὡς καταφαίνεται ἐκ τοῦ περιορισμοῦ τῆς θητησιμότητος
τῶν προώρων νεογνῶν εἰς σημεῖον μὴ ἀφιστάμενον οὐσιωδῶς τῆς θη-
τησιμότητος παρομοίων Ἰδρυμάτων ἐν τῇ ξένῃ λειτουργούντων ἀπὸ μα-
κροῦ καὶ ἐφωδιασμένων πλήρως διὰ πάντων τῶν ἀναγκαιούντων συγ-
χρονισμένων μέσων.

Εἰς τὴν ἐπιτυχίαν τῆς προσπαθείας ταύτης, συντελεσθείσης χάρις
εἰς τὸ ἰδιαίτερον ἐνδιαφέρον τὸ δποῖον ἐπέδειξεν ἐν προκειμένῳ τὸ Διοι-
κητικὸν Συμβούλιον τοῦ Ἰδρυμάτος, συνέβαλον ἡ διεύθυνσις τοῦ Ἰδρύ-
ματος καὶ τὸ νοσηλευτικὸν προσωπικόν τὸ δποῖον ἐπέδειξε προσθυμίαν
εὑσυνειδησίαν καὶ ἀφοσίωσιν εἰς τὸ καθῆκον.

Ἐν Ἀθήναις τῇ 2 Ιανουαρίου 1956

Ε. Π. ΠΕΤΡΙΔΗΣ

ΕΚ ΤΟΥ ΜΑΪΕΥΤΗΡΙΟΥ "ΜΑΡΙΚΑ ΗΛΙΑΔΗ", ΔΩΡΕΑ ΕΛΕΝΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΝ ΤΜΗΜΑ.—Διευθυντής : Ε. Π. ΠΕΤΡΙΔΗΣ

ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ.- ΝΟΣΗΡΟΤΗΣ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

ΥΠΟ

ΕΥΘΥΜΙΟΥ Π. ΠΕΤΡΙΔΗ

Διευθυντοῦ τοῦ Παιδιατρικοῦ Τμῆματος τοῦ Μαιευτηρίου «Μαρίκα Ήλιαδη»
(Δωρεά "Ελενας Ε. Βενιζέλου")

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Εἰς προηγουμένην ἐργασίαν¹ ἐπραγματεύθηκεν τὸ θέμα τῶν προώρων νεογνῶν γενικότερον. Εἰς τὴν ἐργασίαν ταύτην ἐπονίσθη ἡ ἀνάγκη τῆς παροχῆς ἔξειδικευμένης περιθάλψεως διὰ τὴν ἐπιβίωσιν τῶν προώρων νεογνῶν, ἀνεπτύχθησαν τὰ στατιστικὰ δεδομένα τοῦ Μαιευτηρίου «M. Ήλιαδη» τῆς ἔξαετίας 1947-1952, ἐκ ὧν προέκυπτε ἡ προοδευτικὴ κατ' ἔτος πτῶσις τοῦ συντελεστοῦ θνησιμότητος ὡς ἐκ τῆς βελτιώσεως τῶν συνθηκῶν τῆς παροχῆς εἰδικῆς περιθάλψεως, ἡρευνήθησαν διεξοδικῶς τὸ θέματα τῶν βασικῶν δυσχερειῶν τὰς δούλιας ἀντιμετωπίζουν τὰ πρόωρα νεογνά πρὸς ἐπιβίωσιν ὡς ἐκ τῶν φυσιολογικῶν καὶ ἀνατομικῶν μειονεκτημάτων αὐτῶν καὶ ἔξετέθη ἡ τηρητέα ἀγωγὴ πρὸς ὑπερονίκησιν αὐτῶν.

Εἰς ἑτέραν ἔξι ἄλλου μελέτην ἡμῶν² ἐδόθη ἀπάντησις ἐπὶ τοῦ ἔρωτήματος ποίᾳ ἡ σωματικὴ ἀνάπτυξις καὶ ἡ διανοητικὴ ἔξελιξις τῶν ἐπιβιούντων προώρων νεογνῶν, ἐπὶ τῇ βάσει τῶν παρατηρήσεων ἡμῶν ἐκ τῆς παρακολουθήσεως καὶ τῆς ἔξετάσεως τῶν ἐκ τοῦ M. «M.H.» ἔξελθόντων κατὰ τὴν περίοδον 1947-1952 μετά τὴν ἐν αὐτῷ περίθαλψιν 318 προώρων νεογνῶν, ἀτινα εἰδικῶς πρὸς τὸν σκοπὸν τοῦτον ἐκλήθησαν καθ'³ διμάδας ἥλικίας κατὰ τὸ ἔτος 1952.

Διὰ τῆς παρούσης μελέτης ἡμῶν θὰ προσπαθήσωμεν νὰ συμπληρώσωμεν τὰς ἐκ τῶν ὡς ἀνώ προηγουμένων ἐργασιῶν παρατηρήσεις ἀναφερόμενοι λεπτομερέστερον ἀφ' ἐνδός μὲν εἰς τὰ αἰτια τὰ προκαλοῦντα τὸν

1. *E. Πετρίδης*: Πρόωρα νεογνά καὶ περίθαλψις αὐτῶν. «Ἐλληνικὴ Ιατρική», Θεσσαλονίκη 1953, τόμος 22ος, τεῦχος 10ον.
2. *E. Πετρίδης - N. Νινίδης*: Παρατηρήσεις ἐπὶ τῆς ἀναπτύξεως καὶ ἔξελιξεως τῶν ἐν τῷ Μαιευτηρίῳ «Μαρίκα Ήλιαδη» γεννηθέντων προώρων νεογνῶν κατὰ τὴν πενταετίαν 1947-1951. (Πανηγυρικὸν τεῦχος κ. Λούδου, Αθῆναι 1953).

προσωρον τοκετόν, ἀφ' ἑτέρου δὲ εἰς τὸ θέμα τῆς νοσηρότητος καὶ θητικότητος τῶν προώρων νεογνῶν κατὰ τὴν περίοδον τῆς παραμονῆς των ἐν τῷ εἰδικῷ θαλάμῳ ἥτοι κατὰ τὰς πρώτας ἡμέρας καὶ ἑβδομάδας τῆς ζωῆς των. "Ωσαύτως θὰ ἐκθέσωμεν τὰ συμπεράσματα ἐκ τῶν παρατηρήσεων ἡμῶν καθ'" δοσον ἀφορῷ τὴν διαφοροποίησιν τῶν φυσιολογικῶν ἐκδηλώσεων τῶν προώρων ἐν σχέσει πρὸς τὰ τελειόμηνα νεογνὰ κατὰ τὴν αὐτὴν ὡς ἄνω χρονικὴν περίοδον τῆς περιθάλψεως των.

Αἱ παρατηρήσεις ἡμῶν ἀναφέρονται εἰς 759 πρόωρα νεογνὰ προερχόμενα ἐξ 682 τοκετῶν, ἐκ τοῦ συνόλου τῶν 1047 προώρων τὰ δύοια ἔτυχον περιθάλψεως ἐν τῷ τμήματι προώρων τοῦ Μ. «Μ.Η.» κατὰ τὴν ἑξαετίαν 1947 - 1952, εἰς τινας δὲ περιπτώσεις καὶ εἰς ἕπι μικρότερον ἀριθμόν. Τὰ ἐκ τῶν παρατηρήσεων τούτων συμπεράσματα θὰ ἡσαν ἀκριβέστερα ἐὰν ἀνεφέροντο εἰς τὸ σύνολον τῶν κατὰ τὴν περίοδον ταύτην τυχόντων περιθάλψεως προώρων νεογνῶν. Διυστυχῶς τοῦτο δὲν κατέστη δυνατὸν λόγῳ ἐλλείψεως πλήρων στοιχείων ἵδιᾳ κατὰ τὰ πρῶτα ἔτη.

"Ἐκ τῶν 759 τούτων προώρων νεογνῶν 554 προήχοντο ἐξ ἀπλοῦ τοκετοῦ, 202 ἐκ διδύμου τοκετοῦ καὶ 3 ἐκ τριδύμου τοιούτου.

"Οσον ἀφορῷ τὸ φῦλλον τὰ 333 ἥτοι 43,8 %. ἡσαν ἄρρενα καὶ 426 ἥτοι 56,2 % ἡσαν θῆλεα, ἀναλυτικῶς δὲ κατ' ἔτος γεννήσεως καὶ φῦλλον ἔχουν ὡς κατωτέρω:

<i>"Έτος γεννήσεως</i>	<i>"Αρρενα</i>	<i>Θήλεα</i>	<i>Σύνολον</i>
1947	28	25	53
1948	26	46	72
1949	24	24	48
1950	56	49	105
1951	102	114	216
1952	97	168	265
<i>Σύνολον</i>	<i>333</i>	<i>426</i>	<i>759</i>

Τὸ εἶδος τοῦ τοκετοῦ εἰς 666 περιπτώσεις προώρων νεογνῶν ἐπὶ τῶν 759 ἔχει ὡς ἀκολούθως:

<i>Φυσιολογικὸς τοκετός</i>	499	πρόωρα	ἥτοι	74,93%
<i>Ίσχυακή προβολὴ</i>	100	>	>	15,02%
<i>Καισαρικὴ τομὴ</i>	18	>	>	2,70%
<i>Ἐμβρυονικά</i>	23	>	>	3,45%
<i>Ἐξελκυσμός</i>	26	>	>	3,90%
	<i>666</i>			<i>100,00%</i>

Κατὰ βάρος σώματος κατὰ τὴν γέννησιν αἱ περιπτώσεις ἡμῶν κατατάσσονται ὡς ἀκολούθως:

Βάρος γεννήσεως (γραμμάρια)

"Ετος γεννήσεως	700	1000	1000-15000	1500	2000	2000-2500	Σύνολον
1947	—		5	15	33		53
1948	—		1	9	62		72
1949	—		2	9	37		48
1950	—		1	27	77		105
1951	7		16	44	149		216
1952	9		25	70	161		265
Σύνολον	16		50	174	519		759

Ἄναλόγως τῆς χρονικῆς διαρκείας τῆς κυήσεως καὶ ἔτος γεννήσεως αἱ περιπτώσεις ἡμῶν κατατάσσονται ὡς ἀκολούθως:

Διάρκεια κυήσεως (μῆνες)

"Ετος γεννήσεως	6 - 7ος	7 - 8ος	8 - 9ος	Πλήρης κύησις	Σύνολον
1947	—	6	11	36	53
1948	—	2	23	47	72
1949	—	1	23	24	48
1950	1	7	54	43	105
1951	11	40	98	67	216
1952	26	63	123	53	265
Σύνολον	38	119	332	270	759

Οὕτως ἡ σχέσις τῶν μὴ πλήρους κυήσεως προώρων νεογνῶν πρὸς τὰ πλήρους κυήσεως τοιαῦτα (συγγενῶς ἐξησθενημένα) ἔχει ὡς ἔξῆς:

Πρόσωρα

"Ετος γεννήσεως	Μὴ πλήρους κυήσεως	%	Πλήρους κυήσεως	%	Σύνολον	%
1947	17		36		53	
1948	25		47		72	
1949	24		24		48	
1950	62		43		105	
1951	149		67		216	
1952	212		53		265	
Σύνολον	489	64,4	270	35,6	759	100, %

Η σχέσις τῶν ἐκ διδύμου τοκετοῦ προώρων πρὸς τὸ σύνολον τῶν προώρων νεογνῶν ἔχει ὡς ἀκολούθως:

<i>Πρόσωρα</i>			
<i>Έτος γεννήσεως</i>	<i>Δίδυμα</i>	<i>Σύνολον</i>	<i>%</i>
1947	29	53	54,7
1948	26	72	36,1
1949	16	48	33,3
1950	32	105	30,5
1951	46	216	21,3
1952	53	265	20,4
<i>Σύνολον</i>	<u>202</u>	<u>759</u>	<u>27,6</u>

Τὰ ἐκ τῶν ἀνωτέρω 759 προώρων νεογνῶν, δίδυμα, ἄτινα ἀνέρχονται, ὡς ἐλέχθη, εἰς 202, κατατάσσονται ὡς ἔξης κατὰ βάρος σώματος κατὰ τὴν γέννησιν.

Βάρος σώματος (γραμμάρια) δίδυμα

<i>Έτος γεννήσεως</i>	<i>1000-1500</i>	<i>1500-2000</i>	<i>2000-2500</i>	<i>Σύνολον</i>
1947	2	10	17	29 *
1948	—	4	22	26
1949	2	5	9	16
1950	—	9	23	32
1951	4	17	25	46
1952	9	17	27	53 *
	<u>17</u>	<u>62</u>	<u>123</u>	<u>202</u>

Η σχέσις τοῦ χρόνου κυήσεως πρὸς τὸ βάρος σώματος κατὰ τὸν τοκετὸν ἐμφαίνεται ἐκ τοῦ ἀκολούθου πίνακος.

Ο πίναξ οὗτος δεικνύει τὸν χρόνον κυήσεως ἐκφρασμένον εἰς μῆνας, νομίζομεν ὅμως ὅτι διὰ τὴν ἔξαγωγὴν ἀκριβεστέρων συμπερασμάτων, θὰ ἔδει ὁ χρόνος κυήσεως νὰ ὑπολογίζεται ὑπὸ τῶν μαιευτήρων εἰς ἑβδομάδας.

* Τὸ ἄνω τῶν 2500 γραμμ. δίδυμον δὲν συμπεριλαμβάνεται εἰς τὰ πρόωρα νεογνά.

Χρονική διάρκεια κυήσεως

	"Ετος γεννήσεως	Βάρος σώματος κατά την γέννησην	Μήν 6.7ος	Μήν 7.8ος	Μήν 8.9ος	Τελείωμα (συνγεν. έξισθεν.)	Σύνολον
1947	1000-1500	—	2	1	2	5	
	1500 2000	—	3	5	7	15	53
	2000 2500	—	1	5	27	33	
1948	1000 1500	—	1	—	—	1	
	1500-2000	—	—	6	3	9	72
	2000 2500	—	1	17	44	62	
1949	1000 1500	—	—	2	—	2	
	1500 2000	—	—	6	3	9	48
	2000 2500	—	1	15	21	37	
1950	1000-1500	1	—	—	—	1	
	1500 2000	—	4	17	6	27	105
	2000-2500	—	3	37	37	77	
1951	700 1000	6	1	—	—	7	
	1000 1500	4	4	7	1	16	
	1500 2000	—	24	12	8	44	216
	2000 2500	1	11	79	58	149	
1952	700 1000	9	—	—	—	9	
	1000 1500	10	9	5	1	25	265
	1500 2000	2	33	26	9	70	
	2000 2500	5	21	92	43	161	
ξως	700 1000	15 (39,5%)	1 (0,9%)	—	—	16	
	1000 1500	15 (39,5%)	16 (13,4%)	15 (4,5%)	4 (1,5%)	50	
	1500 2000	2 (5,3%)	64 (53,8%)	72 (21,7%)	36 (13,3%)	174	
	2000 2500	6 (15,7%)	38 (31,9%)	245 (73,8%)	230 (85,2%)	519	
		38	119	332	270	759	

Οὕτω εἰς τὰ νεογνά χρόνου κυήσεως 6 - 7ου μηνὸς τὰ 79 % ἦσαν βάρος σώματος κάτω τῶν 1000 καὶ 1000—1500 γραμμαρίων, εἰς τὰ 7-8ου μηνὸς τὰ 14,3% ἦσαν βιάρους σώματος μέχρι 1000 καὶ 1000—1500 γραμ. τὰ 53,8%, 1500—2000 γραμ. καὶ τὰ 31,9% 2000—2500 γραμ., ἡτοι εἰς τὴν κατηγορίαν ταύτην τὸ μέγιστον ποσοστὸν ἀνήκει εἰς τὴν μέσην κατηγορίαν βάρον σώματος. Εἰς τὰ 8—9ου μηνὸς κυήσεως τὸ 4,5% εἶχε βάρος σώματος 1000—1500 γραμ., τὸ 21,7% 1500—2000 γραμ. καὶ τὸ 73,8% 2.000—2500 γραμ. Εἰς τὰ πλήρους κυήσεως τὸ 85,2% ἦσαν βάρον σώματος 2000—2500 γραμ., τὸ 13,3% 1500—2000 γραμ. καὶ μόνον τὸ 1,5% ἦσαν βάρον σώματος 1000—1500 γραμ. Ἡτοι εἰς τὰς δύο τελευταίας κατηγορίας, δηλ. 8 - 9ου μηνὸς κυήσεως καὶ πλήρους κυήσεως τὸ μέγιστον ποσοστὸν ἦσαν βάρον σώματος κατὰ τὴν γέννησιν 2000—2500 γραμ.

*Εξ ἄλλου εἰς 132 ἐπὶ συνόλου 202 προώρων νεογνῶν ἐκ διδύμου τοκετοῦ ἡ σχέσις τῶν μὴ πλήρους κυήσεως τοιούτων πρὸς τὰ πλήρους κυήσεως τοιαῦτα (συγγενῶς ἔξησθενημένα) ἔχει ὡς ἔξῆς:

Πρόσωρα ἐκ διδύμου τοκετοῦ

"Ετος γεννήσεως	Μὴ πλήρους κυήσεως	%	Πλήρους κυήσεως	%	Σύνολον
1947	3	23,0	13	18,7	16
1948	3	17,0	14	83,0	17
1949	4	44,4	5	55,6	9
1950	8	40,0	12	60,0	20
1951	15	44,1	19	55,9	34
1952	25	69,4	11	30,6	36
Σύνολον	58		74		132

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Α'.

Αίτιολογία τοῦ προώρου τοκετοῦ

Είναι γνωστὸν ὅτι τὸ ὑψηλὸν σχετικῶς ποσοστὸν θνησιμότητος τῆς βρεφικῆς, ἰδίᾳ δὲ τῆς νεογνικῆς, ἥλικίας διφεύλεται κατὰ μέγιστον βαθμὸν εἰς τὴν ηὐξημένην θνησιμότητα τῶν προώρων νεογνῶν. Διὰ τὴν ἀντιμετώπισιν τοῦ προβλήματος τούτου δὲν ἀρκοῦν μόνον αἱ προσπάθειαι τῆς περιθάλψεως τῶν προώρων νεογνῶν διὰ τὴν ἐπιβίωσίν των. Ἡ ἴδεωδης ἀντιμετώπισις τοῦ προβλήματος ἔγκειται εἰς τὴν πρόδηψιν τοῦ προώρου τοκετοῦ ἢ εἰς τὴν παράτασιν τοῦλάχιστον τοῦ χρόνου τῆς κυήσεως ἐπὶ ἐπαπειλούμενου τοιούτου. Οὕτω θὰ ἐμειοῦτο σημαντικῶς ὁ ἀριθμὸς τῶν τοκετῶν προώρων νεογνῶν καὶ θὰ ἐπετυγχάνετο πτῶσις τῆς θνησιμότητος τῆς βρεφικῆς, ἰδίᾳ δὲ τῆς νεογνικῆς ἥλικίας.

Κατὰ συνέπειαν ἡ γνῶσις τῶν αἰτίων ἀτινα προκαλοῦν τὸν πρόωρον τοκετὸν εἶναι μεγίστης σημασίας διὰ τὸν περιορισμὸν τοῦ ποσοστοῦ τῶν προώρων νεογνῶν ἐπὶ τοῦ συνολικοῦ ἀριθμοῦ τῶν γεννήσεων, ὃς ἔπισης καὶ διὰ τὴν μετὰ τὸν τοκετὸν πρόγνωσιν καὶ τηρητέαν ἀγωγὴν αὐτῶν.

Ἐκ τῶν παρατηρήσεων τῶν ἀσχοληθέντων μὲ τὸ θέμα τοῦτο ἐπιστημόνων συνάγεται ὅτι ἡ αἰτία τοῦ προώρου τοκετοῦ εἶναι ἄγνωστος εἰς τὰς πλείστας τῶν περιπτώσεων.

Ο Brander¹ εἰς σχετικὴν μελέτην του ἀναφέρει ὅτι εἰς τὰ 50% περὶ πον τῶν περιπτώσεων τὸ αἴτιον τοῦ προώρου τοκετοῦ ἦτο ἄγνωστον. Ἐπίσης ἀναφέρει ὅτι εἰς τὰς ὑπολοίπους περιπτώσεις ἡδυνήθη ὡς αἰτίαν τοῦ προώρου τοκετοῦ: τὸν δίδυμον τοκετόν, τοξιναιμίαν κυήσεως, δξείας λοιμώξεις τῆς ἐπιτόκου καὶ εἰς ποσοστὸν περίπου 15% πάθησιν τοῦ θυρεοειδοῦς ἀδένος τῆς μητρός. Δὲν δέχεται ὡς αἰτίαν κληρονομικὴν προδιάθεσιν πρὸς πρόωρον τοκετόν.

Ἐτερος συγγραφεὺς δ Ὅλλανδὸς Keizer² ἐπὶ 858 περιπτώσεων προώρου τοκετοῦ ἀναφέρει ὡς πιθανὰ αἴτια τὰ ἔξης: Σύφυλις 3,9%, τραῦμα 5,8%, δξεία λοιμώξεις 2,8%, καρδιοπάθεια 0,5%, γενικὴ ἐξασθένησις 1,2%, φυματίωσις 1,8%, νεφρίτις 4,3%, λευκωματουργία 8,6%, πυελῖτις 0,5%, ὑπερκόπωσις 1,4%, νόσοι τοῦ αἷματος, ἐπιληψία, δγκοι ἐγκεφάλου ἀνὰ 0,1%, πρόδρομος πλακοῦς 5,2%, ἐκλαμψία 2,9%, τοξιναιμία 0,8%, πρώμος οῆξις ὑμένων 3%, ὑδραυμίνου 1%, αἷμορραγίαι 8,3%, πολλαπλὴ κύησις 1,6%, καθ' ἔξιν ἀποβολὴ 0,3%. Κατὰ τὸν ἵδιον ἐκ τῶν μητέρων 34,5% ἥσαν πρωτότοκοι, 25,5% δευτερότοκοι, 21% τριτοί καὶ τεταρτότοκοι καὶ 19% ἥσαν πολύτοκοι (ἄνω τῶν 4 τοκετῶν).

Ο Möller³ ἐπὶ 18,099 τοκετῶν εἶχε ποσοστὸν προώρων τοκετῶν 5,4%, ὡς κυριώτερα δὲ αἴτια αὐτῶν ἀναφέρει τ' ἀκόλουθα: Διαμαρτίας διαπλάσεως 3,7%, νεφρίτιδα, ἐκλαμψίαν καὶ πρόωρον ἀποκόλλησιν τοῦ πλακοῦντος ἀνὰ 15%, πρόδρομον πλακοῦντα 2%, βαρείας δξείας ἡ χρονίας νόσους 3,3%.

Ο Tyson⁴ ἐπὶ 2,960 προώρων τοκετῶν ἀναφέρει εἰς 400 περιπτώσεις ὡς αἰτίαν τὴν πρόωρον οῆξιν τῶν ὑμένων, θεωρεῖ δὲ ὡς συχνὴν αἰτίαν τὴν πολλαπλὴν κύησιν, τὸ τραῦμα, τὴν τοξιναιμίαν, τὴν συφιλίδα, τὰς ἀνωμαλίας τοῦ πλακοῦντος, τὰ μειονεκτήματα τοῦ γεννητικοῦ σωλῆνος, τὰς δξείας νόσους τῆς μητρός καὶ ἐπειγούσας ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον χειρουργικὰς ἐπεμβάσεις ἐπὶ τῆς μητρός ἀσχέτως πρὸς τὴν κύησιν. Ποσοστὸν 59% τῶν μητέρων εἶχον ἥλικιαν 20 - 30 ἔτῶν.

Οι Reardon-Wilson-Graham⁵ ἀναφέρουν ὡς κυρίας αἰτίας τοῦ προώ-

1. Brander: Finska läk-sällsk hande 81:1010 (1938) Amer. J. of Children dis. 1940.

2. Keizer: Am. J. of Ch. dis. 1940 I (169).

3. Möller: Acta Paediatrica 1950 1-2 (102).

4. Tyson: Journ. of ped. 1946 I (648) ὑπὸ τιτλ. year study of prematurity.

5. Reardon-Wilson-Graham: Am. J. of dis. 81/L (99).

ρου τοκετοῦ τὰς νόσους τῶν μητέρων, τὸν πρόδρομον πλακοῦντα καὶ τὴν πρόωρον ἀποκόλλησιν τοῦ πλακοῦντος.

Οὐ Υἱός⁶ ὃς αἰτίαν τοῦ προώρου τοκετοῦ θεωρεῖ τὰς νόσους τῆς μητρός, ὃς σύφιλιν, φυματίωσιν, δξείας λοιμώδεις νόσους, γρίπην, πνευμονίαν, τυφοειδῆ, δυσεντερίαν κλπ. εἰδικῆς δὲ σπουδαιότητος α) τὰς νόσους τῶν νεφρῶν καὶ ἔκλαμψίαν, β) παθήσεις καὶ ἄνωμαλίας τοῦ γεννητικοῦ σωλῆνος ἢτοι κυρίως πρόδρομον πλακοῦντα, κατὰ δεύτερον δὲ λόγον στένωσιν τῆς πυέλου, ἵνοιμινάματα τῆς μητρας καὶ τέλος τὴν ἐνδομητρίτιδα, γ) καθ' ἔξιν καὶ κληρονομικήν προδιάθεσιν πρὸς πρόωρον τοκετόν, δτε καθ' ὅλα ὑγιεῖς μητέρες τίκτουσι προώρως, δ) τραύματα, ε) πολλαπλὴν κύησιν. Εἰς 50% τῶν περιπτώσεων δὲ προσδιορισμὸς τῆς αἰτίας τοῦ προώρου τοκετοῦ κατὰ τὸν Υἱόν δὲν εἶναι ἐφικτός, θεωρεῖ δὲ δια τοῦ οἵτοι πρόωροι τοκετοὶ θὰ μειοῦνται ἐφ' ὅσον ἐπεκτείνεται ἡ συστηματικὴ πρὸ τοῦ τοκετοῦ καὶ μετ' αὐτὸν παρακολούθησις τῆς μητρός. Θεωρεῖ πιθανὸν δια τοῦ εἰς τινας περιπτώσεις προώρων τοκετῶν ἀγγώστου αἰτιολογίας τὸ αἴτιον πιθανὸν νὰ εἶναι ἡ λευκωματούρᾳ τῆς μητρός, κατάστασις ἣτις θὰ ἡδύνατο νὰ ἀποφευχθῇ διὰ προληπτικῶν μέτρων κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς κυήσεως. Τέλος πιστεύει δια μία γενικὴ ἀνοδος τοῦ βιωτικοῦ ἐπιπέδου ἐν συνδυασμῷ πρὸς τὴν βελτίωσιν τῆς διατροφῆς τῶν πτωχοτέρων τάξεων καὶ περιορισμὸν τῆς ἀνάγκης πρὸς ἔξωοικιακὴν ἐργασίαν τῶν ἐγκυμονούσῶν θέλει περιορίσει τὴν συχνότητα τῶν προώρων τοκετῶν.

Ἐπὶ τῶν 682 ἡμετέρων περιπτώσεων ἐπισυμβάντων προώρων τοκετῶν εἰς 258 μόνον ἦτοι εἰς ποσοστὸν 39,3% ἀνευρέθη τὸ αἴτιον τοῦ προώρου τοκετοῦ. Τὰ αἴτια τοῦ προώρου τοκετοῦ εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας ἀναλύονται κατωτέρω:

Αἴτια προώρου τοκετοῦ

"Ετος	'Οξεία καὶ γρόνια νοσήματα μητρός	Τοξιναιρία	Έκλαμψία	Πρόδρομος πλακωῦ.	Πρόωρος ἀποκόλλησις πλακούντος	Διδυμὸς τοκετός (τοκετοὶ)	Συμπατικὴ κόπωσις	Πτώσις	"Αρσις βίδους	ΣΥΝΟΛΟΝ	Σύνολον προώρων τοκετῶν	% / Αἴτια ἀνευρεθέντα
1947	—	—	—	—	—	16	—	—	—	16	40	40,0
1948	1	4	1	2	—	17	—	—	—	25	63	89,6
1949	2	3	—	1	5	9	—	—	—	20	41	48,7
1950	3	14	—	1	6	20	—	—	—	44	93	47,3
1951	5	21	—	1	6	30	9	—	—	72	200	39,0
1952	9	9	2	8	7	33	10	1	2	81	245	33,0
	20	51	3	13	24	125	19	1	2	258	682	39,8

6. Ylppo; Textbook of Paediatrics. Fancon and Wallgren's London 1952.

Σύφιλις διεπιστώθη εἰς δύο μόνον περιπτώσεις. Σημειωτέον ὅτι κατὰ σύστημα ἐκτελεῖται Wassermann και ἔξετασις μακροσκοπικὴ τοῦ πλακοῦντος εἰς ἀπάσας τὰς περιπτώσεις.

Ἐπειδὴ και ἔτεροι παράγοντες πλὴν τῶν ἀναφερομένων αἰτίων προώρων τοκετῶν, ἐνδεχομένως νὰ ἔχουν σχέσιν πρὸς τὸν τοκετὸν προώρων νεογνῶν, παραθέτομεν κατωτέρω στοιχεῖα ἀναφερόμενα εἰς τὴν ἡλικίαν τῆς μητρός, τὴν σειρὰν τοῦ τοκετοῦ και τὴν κοινωνικὴν και οἰκονομικὴν κατάστασιν τῶν γονέων.

Οσον ἀφορᾷ τὴν ἡλικίαν τῆς μητρός ἐπὶ 207 περιπτώσεων (εἰς ἃς ἀναφέρεται ἡ ἡλικία τῆς μητρός εἰς τὸ ἵστορικὸν) αἱ μητέρες ἦσαν ἡλικίας :

Εἰς 15 περιπτώσεις κάτω τῶν	20	ἐτῶν
> 195 > > >	20—30	>
> 94 > > >	30—40	>
> 2 > ἄνω τῶν	40	>

Ἐν σχέσει πρὸς τὴν σειρὰν τοῦ τοκετοῦ ἐπὶ τῶν αὐτῶν περιπτώσεων.

Εἰς 162 περιπτώσεις δὲ τοκετὸς ἥτο πρῶτος

> 75 > > >	δεύτερος
> 35 > > >	τρίτος
> 36 > > >	τέταρτος και ἄνω.

Ἐπὶ τῶν ἀνωτέρω περιπτώσεων εἰς 54 περιπτώσεις εἶχον προηγήθη ἐκτρώσεις και δὴ εἰς 20 περιπτώσεις εἶχε προηγηθῆ 1 ἐκτρώσις, εἰς 13 περιπτώσεις 2, εἰς 7 περιπτώσεις 3, εἰς 3 περιπτώσεις 4, εἰς μίαν περιπτώσιν 5, εἰς 7 περιπτώσεις 6, εἰς 1 περιπτώσιν 7 και εἰς 2 περιπτώσεις 9 ἐκτρώσεις. Εἰς 56 περιπτώσεις εἶχον προηγηθῆ ἐκβολαὶ ἐξ ὧν 49 μέχρι τοῦ τρίτου μηνὸς τῆς κυήσεως και δὴ εἰς 42 προηγηθῆ 1 ἐκβολή, εἰς 11 περιπτώσεις 2 ἐκβολαὶ και εἰς 3 περιπτώσεις 3 ἐκβολαί.

Πρόωροι τοκετοὶ προηγήθησαν εἰς 11 περιπτώσεις και τοκετοὶ νεκρῶν ἐμβρύων εἰς 7.

Σημειωτέον ὅτι εἰς ἀρκετὰς περιπτώσεις ἐπὶ τῆς αὐτῆς μητρός ἐσημειώθησαν ἐκβολαὶ και ἐκτρώσεις ἢ και πρόωροι τοκετοί.

Ἐκτὸς τῶν ἀνωτέρω παραγόντων προσεπαθήσαμεν νῦν ἀνεύρωμεν τὴν ἐπίδρασιν τῶν οἰκονομικῶν και κοινωνικῶν συνθηκῶν ἐπὶ τοῦ προώρου τοκετοῦ. Ὡς κριτήρια τῆς οἰκονομικῆς και κοινωνικῆς καταστάσεως τῆς ἐπιτόκου ἐλλάβομεν τὴν θέσιν εἰς ἥν ἐνοσηλεύθη ἐν τῷ ἴδρυματι ἡ μήτηρ τοῦ προώρου, τὸν τόπον τῆς κατοικίας και τὴν ἀπασχόλησιν.

Ἐν σχέσει μὲ τὴν θέσιν εἰς ἥν ἐνοσηλεύθη ἐν τῷ ἴδρυματι ἡ μήτηρ προκύπτει ὅτι 217 περιπτώσεις ἐνοσηλεύθησαν εἰς τὴν Γ'. θέσιν, 71 εἰς τὴν Ββ', 17 εἰς τὴν Β' και 2 εἰς τὴν Α'.

Ἀκολούθως προσεπαθήσαμεν νὰ συσχετίσωμεν τὸν τοκετὸν προώρου ἡ συγγενῶς ἔξησθενημένου (προώρου πλήρους κυήσεως) πρὸς τὴν ἔργασίαν τῆς μητρός και τὴν περιοχὴν τῆς κατοικίας ἐξ ἣς προήρχετο αὕτη.

Οὕτω εὗρομεν ἐπὶ 625 περιπτώσεων :

Ἐτος	Κατοικία		Συνοικισμός	
	Κέντρον πόλεως	Συγγενῶς ἔξησθενημένα	Πρόωρα	Συγγενῶς ἔξησθενημένα
1947	3	6	3	4
1948	11	13	4	7
1949	11	27	7	23
1950	30	13	20	23
1961	38	31	32	47
1952	114	13	105	40
Σύνολον	207	103	171	144

Ἐκ τοῦ ἀνωτέρῳ πίνακος προκύπτει ὅτι ἡ ἀναλογία τῶν συγγενῶς ἔξησθενημένων (προώρων πλήρους κυήσεως) εἶναι μεγαλυτέρα εἰς τὰς ἀσθενεστέρας οἰκονομικῶς τάξεις.

Ἐν σχέσει μὲ τὴν ἐπαγγελματικὴν ἀπασχόλησιν τῆς μητρός, εὗρομεν ἐκ τῶν ιστορικῶν ὅτι 50 μόνον ἔξι αὐτῶν εἰργάζοντο κατ' ἐπάγγελμα, αἱ δὲ λοιπαὶ ἡσχολοῦντο εἰς τὰ οἰκιακά.

Κατ' ἕτοις καθ' ὃ ἔλαβε χώραν ὁ τοκετὸς καὶ διάκρισιν προώρων καὶ συγγενῶς ἔξησθενημένων (προώρων πλήρους κυήσεως) ἐπὶ τῶν ἀνωτέρω 50 περιπτώσεων ἔχομεν τὸν ἀκόλουθον πίνακα :

Ἐτος	Μητέρες προώρων	Μητέρες συγγεν. ἔξησθεν.	Σύνολον
1947	—	—	—
1948	3	2	5
1949	3	1	4
1950	2	4	6
1951	12	4	16
1952	18	1	19
Σύνολον	38	12	50

Ἐκ τῶν παρατιθεμένων ἀνωτέρω στοιχείων προκύπτει ὅτι ἐπὶ τῶν ἐργαζομένων ἐπαγγελματικῶς μητέρων ἡ ἀναλογία τῶν προώρων πρὸς τὰ συγγενῶς ἔξησθενημένα εἶναι μεγαλυτέρα ἢ ἡ γενικὴ τοιαύτη. Ἐκ τῶν πεντήκοντα τούτων ἐργαζομένων ἐπαγγελματικῶς μητέρων 17 ἦσαν δημόσιοι

νπάλληλοι, 4 ἡσαν ίντροι (αἱ 3 ἐκ τούτων ὅδοντίατροι), 2 μαῖαι, 4 ἡσαν ἀδελφαὶ νοσοκόμοι, 5 ράπτριαι, 10 ἐργάτριαι, 1 ὅδοντοτεχνῖτις, 2 διδασκάλισσαι, 1 ζωγράφος, 1 ἥθοποιός, 1 καλλιτέχνις πιάνου καὶ 1 φαρμακοποιός. "Οσον ἀφορᾷ τὴν ἐποχιακὴν κατανομὴν τῶν τοκετῶν προώρων νεογνῶν, προέκυψαν τὰ ἀκόλουθα ἐπὶ 678 περιπτώσεων:

	ΑΝΟΙΞΙΣ		ΘΕΡΟΣ		ΦΘΙΝΟΠΩΡ.		ΧΕΙΜΩΝ		ΣΥΝΟΛΟΝ	
*Ἐτος	Πρόωρα	Συγγενῶς ἔξη-οθενημένα	Πρόωρα	Συγγενῶς ἔξη-οθενημένα	Πρόωρα	Συγγενῶς ἔξη-οθενημένα	Πρόωρα	Συγγενῶς ἔξη-οθενημένα	Πρόωρα	Συγγενῶς ἔξη-οθενημένα
1947	2	3	3	1	2	8	9	9	16	21
1948	1	6	7	14	5	5	8	13	21	38
1949	3	3	12	8	1	3	4	7	20	21
1950	10	2	23	16	7	9	18	7	58	84
1951	20	11	50	24	28	5	37	25	135	65
1952	23	6	76	15	30	7	73	19	202	47
	59	31	171	78	73	37	149	80	452	226

"Ἐκ τῶν ἀνωτέρω προκύπτει ὅτι τοκετοὶ προώρων καὶ συγγενῶν ἔξη-οθενημένων (προώρων πλήρους κυήσεως) ἐπισυμβαίνουν συχνότερον κατὰ τὸ θέρος καὶ τὸν χειμῶνα ἐν σχέσει πρὸς τὴν ἄνοιξιν καὶ τὸ φθινόπωρον. Αἱ ἀνωτέρω παρατηρήσεις θὰ εἰχον μεγαλυτέραν ἀξίαν ἐὰν ἀνεφέροντο ἐν σχέσει πρὸς τὸ σύνολον τῶν τοκετῶν καὶ οὐχὶ μόνον εἰς τοὺς ἔξι αὐτῶν τοκετοὺς προώρων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Β'.

Κλινικαὶ ἰδιομορφίαι τῶν προώρων νεογνῶν καὶ νοσηρότης αὐτῶν

Α'. ΓΕΝΙΚΑ

"Ἐκτὸς τῶν γενικῶν δυσχερειῶν τῆς προσαρμογῆς τῶν προώρων νεογνῶν ὡς ἐκ τῶν φυσιολογικῶν καὶ ἀνατομικῶν μειονεκτημάτων αὐτῶν, ὑπάρχουν καὶ μερικαὶ ἰδιόμορφοι χαρακτηριστικαὶ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις αἵτινες δέον νὰ τονισθοῦν εἰδικῶς ὡς ἰδιαιτέρους ἐνδιαφέροντος. Αὗται εἶναι κυρίως ηὑημένη τάσις πρὸς κυάνωσιν, πρὸς οὔδημα, πρὸς αἷμορραγίαν, πρὸς ἐκδήλωσιν ἵκτερου τῶν νεογνῶν, ή ἔλλειψις ὄρμονικῶν τινων ἐκδηλώσεων καὶ ή τάσις πρὸς φαχίτιδα, σπασμοφιλίαν καὶ ἀναιμίαν.

Κατωτέρω περιγράφομεν τὰς ἰδιομόρφους ταύτας κλινικὰς ἐκδηλώσεις, αἵτινες δυνατὸν νὰ δημιουργοῦνται εἰς διάφορα καὶ ποικίλα αἴτια, διὸ καὶ προτιμῶνται τὴν κατάταξιν κατὰ συμπτωματολογίαν καὶ οὐχὶ κατὰ νοσολογικὴν διατάξιν.

1. Κυάνωσις

Αἱ προσβολαὶ κυανώσεως εἰς τὰ πρόωρα νεογνά, ἵδια τὰ μικροῦ βάρους σώματος κατὰ τὴν γέννησιν, εἶναι συνήθεις κατὰ τὰς πρώτας ἑβδομάδας τῆς ζωῆς των.

Αἱ προσβολαὶ κυανώσεως ἔχουν ως πιθανὰ αἴτια:

1. **Τὸ διελθόντος** ἀναπτυγμένον ἀναπνευστικὸν σύστημα ἥτοι ἀτελεκτασίαν τῶν πνευμόνων, ἀσθενεῖς ἀναπνευστικούς μῆνας καὶ ἀνωριμότητα τοῦ κέντρου τῆς ἀναπνοῆς.

2. **Ἐνδοκρανιακὰς κακώσεις** κατὰ τὸν τοκετὸν ἐντοπιζομένας κατὰ τὸ κέντρον τῆς ἀναπνοῆς.

3. **Μολύνσεις** ως πνευμονία, σηψαμία.

4. **Συγγενεῖς διαμαρτίας:** α) τῶν ἀναπνευστικῶν δδῶν (τραχειοσισφαγικὸν συρίγγιον, β) τοῦ διαφράγματος (κήλη διαφράγματος), γ) τῆς καρδίας.

5. **Ἀπόφραξιν τῶν δεροφρόδων δδῶν** διὰ εἰσροφήσεως ξένων σωμάτων κατὰ τὸν τοκετὸν ἥ μετ' αὐτόν.

6. **Σφάλματα κατὰ τὴν διατροφήν** (ὑποσίτισις, ὑπερσίτισις κλπ.) καὶ

7. **Τὴν ἐν γένει περιθαλψιν** τοῦ προώρου (ως ὑπερθέρμανσις, ὑποθερμία).

Ἡ κυάνωσις δυνατὸν νὰ εἶναι συνεχῆς ως εἰς τὰς περιπτώσεις ἐκτεταμένης ἀτελεκτασίας τῶν πνευμόνων, σοβαρῶν ἐνδοκρανιακῶν κακώσεων κατὰ τὸν τοκετόν, σοβαρῶν μολύνσεων καὶ συγγενῶν καρδιοπαθειῶν ἥ κατὰ προσβολάς, ως συνηθέστερον συμβαίνει.

Πολλάκις αἱ προσβολαὶ κυανώσεως ἐμφανίζονται λανθανόντως, ἥ ἀνάπνοη καθίσταται ἀσθενής, ἀρυθμος καὶ τελικῶς παύει, ἐμφανίζομένης κυανώσεως κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἀπνοίας.

Εἰς τὰς περιπτώσεις κυανώσεως δημιουργοῦνται τὸν τοκετόν, ἥ κυάνωσις ἐμφανίζεται ἀμέσως εἰς τινας δύμας περιπτώσεις ἥ κυάνωσις ἐκδηλοῦται μετὰ πάροδον διάλυσην ὁρῶν. Τὸ νεογνὸν ἐμφανίζει ταχύπνοιαν εἰσολκὴν τοῦ στέρων καὶ τῶν μεσοπλευρῶν διαστημάτων δὲ δὲ ὅγκος τοῦ εἰσπνεομένου ἀέρος εἶναι μικρὸς παρὰ τὴν καταβολὴν μεγάλης προσπαθείας ἀναπνοῆς.

2. Οἰδηματα

Ἡ τάσις πρὸς τὸ οἰδημα εἶναι ηὐξημένη εἰς τὰ πρόωρα λόγῳ τῆς ἀσυνήθως μεγάλης διαβατότητος τῶν τροχοειδῶν ἀγγείων, λόγῳ τυφεύσεως.

θοῦς Ἰσοζυγίου ἡλεκτρολυτῶν συνεπείq τῆς ἀνεπαρκείας τῶν μὴ ὠρίμων νεφρῶν καὶ λόγῳ τῆς ὑποπρωτεῖναιμίας. Τὸ οἰδημα (σκληροίδημα) ἐκδηλοῦται ταχέως κυρίως εἰς τὸν ὑποδόρειον ἵστον τῶν ἄκρων καὶ τοῦ κατωτέρου τμήματος τοῦ σώματος καὶ διλιγάθεον εἰς τὰ λοιπὰ μέρη αὐτοῦ. Τοῦτο συνήθως ἀρχεται ἐκ τῶν ἄκρων ποδῶν τῆς γαστροκνημίας τῶν μηδῶν καὶ τῶν γλουτῶν, δυνάμενον νὰ ἐπεκταθῇ καταλαμβάνον τὸν ὑποδόρειον ἵστον τοῦ πλείστου μέρους τοῦ σώματος. Οἱ ἵστοι τοῦ σώματος εἶναι ἔλαφρῶς οἰδηματώδεις καὶ τῇ ἔλαφρῷ πιέσει ἐγκαταλείπονταν ἀποτύπωμα. Διὰ τῶν χαρακτηριστικῶν τούτων διακρίνεται τὸ σκληροίδημα ἐκ τοῦ σκληρήματος τῶν νεογνῶν εἰς τὸ δόποιον ἡ σκλήρυνσις τῶν ἵστων ὁφείλεται εἰς τὴν στερεοποίησιν τοῦ ὑποδορείου λίπους, οἱ ἵστοι δὲν εἶναι οἰδηματώδεις καὶ τῇ πιέσει δὲν ἐγκαταλείπονταν ἀποτύπωμα. Εἶναι λίαν οὐσιώδες νὰ διακρίνῃ τις τὸ σκληρόδοιμα ἀπὸ τὸ σκληρόμα, διότι ἀμφότερα συναντῶνται συχνότερον εἰς τὰ πρόωρα καὶ τὰ συγγενῶς ἔξασθενημένα νεογνά. Ἡ παθογένεια τοῦ σκληρήματος βασίζεται εἰς τὴν σύστασιν τοῦ ὑποδορείου λίπους περιέχοντος ἥλαττωμένον κατ' ἀναλογίαν ποσὸν ἔλαϊκοῦ δέξιας καὶ ηὐξημένον παλμιτικὸν δέξιον. Συνεπείq τούτου τὸ σημεῖον τῆς τήξεως εἶναι ὑψηλὸν καὶ κατ' ἀκολουθίαν ἡ χαμηλὴ θερμοκρασία τοῦ σώματος εὔνοει τὴν στερεοποίησίν του.

Ἐτερος παθογενετικὸς παράγων τοῦ σκληρήματος δυνατὸν νὰ εἶναι ἡ καταπληξία (σοκ) ἢτις ἐπιφέρει ἀνεπάρκειαν τῆς περιφερειακῆς κυκλοφορίας τοῦ αἷματος, εἰς τὴν δόποιαν δυνατὸν διακρίνεται ἡ στερεοποίησις τοῦ λίπους καὶ τοῦ κολλαγόνου ἵστοι.

Ἡ κατάστασις τῶν ἐκ σκληρήματος πασχόντων νεογνῶν ἐμφανίζεται πολὺ βαρυτέρα καὶ ἡ πρόγνωσις εἶναι κακὴ κατὰ κανόνα, ἐνῷ ἀντιθέτως εἰς τὸ σκληροίδημα εἶναι εὔνοϊκή.

3. Αἱ μορφαγίαι

Ἡ τάσις πρὸς αἴμορφαγίαν εἶναι ἐπίσης ἐντόνως ἰσχυροτέρα εἰς τὰ πρόωρα. Τοῦτο διφέύλεται εἰς τὴν ἀσυνήθη εὐθυραυστότητα τῶν ἀγγείων λόγῳ τῆς ἀνωριμότητος αὐτῶν καὶ τῆς συνήθως ἐμφανίζομένης ἀνοξαιμίας.

Πετέχειαι καὶ ἐκχυμώσεις εἶναι συνήθεις συνέπειαι, συχνὰ δὲ καὶ μεγάλαι ὑποδόρειοι αἴμορφαγίαι.

Σπουδαιοτέρας ἐν τούτοις σημασίας εἶναι ἡ συχνότης τῶν ἐσωτερικῶν αἴμορφαγιῶν ἴδιαιτέρως δὲ σοβαραὶ καὶ συνήθεις εἶναι αἱ ἐνδοκρανιακαὶ αἴμορφαγίαι καὶ αἱ αἴμορφαγίαι τῶν πνευμόνων.

Ἡ ἐνδοκρανιακὴ αἴμορφαγία εἶναι σύνηθες αἵτιον θανάτου τῶν προώρων, διφεύλεται δὲ ἐκτὸς τῶν ἀνωτέρω λόγων καὶ εἰς τὸν ηὐξημένον κίνδυνον τραυματισμοῦ κατὰ τὸν τοκετὸν δεδομένου διτὶ ἡ κεφαλὴ εἶναι περισσότερον εὐπίεστος, δὲ δὲ δέξιος τοκετὸς καὶ ἡ ἰσχυακὴ προβολὴ, καταστάσεις ὑποβοήθοιςσαι τὴν ἐγκεφαλικὴν αἴμορφαγίαν, εἶναι συχνότεραι εἰς τὸν πρόωρον τοκετόν.

Αἱ ἐνδοκρανιακαὶ αἴμορραγίαι τῶν προώρων ἔντοπίζονται συνήθως εἰς τὰς κοιλίας τοῦ ἐγκεφάλου, αἱ δὲ αἴμορραγίαι τοῦ παρεγχύματος καὶ αἱ ὀφειλόμεναι εἰς τραυματισμὸν τῶν μεγάλων φλεβῶν καὶ τῶν κόλπων εἶναι σπανιώτεραι, κατὰ τοῦτο δὲ διαφέρουν αἱ ἐνδοκρανιακαὶ αἴμορραγίαι τῶν προώρων ἀπὸ τὰς τῶν τελειομήνων.

Ωσαύτως τὰ συμπτώματα τῶν ἐνδοκρανιακῶν αἴμορραγιῶν διαφέρουν ἀπὸ ὡρισμένων ἀπόψεων τῶν συνήθως παρατηρούμένων εἰς τὰ πλήρους κυήσεως νεογνά.

Οὕτω ἀναπνευστικὴ δυσχέρεια καὶ κυάνωσις εἶναι συχνότεραι ἐκδηλώσεις, ἐνῷ ἀντιθέτως διεγερσιμότης τοῦ κινητικοῦ συστήματος, μᾶκαὶ συσπάσεις καὶ γενικευμένοι σπασμοὶ εἶναι δλιγάτερον συνήθεις. Ἐτέρα διαφορὰ εἶναι ἡ καθυστέρησις τῆς ἐμφανίσεως τῶν συμπτωμάτων, οὗτως ὥστε εἶναι δυνατὸν νὰ ἐπέλθῃ ὁ θάνατος ἀνευ ἐμφανίσεως συμπτώματος τίνος παρέχοντος ὑπόνοιαν ἐγκεφαλικῆς αἴμορραγίας. Τοῦτο πιθανὸν νὰ ὀφείλεται εἰς τὴν ἀνωριμότητα τοῦ κεντρικοῦ νευρικοῦ συστήματος.

Αἱ αἴμορραγίαι τῶν πνευμόνων εἰς τὰ πρόωρα νεογνὰ συμβαίνουν συχνότερον ἀφ' ὅτι γενικῶς πιστεύεται, ἀνευρίσκονται δὲ συχνὰ συνδεδυασμέναι μετὰ οἰδήματος, ἀτελεκτασίας πνευμόνων, ἐμφυσήματος καὶ βρογχοπνευμονίας. Ἐνίστε εἶναι ἐκτεταμέναι καταλαμβάνονταις ἀμφοτέρους τοὺς πνεύμονας καὶ τὴν κοιλότητα τοῦ ὑπεξοκότος.

4. Νεογνικὸς ἄντερος

Ο φυσιολογικὸς ἄντερος τῶν νεογνῶν εἶναι συχνότερος εἰς τὰ πρόωρα νεογνά, περισσότερον ἔντονος καὶ μακροτέρας διαρκείας ἐπηρεάζων ἔντονώτερον τὴν γενικὴν κατάστασιν τοῦ νεογνοῦ, τοῦτο δὲ κατὰ μέγα μέρος ὀφείλεται εἰς τὴν ἀνωριμότητα τοῦ ἥπατος.

5. Ἔλλειψις ὀρμονικῶν ἐκδηλώσεων

Συνεπείᾳ τῆς ἀνακοπῆς τῆς ἐμβρυϊκῆς ἀναπτύξεως πρὸ τοῦ τέρματος τῆς κυήσεως, τὰ πρόωρα νεογνὰ στεροῦνται πολλῶν συστατικῶν τὰ δποῖα προσλαμβάνονται διὰ τῆς ἐμβρυοπλακουντίου κυκλοφορίας. Μεταξὺ αὐτῶν εἶναι καὶ ὡρισμέναι δρμόναι. Ἀλλὰ ἡ δρμονικὴ ἀνεπάρκεια δὲν ὀφείλεται ἐξ δλοκλήρου εἰς τὸν ἀτελῆ διὰ τοῦ πλακοῦντος ἐφοδιασμὸν ἀλλὰ ἐν μέρει καὶ εἰς τὴν μειωμένην λειτουργικὴν ἴκανότητα τῶν ἰδίων των ἐνδοκρινῶν ἀδένων. Συνέπεια τῆς δρμονικῆς ἀνεπάρκειας εἶναι ἡ ἔλλειψις ὡρισμένων δρμονικῶν ἐκδηλώσεων συναντωμένων συχνὰ εἰς τὰ τελειόμηνα ὡς ἡ διόγκωσις τῶν μαστῶν, ἡ ἔκκρισις γάλακτος καὶ ἡ ἔλλειψις ἐμμήνου ρύσεως εἰς τὰ θήλεα.

6. Τάσις πρὸς οραχίτιδα καὶ σπασμοφιλίαν

Τὸ πτωχὸν ἀπόθεμα ἀσβεστίου κατὰ τὴν γέννησιν καὶ ἡ δυνατότης ταχυτέρας ἀναπτύξεως τῶν προώρων καθιστᾶ ταῦτα εἰδικῶς ἐπιδεκτικὰ ορ-

χίτιδος καὶ σπασμοφιλίας. Ὡς ἐκ τούτου ἡ χορήγησις ἐπαρκοῦς ποσότητος ἀσβεστίου καὶ βιταμίνης Δ εἶναι οὖσιώδης τὰς πρώτας μετὰ τὸν τοκετὸν ἥμέρας.

7. Τάσις πρὸς ἀναιμίαν

Τό πτωχὸν ἀπόθεμα σιδήρου εἰς τὰ πρόωρα ἐπιτείνει τὴν ὑφισταμένην τάσιν πρὸς ἀναιμίαν, ἥτις δὲν προλαμβάνεται διὰ τῆς ἀμέσου χορηγήσεως σιδήρου, ὡς ὁ φειλομένης εἰς τὴν ἀνεπάρκειαν τῆς αἵμοποιήσεως κατὰ τὴν σύνθεσιν τῆς αἵμοσφαιρίνης παρὰ εἰς τὸ ἀπόθεμα σιδήρου κατὰ τοὺς πρώτους μετὰ τὴν γέννησιν μῆνας. Ἐν τούτοις ἡ ἔγκαιρος χορήγησις σιδήρου εἶναι λίαν χρήσιμος, οὕτως ὥστε εὐθὺς ὡς αἱ αἵμοποιητικαὶ λειτουργίαι ὀριμάσουν νὰ δυνηθοῦν νὰ ἀφομοιώσουν αὐτόν,

Αἱ ἀνωτέρω περιγραφεῖσαι ἐν γενικαῖς γραμμαῖς κλινικαὶ ἰδιομορφίαι ὡς καὶ τὰ φυιολογικὰ μειονεκτήματα τῶν προώρων νεογνῶν, περὶ ὧν ἐπραγματεύθημεν εἰς ἑτέραν μελέτην ἥμῶν ἀναφερομένην ἐν ἀρχῇ τοῦ παρόντος κεφαλαίου, δύνανται νὰ συνοψισθοῦν εἰς τὸν κατωτέρω πίνακα.

Αἱ παθολογικαὶ καταστάσεις αἱ συναντώμεναι εἰς τὰ πρόωρα νεογνά εἶναι γενικῶς αἱ αὐταὶ ὡς εἰς τὰ φυσιολογικὰ τοιαῦτα καὶ διαφέρουν μόνον ἐν ᾖ μέτρῳ ἡ ἀνωριμότης τῆς ἀναπτύξεως διαφοροποιεῖ τὴν φυσιολογικὴν ἐπίδρασιν εἰς τὰς ἀσθενείας.

Ὑπάρχει ἐν τούτοις μία παθολογικὴ κατάστασις ἥτις ἐμφανίζεται εἰδικῶς εἰς τὰ πρόωρα νεογνά καὶ σχεδὸν ἀποκλειστικῶς εἰς τὰ βάρους σώματος κατὰ τὴν γέννησιν 1500 γραμμαρ. καὶ κάτω· ἡ δπισθοφακοειδῆς ἴνοδοπλασία ἥτις τὸ πρῶτον παρετηρήθη πρὸ διλίγων ἐτῶν.

Ἡ δπισθοφακοειδῆς ἴνοδοπλασία χαρακτηρίζεται ὑπὸ ἴνοδοπλαστικῆς μεμβράνης ἡ δποία καλύπτει κατὰ τὸ μᾶλλον ἡ ἥττον πλήρως τὴν δπισθίαν ἐπιφάνειαν τοῦ φακοῦ. Ὁ προσβαλλόμενος δφθαλμὸς τυφλώνεται δλοσχερῶς ἡ σχεδὸν δλοσχερῶς. Συνήθως προσβάλλονται ἀμφότεροι οἱ δφθαλμοί, δυνατὸν δμως νὰ προσβληθῇ μόνον δ εἰς. Ἡ κατάστασις αὕτη δὲν ὑπάρχει κατὰ τὴν γέννησιν, ἀλλ ἀναπτύσσεται κατὰ κανόνα πρὸς τὸ τέλος τοῦ πρώτου μετὰ τὸν τοκετὸν μηνός.

Διάφοροι παραγόντες ἐφευνῶνται ὡς πιθανὰ αἴτια τῆς δπισθοφακοειδῆς ἴνοδοπλασίας μεταξὺ τῶν δποίων δ χαλαρωμένος τόνος τῶν τοιχωμάτων τῶν αἵμοφρόων ἀγγείων, ἡ ηὑξημένη ἀρτηριακὴ πίεσις καὶ ἡ ἡλιττωμένη περιφερικὴ ἀντίστασις, ἐσχάτως δὲ καὶ δ ρόλος τοῦ χορηγουμένου δξυγόνου. Ἡ παθογένεια δμως τῆς δπισθοφακοειδοῦς ἴνοδοπλασίας παραμένει εἰσέτι ἄγνωστος.

Ἐτέρα παθολογικὴ κατάστασις ἐμφανίζομένη συνήθως εἰς τὰ πρόωρα νεογνά εἶναι ἡ ἐνδοπνευμονικὴ ὑαλώδης μεμβράνη (intrapulmonary hyaline membrane), ἥτις συνδέεται μὲ χαρακτηριστικὰς κλινικὰς ἐκδηλώσεις βάσει τῶν δποίων εἶναι δυνατὸν νὰ τεθῇ ἡ διάγνωσις πρὸ τῆς νεκροψίας.

**Περιληπτικός πίναξ τῶν φυσιολογικῶν μειονεκτημάτων
καὶ τῶν κλινικῶν ἐκδηλώσεων τῶν προώρων**

Δειτουργικαὶ δυσχέρειαι	Κλινικαὶ ἐκδηλώσεις
I. Ἀναπνοὴ	
1) Ἀνῳριμότης τοῦ κέντρου τῆς ἀναπνοῆς. 2) Ἡλαττωμένον ἀντανακλαστικὸν βηχός. 3) Ἀτελής ἀνάπτυξις κυψελίδων τῶν πνευμόνων. 4) Υποτονία τῶν μυῶν ἀναπνευστικοῦ συστήματος.	Ταχεία, ἄρρυθμος καὶ ἐπιπλαία ἀνοπνοή.
II. Θερμοαστάθεια	Προσβολαὶ ἀπνοίας· κυάνωσις
1) Ἀνῳριμότης· τοῦ θερμορρυθμιστικοῦ κέντρου. 2) Μεγάλη ἐπιφάνεια ἐν σχέσει μὲν ὅγκον σώματος. 3) Μειωμένη μυϊκὴ ισχύς. 4) Μειωμένον λίπος ὑπόδορείου ίστοῦ. 5) Μειωμένη ἔκκρισις ὑδροτοποιῶν ἀδένων. 6) Μειωμένος μεταβολισμός.	Ὑποθερμία - ὑπερθερμία
III. Δῆψις τροφῆς	
1) Αντανακλαστικὸν θηλασμοῦ καὶ καταπόσεως ἀτελῶς ἀνεπιυγμένον. 2) Ἀνεπάρκεια πεπτικῶν ἐνζύμων. 3) Μειωμένη ίκανότης ἀπορροφήσεως λιπῶν καὶ λιποδιαλυτῶν βιταμινῶν.	Τάσις πρὸς ἔμμετον
IV. Ἀνεπάρκεια ἀποθεμάτων	Διάρροια Πνευμονία καταπόσεως Ραχῖτις
1) Ἀλάτων καὶ βιταμινῶν. 2) Ἀντισωμάτων. 3) Μητρικῶν ὁρμονῶν.	1) Ραχῖτις ἀναιμία 2) Μολύνσεις 3) Ἑλλειψις διογκώσεως τῶν μαστῶν καὶ ἔμμηνου ρύσεως
V. Τάσις πρὸς αἷμορραγίαν	
1) Εὐθραυστότης ἀγγείων. 2) Τάσις πρὸς ὑποπροθροιμβιναιμίαν. 3) Εὔχερής ἐφίππευσις τῶν ὀστῶν τοῦ κρανίου.	Συμπτόματα ἐνδοχρανιακῆς αἷμορραγίας
VI. Κακὴ λειτουργία τῶν νεφρῶν ὡς πρός :	
1) Τὴν ϕύμισιν τῆς συνθέσεως τῶν ἔξωκυτταρικῶν ὑγρῶν. 2) Τὴν ἀπέκκρισιν τῶν προϊόντων ἀνταλλαγῆς τῆς ὕλης. 3) Τὴν ἐπαναρρόφησιν ὑπὸ τῶν σωληναρίων τῶν φωσφορικῶν ἀλάτων.	Τάσις πρὸς: 1) Ἀφυδάτωσιν, ὀξεώσιν 2) Ἄξωθαιμίαν Ἀντίστασις ραχῖτιδος εἰς βιτομίην D.
VII. Ἀτελής λειτουργία ἥπατος	
1) Χολερυθραιμία. 2) Υπογλυκαιμία. 3) Υποπρωτεΐναιμία. 4) Υποπροθροιμβιναιμία.	1) Ἐπίμονος ἴκτερος νεογνῶν 2) Σόδη 3) Οἴδημα, τάσις πρὸς μολύνσεις 4) Αἵμορραγία.
VIII. Ἀνῳριμότητα ἐτέρων ζωτικῶν λειτουργιῶν:	
1) Αἷμοποιήσεις. 2) Παρασκευῆς ἀντισωμάτων.	1) Ἀναιμία 2) Τάσις πρὸς μολύνσεις

“Η τυπική εἰκὼν εἶναι ή ἀκόλουθος: Ὁγκατάστασις αὐτομάτου ἀναπνοῆς εὐθὺς ἀμέσως μετὰ τὸν τοκετόν, ἀκολουθούμενη ὑπὸ κανονικῆς ἀναπνοῆς διαρκούσης ἀπὸ δλίγα λεπτά μέχρις δλίγων ὠρῶν (μόνον σπανίως ή ἀναπνοὴ εὐθὺς ἀμέσως μετὰ τὸν τοκετόν εἶναι δυσχερής). Μετὰ ταῦτα ή ἀναπνοὴ καθίσταται ἐργάδης συνοδευομένη ὑπὸ εἰσοικῆς τῶν μεσοπλευρίων καὶ τοῦ στέρνου, τὸ δὲ νεογνὸν δίδει τὴν ἐντύπωσιν ὅτι δὲ ὑπὸ αὐτοῦ εἰσπνεόμενος ἀρχὸς συναντᾷ σοβαρὸν κάλυμμα.

Εἴς τινας περιπτώσεις ή ἀναπνοὴ καθίσταται ἐν συνεχείᾳ δλιγάτερον ἐργάδης καὶ ἀκολουθεῖ βελτίωσις τῆς γενικῆς καταστάσεως. Συνήθως δύμως δὲ θάνατος ἐπέρχεται ἐντὸς δλίγων ὠρῶν.

Β'. ΗΜΕΤΕΡΑΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΕΠΙ ΤΩΝ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΟΣ ΤΩΝ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

Αἱ παρατηρήσεις ἡμῶν ὅσον ἀφορᾶ τὰς φυσιολογικὰς ἐκδηλώσεις καὶ τὴν νοσηρότητα τῶν προώρων νεογνῶν ἀναφέρονται εἰς τὴν περίοδον τῆς παραμονῆς αὐτῶν πρὸς περίθαλψιν εἰς τὸ τμῆμα προώρων μέχρις ἀποκτήσεως ἴκανοποιητικοῦ βάρους, διόπτε κανονικῶς ἔξερχονται τοῦ ἰδρύματος ἐκτὸς ἐὰν ἔτερος εἰδικὸς λόγος καθιστᾶ ἐπιβεβλημένην τὴν παραμονὴν αὐτῶν πρὸς περαιτέρῳ περίθαλψιν.

Αἱ παρατηρήσεις ἡμῶν αὗται εἶναι αἱ ἀκόλουθοι:

1. *Βάρος σώματος*: Εἰς τὴν κατηγορίαν τῶν προώρων νεογνῶν βάρους σώματος κατὰ τὴν γέννησιν 1000-1500 γραμμαρίων εἰς 5 μόνον περιπτώσεις ἐπὶ 21 περιπτώσεων ἥτοι εἰς ποσοστὸν περίπου 23,8% δὲν ἔσημειώθη πτῶσις τοῦ βάρους μετὰ τὴν γέννησιν, εἰς τὰς λοιπὰς δὲ 16 ἔσημειώθη πτῶσις ἥτις ἐκυμαίνετο ἀπὸ 50-160 γραμμαρίων. Ἡ μεγίστη πτῶσις βάρους ἔσημειώθη κατὰ μέσον ὅρον μεταξὺ τοίτης καὶ τετάρτης ἡμέρας ἀπὸ τῆς γεννήσεως, ἀναλυτικῶς δὲ κατὰ ἔτος γεννήσεως ὡς ἔξης κατὰ μέσον ὅρον:

1947 τὴν 3,7 ἡμέραν	1950 τὴν 3,0 ἡμέραν
1948 „ 3,0 „	1951 „ 4,7 „
1949 „ 2,0 „	1952 „ 5,0 „

καὶ κατὰ μέσον ὅρον ἔξαιτίας τὴν 3,2 ἡμέραν.

Εἰς τὴν κατηγορίαν τῶν βάρους σώματος κατὰ τὴν γέννησιν 1500-2000 γραμμάρια, εἰς 20 περιπτώσεις ἐπὶ 124 ἥτοι εἰς ποσοστὸν 16,1% δὲν ἔσημειώθη πτῶσις τοῦ βάρους σώματος μετὰ τὴν γέννησιν, εἰς τὰς ὑπολοίπους δὲ 104 ἔσημειώθη πτῶσις τοῦ βάρους σώματος κυμανομένη ἀπὸ 40-200 γραμμάρια, εἰς τινὰ δὲ νεογνὰ πάσχοντα ἐκ διαρροίας ἔτι μεγαλυτέρα. Τὸ μέγιστον τῆς πτῶσεως ἔσημειώθη κατὰ μέσον ὅρον τὴν τετάρτην ἡμέραν περίπου καὶ κατὰ ἔτος γεννήσεως ὡς ἔξης, κατὰ μέσον ὅρον:

1947 τὴν 2,6 ἡμέραν	1950 τὴν 4,4 ἡμέραν
1948 „ 3,2 „	1951 „ 3,9 „
1949 „ 4,8 „	1952 „ 3,4 „

καὶ κατὰ μέσον ὅρον τὴν 4,1 ἡμέραν.

Τέλος εἰς τὰ βάρους σώματος 2000-2500 γραμμαρίων δὲν ἐσημειώθη πτῶσις τοῦ βάρους εἰς 23 περιπτώσεις ἐπὶ 424 ἦτοι εἰς ποσοστὸν 5,4%, εἰς τὰς λοιπὰς δὲ ἐσημειώθη πτῶσις βάρους κυμανθεῖσα μεταξὺ 50—250 γραμμ. Τὸ μέγιστον τῆς πτώσεως ἐσημειώθη κατὰ μέσον δρον μεταξὺ τριῶν καὶ τεταρτης ἡμέρας κατὰ ἔτος δὲ γεννήσεως ὡς ἔξης κατὰ μέσον δρον.

1947 τὴν 4,2 ἡμέραν	1950 τὴν 3,7 ἡμέραν
1948 " 4,0 "	1951 " 3,2 "
1949 " 3,6 "	1952 " 2,9 "

καὶ κατὰ μέσον δρον τὴν 3,6 ἡμέραν.

2. Χρόνος περιθάλψεως: "Οσον ἀφορᾶ τὸν χρόνον ὅστις ἀπητήθη διὰ τὴν ἀνάκτησιν βάρους σώματος κρινομένου ὡς ἵκανοποιητικοῦ διὰ τὴν ἐκ τοῦ ἰδρύματος ἔξοδον ἦτοι περίπου 2,300 καὶ ἀνω γραμμ. παρετηρήσαμεν ὅτι εἰς τὰ βάρους σώματος κατὰ τὴν γέννησιν 1000—1500 γραμ. ἀπητήθησαν κατὰ μέσον δρον 38,5 ἡμέραι, εἰς τὰ βάρους σώματος 1500—2000 γραμμ. 23,8 ἡμέραι καὶ εἰς τὰ βάρους σώματος κατὰ τὴν γέννησιν 2000—2500 γραμμ. 8,8 ἡμέραι.

"Ἀναλυτικῶς εἰς τὰ μέσον καὶ μεγαλυτέρου βάρους σώματος κατὰ τὴν γέννησιν τὸ ἵκανοποιητικὸν βάρος σώματος πρὸς ἔξοδον ἐκ τοῦ ἰδρύματος ἐκτήθη κατὰ ἔτος γεννήσεως ὡς ἔξης κατὰ μέσον δρον:

α) Βάρος σώματος κατὰ τὴν γέννησιν 1500—2000 γραμμ.

1947 τὴν 26,0 ἡμέραν	1950 τὴν 23,5 ἡμέραν
1948 " 25,5 "	1951 " 19,0 "
1949 " 30,0 "	1952 " 19,3 "

κατὰ μέσον δρον τὴν 23,8 ἡμέραν.

β) Βάρος σώματος κατὰ τὴν γέννησιν 2000—2500 γραμμ.

1947 τὴν 9,3 ἡμέραν	1950 τὴν 9,5 ἡμέραν
1948 " 8,6 "	1951 " 8,1 "
1948 " 10,8 "	1952 " 6,6 "

καὶ κατὰ μέσον δρον τὴν 8,8 ἡμέραν.

"Ἐκ τῶν ἀνωτέρω πινάκων ἐμφαίνεται σαφῶς ἡ σημειωθεῖσα μεταξὺ τῶν ἑτῶν 1947 καὶ 1952 βελτίωσις δον ἀφορᾶ τὸν ἀπαιτηθέντα χρόνον παραμονῆς πρὸς περίθαλψιν εἰς τὸ Τμῆμα προώρων πρὸς κτῆσιν ἵκανοποιητικοῦ βάρους σώματος πρὸς ἔξοδον ἐκ τοῦ ἰδρύματος. Ἡ βελτίωσις αὗτη διφείλεται εἰς τὴν βελτίωσιν τῶν συνθηκῶν περιθάλψεως τῶν προώνεογνῶν εἰδικότερον δὲ εἰς τὸ ἀκολούθηθὲν σύστημα διατροφῆς.

3. Φυσιολογικὸς ἵκτερος: "Ως ἀνεφέραμεν εἰς προηγούμενον κεφάλαιον δ φυσιολογικὸς ἵκτερος τῶν νεογνῶν ἐμφανίζεται πολὺ συχνότερον εἰς τὰ πρόωρα νεογνὰ ἢ εἰς τὰ τελειόμηνα καὶ εἶναι περισσότερον ἔντονος καὶ μακροτέρας διαρκείας. Ἡ ἐπίδρασις τοῦ ἵκτερου ἐπὶ τῆς γενικῆς καταστάσεως τοῦ προώρου ἥτο ἔκδηλος, τὸ μέχρι δὲ τῆς ἐμφανίσεως τοῦ ἵκτερου ζωηρὸν νεογνὸν καθίσταται βαθμηδὸν νωθρόν, ἢ δὲ διατροφὴ του καθίστατο ὡς ἐκ τούτου ἔτι δυσχερεστέρα.

Ἐκ τῶν ἡμετέρων παρατηρήσεων ἐπὶ 667 περιπτώσεων προκύπτει ὅτι εἰς ποποστὸν 77%, περίπου ἐνεφανίσθη φυσιολογικὸς ἵκτερος τῶν νεογνῶν ἐντάσεως ποικιλούσης ἀπὸ ἔλαφροῦ ἔως ἐντόνου βαθμοῦ καὶ διαρκείας κυμαίνομένης ἀπὸ 6 μέχρις 20 ἡμερῶν. Αἱ περιπτώσεις καθ' ἃς ἐνεφανίσθη φυσιολογικὸς ἵκτερος ἐν συγκρίσει πρὸς τὰς περιπτώσεις καθ' ἃς δὲν ἐνεφανίσθη οὕτος εἶναι αἱ ἀκόλουθοι κατὰ ἔτος γεννήσεως.

Ἐμφάνισις φυσιολογικοῦ ἵκτερου

*Έτος	Ναὶ	%	Όχι	%	Σύνολον	*Έτος	Ναὶ	%	Όχι	%	Σύνολον
1947	40	83	8	17	48	1950	78	75	26	25	104
1948	54	78	15	22	69	1951	130	74	45	26	175
1949	38	79	10	21	48	1952	171	77	52	23	223
Σύν.	132	77	33	23	165	Σύν.	379	77	123	23	502

Ο φυσιολογικὸς ἵκτερος ἐξεδηλώθη συχνότερον εἰς τὰ μικροτέρους βάρους καὶ ἥτοι ἐντονώτερος καὶ μεγαλυτέρας διαρκείας.

Εἰς τὰ δίδυμα πρόωρα νεογνά εἰς ἔλαχίστας περιπτώσεις δ ἵκτερος ἐνεφανίσθη εἰς τὸ ἔν μόνον ἐκ τούτων, συνήθως δὲ εἴτε ἐξεδηλώθη εἰς ἀμφότερα ἢ εἰς οὐδὲν ἐκ τούτων, ὡς ἐμφαίνεται ἐκ τοῦ κατωτέρῳ πίνακος.

*Έτος	Φυσιολογικὸς ἵκτερος εἰς ἀμφότερα	Φυσιολογικὸς ἵκτερος εἰς οὐδὲν	Φυσιολογικὸς ἵκτερος εἰς τὸ ἕτερον	Σύνολον
	*Αριθμὸς διδύμων	*Αριθμὸς διδύμων	*Αριθμὸς διδύμων	
1947	9	3	—	12
1948	10	3	1	14
1949	6	1	1	8
1950	13	3	2	18
1951	15	4	2	21
1952	22	3	3	28
	75	17	9	101

4. Πιᾶσις διμφαλίου κολοβώματος: Τὸ διμφαλικὸν τραῦμα ἀπὸ τῆς ἀποκοπῆς τοῦ διμφαλίου λάρου μέχρι τῆς ἀποπτώσεως τοῦ κολοβώματος καὶ τῆς ἐπουλώσεως τοῦ τραύματος ἀποτελεῖ μίαν τῶν κυριωτέρων εἰσόδων μικροβίων διὰ τὸ νεογνόν.

Νομίζομεν ὅτι τὸ κολόβωμα πρέπει νὰ εἶναι μικροῦ μήκους (2—3 ἔκ.) μετὰ δὲ τὴν ἔκθλιψιν τοῦ αἵματος νὰ γίνη καλὴ περίδεσις αὐτοῦ ὥστε νὰ διακοπῇ ἡ αἷματωσις καὶ νὰ διευκολυνθῇ οὕτω ἡ ταχεῖα ἀποξήρανσις μουμιοποίησις καὶ ἀπόπτωσις αὐτοῦ. Καθ' ὅλον τὸν χρόνον μέχρι τῆς ἐπουλώσεως τοῦ τραύματος δέον νὰ διατηρηται τοῦτο ξηρόν καὶ ἡ περιποίησις αὐτοῦ νὰ γίνεται υπὸ ἀσήπτους δρους.

Τὰ ἀνωτέρω ἔχουν ἔτι μεγαλυτέραν σημασίαν εἰς τὰ πρόωρα νεογνά, εἰς τὰ διποῖα δ κίνδυνος ἐκ τῶν μολύνσεων εἶναι ηὑημένος λόγῳ τῆς ἔλ-

λείψεως προστατευτικῶν ἀντισωμάτων καὶ τῆς ἵκανότητος τῆς ἐπαρκοῦς παραγωγῆς αὐτῶν.

Ἡ ἀπόπτωσις τοῦ ὅμφαλίου κολοβώματος εἰς τὰ φυσιολογικὰ νεογνά καὶ ὑπὸ ὅμαλὰς συνθήκας ἐπισυμβαίνει τὴν 3—6 ἡμέραν. Βάσει τῶν ἡμετέρων παρετηρήσεων εἰς τὰ πρόσωπα νεογνὰ συνήθως ἡ ἀπόπτωσις τοῦ ὅμφαλικοῦ κολοβώματος ἐπισυμβαίνει βραδύτερον τοῦ χρόνου τούτου καὶ δὴ εἰς τὰ μικροτέρους βάρους σώματος κατὰ τὴν γέννησιν.

Βάρος σώματος

"Ετος 1500 2000γρ. 2000 2500 γρ.	"Ετος 1500 2000γρ. 2000 2500 γρ.
1947 εἰς 11,3 ἡμερ. εἰς 8,3 ἡμέρ.	1950 εἰς 10,3 ἡμερ. εἰς 7,6 ἡμέρ.
1948 " 11,1 " 10,2 "	1951 " 10,5 " 7,3 "
1949 " 11,8 " 10,2 "	1952 " 9,8 " 6,5 "

Μεταξὺ τῶν διδύμων ἡ ἀπόπτωσις ἡτο ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἀνισόχρονος. Σύγχρονος ἀπόπτωσις παρετηρήθη συνήθως εἰς τὰ αὐτοῦ βάρους σώματος κατὰ τὴν γέννησιν ἀνεξαρτήτως μονονογενοῦς ἢ δυονογενοῦς κυήσεως.

5. *Προκεφαλή*: Προκεφαλὴ παρετηρήθη εἰς 67 πρόσωπα νεογνὰ ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν 759 περιπτώσεων ἥτις ὑπερώδει ἐντὸς 2—4 εἰκοσιτετραώρων.

6. *Κεφαλαιμάτωμα*: Κεφαλαιμάτωμα παρετηρήθη εἰς 36 περιπτώσεις. Τοῦτο ἡτο συνήθως μονόπλευρον καὶ δὴ βρεγματικὸν ἐντοπιζόμενον ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἀριστερά, παρέμενεν δὲ συνήθως καὶ κατὰ τὴν ἔξοδον τῶν νεογνῶν ἐκ τοῦ ἴδρυματος. Εἴς τινας τῶν περιπτώσεων τούτων συνυπῆρχε γενικὴ αἱμορραγικὴ διάθεσις.

Εἰς τέσσαρας περιπτώσεις ἔξ ὅν ἐν ζεῦγος διδύμων αἱ φαφαὶ τοῦ κρανίου ἀφίσταντο ἄλληλων ἐνεφάνιζον δὲ βλέμμα δύοντος ἥλιου (ὑδροκέφαλος).

Μαλθακὸν κρανίον παπυρῶδες κατὰ τὴν ἄνω Ἰνιακὴν χώραν περὶ τὴν μικρὰν πηγὴν διεπιστώθη εἰς 23 νεογνά.

7. *Οἰδήματα*: Οἰδήματα παρουσιάσθησαν ἐπὶ 39 νεογνῶν (ἀπεκλείσθησαν ἀπαντα τὰ συνοδὰ φλεγμονῆς οἰδήματα) ἐνετοπίζοντο δὲ ὡς ἔξης κατὰ χώρας.

"Ακρων ποδῶν 12, γαστροκνημίας 7, μηρῶν 3, γλουτῶν 2, ἐφηβαίου 4, δοχείου 2, αἰδίου 3, βλεφάρων 4 καὶ οἰδήματος προσώπου 1. Εἴς τινας τῶν ἄνω περιπτώσεων τὸ οἰδήμα ἐνετοπίζετο εἰς πλείστας τῆς μιᾶς χώρας.

Σημειώτεον δὲ τὰ πλεῖστα τῶν ὡς ἄνω προώρων εἰς ἡ παρετηρήθησαν οἰδήματα τῶν κάτω ἀκρων προήρχοντο ἔξ ἰσχυρακῆς προβολῆς καὶ ἴδιᾳ ἀνωμάλου, συνυπῆρχον δὲ μετὰ τῶν οἰδημάτων καὶ ἐκτεταμέναι ἐκχυμώσεις τῶν κάτω ἀκρων. Σκλήρημα δὲν παρετηρήσαμεν.

Παρετηρήσαμεν 2 περιπτώσεις ὑποδορείου ἐμφυσήματος, 4 περιπτώσεις μογγολικῶν κηλίδων, 1 περίπτωσιν τοπικῆς ἐμβροχῆς τοῦ δέρματος καὶ 4 περιπτώσεις αἱμαγγειώματος τοῦ δέρματος.

8. *Όρμονικαὶ ἐκδηλώσεις*: "Οσον ἀφορᾶ τὰς ὁρμονικὰς ἐκδηλώσεις παρετηρήσαμεν εἰς μίαν μόνον περίπτωσιν προώρου νεογνοῦ πλήρους κυήσεως διόγκωσιν μαστῶν μετ' ἐκκρίσεως γάλακτος. "Εμμηνον ωστιν εἰς οὐδε-

μίαν περίπτωσιν παρετηρήσαμεν. Σημειωτέον ὅτι ἡ ἀνεύρεσις δρμονικῶν ἐκδηλώσεων εἰς νεογνὸν ἀποκλείει τὸν χαρακτηρισμὸν τούτου ὡς μὴ πλήρους κυήσεως.

9. Ἀτελῆς κάθοδος τῶν ὄρχεων: Εἰς τὴν μεγάλην πλειονότητα τῶν προώρων νεογνῶν παρετηρήθη εἰς μὲν τὰ ἄρρενα ἀτελῆς κάθοδος τῶν ὄρχεων συνοδευομένη εἰς τινας περιπτώσεις καὶ ὑπὸ βουβονοκήλης, εἰς δὲ τὰ θήλεα ὑποπλασία τῶν μεγάλων χειλέων.

10. Πεπικαὶ διαταραχαί: Ἐκ τοῦ πεπτικοῦ συστήματος εἴχομεν τρεῖς περιπτώσεις καφεοειδῶν ἔμμετων, 2 περιπτώσεις χολωδῶν, 2 περιπτώσεις μελαινῆς καὶ 52 περιπτώσεις κοινῶν συμπτωμάτων ἔμμετων καὶ ἰδίως διαρροιῶν. Αἱ περιπτώσεις διαρροίας κατὰ τὰ δύο τελευταῖα ἔτη ἥλατιώθησαν κατὰ πολὺ.

11. Ἐνδοκρανιακὰ κακώσεις: Ἐνδοκρανιακὰς κακώσεις παρετηρήσαμεν εἰς 44 περιπτώσεις ἔξ ὧν 27 περιπτώσεις ἔγκεφαλικῆς αἵμορραγίας διαπιστωθείσης καὶ διὰ δσφιονωτιαίας παρακεντήσεως, 1 περίπτωσις ὑποσκληρίδιου αἵματώματος διαπιστωθείσης διὰ παρακεντίσεως ἐκ τῆς προσθίας πηγῆς.

Εἰς τὰς ὑπολοίπους περιπτώσεις ἐτέθη αἱρινικὴ διάγνωσις τῆς ἐνδοκρανιακῆς αἵμορραγίας.

Αἱ περιπτώσεις αὗται κατατάσσονται ἐν σχέσει πρὸς τὸ βάρος σώματος κατὰ τὴν γέννησιν, τὴν χρονικὴν διάρκειαν τῆς κυήσεως τὸν τρόπον συντελέσεως τοῦ τοκετοῦ καὶ τὸν χρόνον ἐκδηλώσεως ὡς κατωτέρω.

<i>α) Βάρος σώματος</i>		<i>β) Χρόνος κυήσεως</i>
1000—1500	8 περιπτώσεις	6—7ος μῆν 3 περιπτώσεις
1500—2000	19 "	7—8ος " 16 "
2000—2500	17 "	8—9ος " 20 "
		πλήρ. κυήσεως 5 "

γ) Τρόπος συντελέσεως τοκετοῦ

Περιπτώσεις

Σύνολ. ἔγκεφ. αἵμορραγ. %.

1) Φυσιολογικὸς	499	35	7,0
2) Ισχυακὴ προβολὴ	100	4	7,4
3) Καισαρικὴ τομὴ	18	2	11,1
4) Ἐμβρουουλκία	23	1	4,3
5) Ἐξελκισμὸς	26	2	7,7
Σύνολον	666	44	6,6

‘Ως ἀνεφέραμεν προηγουμένως διὰ φυσιολογικὸς τοκετὸς ἐπαυξάνει τὸν κίνδυνον τραυματισμοῦ καὶ τῆς ἀνοξαιμίας τοῦ νεογνοῦ καὶ κατὰ συνέπειαν ὑποβοηθεῖ τὴν ἔμφρανσιν τῆς ἔγκεφαλικῆς αἵμορραγίας.

δ) Χρόνος ἐκδηλώσεως

1ον εἰκοσιτετράωρον	25	περιπτώσεις
2ον	9	"
3ον	10	"
	44	

*Ἐκ τῶν 44 περιπτώσεων ἐγκεφαλικῆς αἵμορραγίας 17 περιπτώσεις ἀπέληξαν κακῶς (Θηνησιμότης 38,6).

Τὰ συμπτώματα τῆς ἐγκεφαλικῆς αἵμορραγίας εἰς τὰ πρόωρα νεογνά ποικίλουσι μεγάλως κατὰ περίπτωσιν ἐνίστε δὲ οὐδὲν σύμτομα ἐμφανίζεται καὶ ὡς ἔκ τούτου ἡ διάγνωσις εἰς πολλὰς περιπτώσεις εἶναι ἐκτάκτως δυσχερής. Αἱ ἀνωτέρω ἡμέτεραι 44 περιπτώσεις χαρακτηρισθεῖσαι ὡς ἐνδοκρανιακαὶ κακώσεις ἐνεφάνισαν τὴν ἔξης συμπτωματολογίαν.

*Υπερδιεγερσιμότητα μετὰ ὑπερκινητικότητος τῶν ἄκρων καὶ σπασμῶν, ἢ ὑπνυλίαν καὶ ἔντονον νωθρότητα εἰς 21 περιπτώσεις.

Οἱ σπασμοὶ εἰς 5 περιπτώσεις ἥσαν καθολικοὶ.

*Οπισθότονον μετὰ ὑπερτάσσεως τῆς προσθίας πηγῆς εἰς 3 περιπτώσεις, ἀνεύ ἄλλων σαφῶν σημείων.

Νυσταγμοειδεῖς κινήσεις τῶν ὀφθαλμῶν ἢ βλέμμα δύοντος ἡλίου εἰς 12 περιπτώσεις.

*Ἐγκεφαλικὰς κραυγὰς δξυτάτας εἰς δύο περιπτώσεις.

Δυσχέρειαν ἀναπνευστικὴν χαρακτηριζομένην ὑπὸ διακοπομένης ἀσθμαινούσης ἀναπνοῆς (καταπίνει ἀέρα) συνοδευομένην ὑπὸ κυανώσεως ἀπὸ ἐλαφροῦ ἔως ἔντονου βαθμοῦ εἰς 30 περιπτώσεις.

Λευκὴν ἀσφυξίαν εἰς 1 περίπτωσιν ἐπὶ νεογνοῦ τεχθέντος διὰ καισαρικῆς τομῆς καὶ ἐπιζήσαντος (τὸ δεύτερον δίδυμον ἐκλαμπτικῆς μητρός).

Εἰς πολλὰς περιπτώσεις τὸ ἀνωτέρω συμπτώματα συνυπῆρχον προεχόντων τῶν ἀπὸ τοῦ ἀναπνευστικοῦ συστήματος τοιούτων.

Εἰς 27 περιπτώσεις ἡ κλινικὴ διάγνωσις τῆς ἐνδοκρανιακῆς αἵμορραγίας ἐπιβεβαιώθη καὶ δι' δσφυνονωτιαίας παρακεντήσεως μὲ ἐγκεφαλονωτιαίον ὑγρὸν ἀπὸ ἔανθρωποματικοῦ μέχρις αἵματηροῦ καὶ αἵμορραγικοῦ.

Δέον νὰ σημειωθῇ ὅτι κατὰ τὴν δσφυνονωτιαίαν παρακεντησιν δυνατὸν λόγῳ τρώσεως τῶν εὐρηκτῶν ἀγγείων διὰ τῆς βελόνης νὰ ἔξαχθῃ ὑγρὸν αἵμορραγικὸν εἰς ὑγιᾶ νεογνά. Δι' ὃ ἡ παρακεντησις δέον νὰ ἐνεργῆται μετὰ τῆς δεούσης προσοχῆς.

*Ἐξ ἄλλου ἡ ἔξαγωγὴ διαυγοῦς ὑγροῦ δὲν ἀποκλείει πάντοτε τὴν ὑπαρξίν αἵμορραγίας ἐγκεφάλου, καθ' ὃσον εἰς τινας περιπτώσεις ἡ αἵμορραγία δὲν ἐπικοινωνεῖ μὲ τοὺς χώρους τῶν μηνίγγων τοῦ νωτιαίου μυελοῦ. *Η ἀνεύρεσις μεγάλου ἀριθμοῦ συρρικνωμένων ἐρυθρῶν αἵμοσφαιρίων δυνατὸν νὰ ὑποδηλοῖ ἐνδοκρανιακὴν αἵμορραγίαν. *Η ἀνεύρεσις ἔανθρωποματικοῦ ὑγροῦ ἔχει μικρὰν διαγνωστικὴν ἀξίαν καθ' ὃσον ἀνευρίσκεται εἰς μέγα ποσοστὸν ὑγιῶν νεογνῶν, ἐμφανιζόντων φυσιολογικὸν ἵκτερον καὶ πιθανὸν δφεύλεται εἰς φυσιολογικὴν χολερυθρητιμίαν. Κατὰ συνέπειαν ἐφ' ὃσον τὸ

ἀποτέλεσμα τῆς ἔξετάσεως τοῦ ὀσφυονωτιαίου ὑγροῦ εἶναι μικρᾶς διαγνωστικῆς ἀξίας δὲν εἶναι συνετὸν νὰ ὑποβάλλωμεν τὰ νεογνὰ εἰς παρακεντήσεις, ἐκτὸς ἐὰν εὐλόγως ἀναμένεται ὅτι τοῦτο θὰ ἐπιφέρῃ θεραπευτικὰ ἀποτελέσματα.

12. *Κυάνωσις*, Ἐκτὸς τῶν ἀναφερομένων ἀνωτέρω 30 περιπτώσεων κυανώσεων διφεύλομένων εἰς ἔγκεφαλικὴν αἷμορραγίαν, εἴχομεν καὶ ἐτέρας 48 περιπτώσεις κυανώσεων ἐξ ὅν 5 περιπτώσεις ἐκ καταρράσεως καὶ 19 ἐξ ἀτελεκτασίας, 7 περιπτώσεις μονίμων κυανώσεων ἐπιδεινούμενων κατὰ τὸ κλαυθμήρισμα, αἵτινες διφεύλοντο εἰς συγγενῆ καρδιοπάθειαν.

Αἱ ὑπόλοιποι ὠφεύλοντο εἰς λοιμῶδες αἴτιον, εἰς πνευμονίαν, διμφαλίτιδα καὶ σηψαιμίαν.

13. *Μολύνσεις*. Ἡ πλέον συνήθης μόλυνσις τὴν δποῖαν παρετηρήσαμεν ἡτοῦ ἡ διμφαλίτις. Ἐν ὅλῳ ἐσημειώθησαν 39 περιπτώσεις, ἐξ ὅν 6 συνωδεύοντο ὑπὸ κυανώσεως, 5 ὑπὸ διαρροίας καὶ μία ὑπὸ χολωδῶν ἐμμέτων. Περιπτώσεις τινὲς περιτονιτίδων καὶ σηψαιμιῶν ὠφεύλοντο εἰς διμφαλίτιδα. Ως τοιαύτας περιπτώσεις θεωροῦμεν τὰς προκεχωρημένας διμφαλίτιδας, αἵτινες ἀπέληξαν κακῶς.

Εἰς μολύνσεις ἐκ τοῦ περιβάλλοντος, παρὰ τὰ λαμβανόμενα αὐστηρὰ προφυλακτικὰ μέτρα, διφεύλονται ἐπίσης καὶ αἱ νόσοι αἱ δποῖαι ἐσημειώθησαν ἐπὶ τῶν προώρων νεογνῶν. Οὖεῖα φινῆτις, μὲ σχετικῶς ἀφθονον ἔκκριμα, ἐσημειώθη ἐπὶ 2 περιπτώσεων, βρογχοπνευμονίαι ἐπὶ ἐτέρων 3 περιπτώσεων, ἐπιπεφυκτίς ἐπὶ 11 περιπτώσεων, ἐξ ὅν 2 συνοδευόμεναι ὑπὸ διαρροίας. Ἐπίσης εἴχομεν 2 περιπτώσεις πυοδερμίας, 7 περιπτώσεις δξειῶν φλεγμονῶν τῶν μαλακῶν μορίων ὡς καὶ 12 περιπτώσεις μυκητώδους στοματίτιδος, ἐξ ὅν μία μετ' ἐπιπλοκῆς μονοπλεύρου πυάδους παρωτίτιδος.

Αἱ περιπτώσεις διμφαλίτιδος καὶ γενικῶτερον αἱ μολύνσεις κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη περιωρίσθησαν μεγάλως, χάρις εἰς τὰς καταβαλλομένας φροντίδας ἔξασφαλίσεως, ἀπολύτου κατὰ τὸ δυνατὸν ἀσηψίας.

14. *Ἐρυθροβλαστικὴ συνδρομὴ* λόγῳ ἀσυμβασίας αἴματος. Ἐρυθροβλαστικοῦ ἵκτερου παρετηρήσαμεν μίαν περίπτωσιν. Ἐπίσης εἰς ἓν ζεῦγος διδύμων ἔρυθροβλαστικὴν ἀναιμίαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Γ'.

Συγγενεῖς διαμαρτίαι καὶ συγγενεῖς νόσοι

“Οσον ἀφορᾷ τὰς συγγενεῖς διαμαρτίας καὶ νόσους ἐσημειώσαμεν τὰς ἔξῆς περιπτώσεις:

α) Συγγενεῖς διαμαρτίαι

- | | | |
|---|------------|---|
| 1 | περίπτωσιν | ἀνεγκεφάλου. |
| 1 | > | δξυκεφάλου. |
| 4 | > | μογγολοειδοῦς Ιδιωτίας (ἐξ ὅν μία συνοδευούμενη ὑπὸ συγγενοῦς καρδιοπαθείας). |

- 1 περίπτειασιν τραχειοσισοφαγικής ἐπικοινωνίας μετ' ἀποφράξεως τοῦ οἰσοφάγου.
 1 > συριγγίου κατά τὸν τραχήλον.
 2 > προπτέσσεως τοῦ δόχθοῦ.
 1 > ἀτροφίας τοῦ δακτυλίου τοῦ πρωκτοῦ.
 7 > συγγενοῦς καρδιοπαθείας.
 4 > βουβονοκήλης ἔξ ὅν 1 μετ' ἐμμέτων οἵτινες ὑπεχώρησαν μετὰ τὴν ἀνάταξιν τῆς βουβονοκήλης.
 6 > ὑποσπαδίας.
 1 > συγγενοῦς χαλάσσεως τοῦ δέρματος.
 1 > κύστεος τοῦ κόκκυκος.
 1 > δρθοκυστικοῦ συριγγίου.
 2 > πολυδακτυλίας.
 2 > φεβοποδίας ἄκρου ποδός.

β) Συγγενεῖς νόσοι

- 2 περιπτώσεις συγγενοῦς σηψαιμίας (χαρακτηριστική δυσσοσμία ἐναμνίου ὑγροῦ καὶ πλακοῦντος).
 2 > συγγενοῦς συφυλίδος (ἔξ ὅν εἰς τὴν μίαν ἡ μήτηρ εἶχε Wassermann αἷματος ἐντόνως θετικήν, τὸ δὲ νεογνὸν εἶχε γεροντικὴν ὅψιν, εἰς δὲ τὴν ἑτέραν ἡ μήτηρ εἶχε Wassermann ἐντόνως θετικήν, τὸ δὲ βρέφος ἐνεφάνιζε διόγκωσιν σπληνὸς ὑπόσκληρον, δύο δὲ ἀδελφοὶ τοῦ βρέφους εἶχον ἀποβιώσει ἔξ Ικτέρου εἰς ἡλικίαν 4 καὶ 12 μηνῶν).

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Δ'.

Θνητιμότης τῶν προώρων νεογνῶν

Αἱ ἀντιδράσεις τῶν νεογνῶν ἐν γένει, ἵδιαιτέρως δὲ τῶν προώρων εἰς διάφορα ἐρεθίσματα εἶναι περιωρισμέναι καὶ κατὰ συνέπειαν διάφοροι παθολογικαὶ καταστάσεις δυνατὸν νὰ ἐμφανίζουν τὰ αὐτὰ κλινικὰ συμπτώματα. Ἐκ τούτου ἡ κλινικὴ διάγνωσις ἐπὶ τῶν προώρων νεογνῶν εἶναι κατ' ἔξοχὴν δυσχερῆς ἐν πολλοῖς δὲ καὶ ἀδύνατος. Μόνον διὰ τῆς μετὰ θάνατον νεκροψίας καὶ τῆς συσχετίσεως τῶν παθολογοανατομικῶν εὑρημάτων πρὸς τὰ κλινικὰ εὐρήματα τοῦ νεογνοῦ καὶ τὸ ίστορικὸν τῆς μητρὸς καὶ τοῦ τοκετοῦ δύναται νὰ ἀνευρεθῇ ἀσφαλέστερον ἡ αἰτία τοῦ θανάτου τοῦ νεογνοῦ, διὸ δὲ καὶ ἡ στενὴ συνεργασία τοῦ κλινικοῦ μετὰ τοῦ παθολογοανατόμου εἶναι πολύτιμος.

*Ἐν τούτοις οὐδὲ ἡ συνεργασία αὕτη δύναται νὰ διδηγήσῃ πάντοτε εἰς τὴν ἀσφαλῆ ἀνεύρεσιν τῆς αἰτίας τοῦ θανάτου τοῦ νεογνοῦ.

*Ἡ ἔρευνα ἐπὶ τῶν αἰτίων αἵτινα προκαλοῦν τὸν θάνατον τῶν προώρων νεογνῶν εἶναι προϋπόθεσις διὰ τὴν καταπολέμησιν αὐτῶν καὶ τὸν περιορισμὸν τῆς νοσηρότητος καὶ τῆς θνητιμότητος. *Ἐπειδὴ δὲ οἱ περισσότεροι θάνατοι τῶν προώρων νεογνῶν ἐπισυμβαίνουν τὸ πρῶτον εἰκοσιτετράωρον ἀπὸ τοῦ τοκετοῦ οἱ δὲ παράγοντες οἵτινες προκαλοῦνται τοὺς θανάτους τούτους εἶναι γενικῶς παρόμοιοι μὲ τοὺς προκαλοῦντας τὴν γέννησιν τῶν νεκρῶν προώρων, ἡ ἔρευνα αὕτη ἵνα εἶναι πλήρης θὰ ἔδει νὰ περιλά-

βῃ καὶ τὴν ἔρευναν τῶν αἰτίων τὰ δποῖα προκαλοῦν τὴν γέννησιν νεογνῶν προώρων.

Ο Meynier⁷⁾ τῷ 1939 δίδει λεπτομερῆ στοιχεῖα ἀναφερόμενα εἰς τὰ πρόωρα νεογνά τὰ γεννηθέντα εἰς τὴν πόλιν τοῦ Τουρίνου κατὰ τὰ ἔτη 1910—1936. Τὰ στοιχεῖα του ἀναφέρονται εἰς 792 πρόωρα νεογνά. Ἐκ τούτων 48% ἡσαν ἄρρενα, 52% πρωτότοκα, 13% δίδυμα. Ο ἕδιος εὑρεν διτι τὰ 8,8% τῶν νομίμων τέκνων ἡσαν πρόωρα, τῶν ἐξωγάμων δὲ τὰ 12,7%.

Οσον ἀφορᾶ τὸ βάρος σώματος κατὰ τὴν γέννησιν εἶχεν: 2,7% κάτω τῶν 1000 γραμ., 12% μεταξὺ 1000—1500 γραμ., 20% μεταξὺ 1500—2000 γραμ. καὶ 65% ἀνω τῶν 2000—2500 γραμ.

Η θνησιμότης κατ' αὐτὸν ἀνήλθε κατὰ τὴν δικταείαν 1910—1918 εἰς 48% κατὰ τὴν ἔπομένην δὲ δικταείαν εἰς 21%. Τὰ 65% τῶν θανάτων ἐπισυνέβησαν τὰς πρώτας τρεῖς ἡμέρας. Απαντα τὰ βάρους σώματος κατὰ τὴν γέννησιν κάτω τῶν 1000 γραμ. ἀπεβίωσαν, ἐκ δὲ τῶν 1000—1500 γραμ. τὰ 92%.

Κατὰ τὸν Möeller⁸⁾ τὰ αἴτια τοῦ θανάτου τῶν προώρων ἡσαν: Διαμαρτίαι 12%, λοιμώξεις 8,7%. Ἐνδοκρανιακαὶ αίμορραγίαι 8,7% καὶ συγγενῶς ἐξησθενημένων 68%. Αἱ μητέρες τῶν 60% τοῦ συνόλου ἡσαν νεφριτικαὶ ἢ ἐκλαμπτικαὶ.

Ο Holt⁹⁾ ἀναφέρει ὡς αἴτια θανάτου τῶν προώρων νεογνῶν ἄτινα ἔγεννηθησαν εἰς N. Υόρκην κατὰ τὸ ἔτος 1945 τὰ ἔξης: "Αδηλος αἰτία 46%, ἀνοξαιμία 13,3%, λοιμώξεις 13,1%, αίμορραγίαι 13%, διαμαρτίαι 9,7%, σύφιλις 0,6%, ἐρυθροβλάστωσις 0,6%, διάφοροι αἰτίαι 3,6%.

Κατὰ τὸν Imfeld¹⁰⁾ ἐπὶ 519 προώρων ἀπεβίωσαν 129 ἦτοι ποσοστὸν 25%, ἡ δὲ θνησιμότης τῶν 10 πρώτων ἡμερῶν ἀνήλθεν εἰς 67% τῆς διληχῆς τοιαύτης. Οἱ ἡμίσεις θάνατοι ἀποδίδονται ὑπὸ αὐτοῦ εἰς ἐξασθένησιν, τὸ 1/3 εἰς πνευμονίαν καὶ τὰ 11% περίπου εἰς ἐγκεφαλικὴν αίμορραγίαν.

Κατὰ τὴν E. L. Potter¹¹⁾ η θνησιμότης τῶν προώρων νεογνῶν συνδέεται περισσότερον μὲ τὸ βάρος σώματος κατὰ τὴν γέννησιν παρὰ μὲ οἰανδήποτε ἄλλην αἰτίαν. Κατ' αὐτὴν τὸ ποσοστὸν θνησιμότητος ἀνήλθεν ἀναλόγως τοῦ βάρους σώματος κατὰ τὴν γέννησιν εἰς τὰ ἀκόλουθα ποσοστά:

Βάρος σώματος 400—1000 γραμ. 93 %

" " 1000—1500 " 55 %

" " 1500—2499 " 8,3%

" " ἀνω 2500 " 0,5%

7) E. Meynier: Lattante 10: 427, (1939) Am. J. of dis. 1940 II (182) ὑπὸ τίτλου the immature newborn.

8) Holt: Acta Paediatr, 1949 (305) Am. J. of dis. 1948. Premature children and their care.

9) Imfeld: Ann. pediat. 157: 47. Am. J. of dis. 1943 (939).

10) E. L. Potter: Patholog. of the Feths and the newborn Chicago 1952.

Ποσοστὸν 60% τῶν θανάτων συνέβη κατὰ τὸ πρῶτον εἰκοσιτετράωρον (ἔξι ὥν 16% κατὰ τὴν πρώτην ὥραν) 18% κατὰ τὸ δεύτερον εἰκοσιτετράωρον καὶ 22% μετὰ τὴν πάροδον τοῦ πρῶτου 48ώρου. Ἐκ τῶν ἐπιζησάντων τὸ πρῶτον 48ώρων προώρων μόνον 2,5% ἔξι αὐτῶν ἀπεβίωσαν μεταγενεστέρως.

Ὄς πρὸς τὰ αἴτια θανάτου ἐπὶ 738 προώρων νεογνῶν τεχθέντων (ζώντων) εἰς τὸ Chicago Lying-in Hospital κατὰ τὴν περίοδον 7—1—46 ἔως 7—1—49 ἀναφέρει τὸ ἀκόλουθα.

Αἴτια θανάτου	Θάνατοι	Ποσοστὸν ἐπὶ 1000 προώρων
Ἐνδομήτριος ἀνοξαιμία	3	4,1
Τραῦμα (ἐνδοκρανιακὴ αἷμορραγία)	1	1,4
Διαμαρτίαι	17	22,9
Ἐρυθροβλάστωσις	3	4,1
<i>Πνευμονικ. παθήσεις:</i>		
Πνευμονία	4	5,4
Ἄτελεκτασία μετὰ ὑαλώδους μεμβράνης	30	40,5
Ἄτελεκτασία ἀνευ ὑαλώδους μεμβράνης	4	5,4
Αἷμορραγία	10	13,5
Διάφορα	2	2,7
Σύνολον	74	100,0

Κατὰ τὴν E. L. Potter¹⁰⁾ αἱ περιπτώσεις θανάτων ἔξι ἐνδοκρανιακῆς αἷμορραγίας ἦσαν πενταπλάσιαι καὶ ἔξι ἐνδομήτριοις ἀνοξαιμίαις δωδεκαπλάσιαι ἐπὶ τῶν προώρων ἐν σχέσει πρὸς τὰ τελειόμηνα. Ἐν τούτοις αἱ δύο αὐταὶ αἴτιαι θανάτου τῶν προώρων ἀντιπροσωπεύουν δμοῦ τὸ 5,5% τῆς θνητιμότητος τῶν προώρων. Ἡ ικανότης καὶ ἡ μετὰ προσοχῆς ἐκτέλεσις τοῦ τοκετοῦ ὑπὸ τοῦ μαιευτῆρος ἔχουν μεγαλυτέραν σημασίαν διὰ τὴν πρόληψιν τῶν αἰτίων τούτων θανάτων παρὰ εἰς τὰς ἔξι ἄλλων αἰτίων θανάτους.

Ἡ πλέον συνήθης αἴτια θανάτου τῶν προώρων νεογνῶν, εἶναι ἡ ἀνώμαλος λειτουργία τῶν πνευμόνων, εἰς τὰς περιπτώσεις δὲ ταύτας ἡ προωρότης ἔχει ἀμεσον σχέσιν πρὸς τὴν παθολογικὴν ἔξέλιξιν.

Κατὰ τὴν ίδιαν συγγραφέα κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη δίδεται ίδιαιτέρα προσοχὴ εἰς παθολογικὴν κατάστασιν ἣτις ἀνευρίσκεται εἰς τοὺς πνεύμονας μεγάλου ἀριθμοῦ προώρων νεογνῶν ἐν συγκρίσει πρὸς τὸν μικρότερον ἀριθμὸν τελειομήνων.

Ἡ παθολογικὴ αὕτη κατάστασις περιγράφεται ὡς *ἀτελεκτασία μετὰ υαλώδους μεμβράνης* (Resorption atelectasis with hyaline membrane).

⁵Επὶ τοῦ παρόντος αὕτη εἶναι ἡ σοβαρωτέρα αἰτία θανάτου τῶν προώρων νεογνῶν εἰς τὸ Chicago Lying-in Hospital.

⁶Ετερα αἰτία θανάτου τῶν προώρων εἶναι ἡ πνευμονία ἥτις δύναται νὰ προκληθῇ διὰ μολύνσεως πρὸ ἢ μετὰ τὸν τοκετόν. ⁷Εάν ἔχωμεν πρόωρον φῆξιν τῶν ὑμένων ἢ παρατάσιν τοῦ τοκετοῦ ἢ μὴ φυσιολογικὸν τοκετὸν δύναται νὰ προκληθῇ μόλυνσις δι᾽ εἰσπνοής τοῦ μεμολυσμένου ἐναμνίου ὑγροῦ μὲ ἀποτέλεσμα τὸν θάνατον, κατὰ τὰς πρώτας ἡμέρας τῆς ζωῆς.

⁸Ἐὰν δὲ θάνατος προώρων νεογνῶν ἐπέλθῃ μετὰ τὴν πάροδον τῶν πρώτων 72 ὥρων κατὰ τὴν Potter ἡ πνευμονία εἶναι τὸ συχνότερον αἴτιον, ἢ δὲ μόλυνσις ἔχει ἐπέλθει συνήθως μετὰ τὸν τοκετόν.

⁹Ἐν συμπεράσματι ἡ Potter παρατηρεῖ διὰ οἱ θάνατοι ἐξ ἀτελεκτασίας μετὰ ὑαλώδους μεμβράνης, ἀνοξαιμίας καὶ ἐνδοκρανιακῆς αἷμορραγίας, σχεδὸν πάντοτε ἐπισυμβαίνουν κατὰ τὰς πρώτας τρεῖς ἡμέρας μετὰ τὸν τοκετόν. Κατὰ συνέπειαν σχεδὸν ἄπαντες οἱ θάνατοι μετὰ τὰς πρώτας τρεῖς ἡμέρας διφεύλονται εἰς μολύνσεις τῶν ὅποιων συνηθέστεραι εἶναι αἱ μολύνσεις τῶν πνευμόνων.

¹⁰Ἐνίστε φαίνεται ἀδύνατον νὰ προληφθῇ ἡ πνευμονία, ἐν τούτοις ὅμως δύσον ὑψηλὸν εἶναι τὸ ἐπίπεδον τῆς περιθάλψεως τῶν προώρων τόσον διφορτίδος τῶν μολύνσεων εἶναι μικρότερος.

Κατὰ τὴν Mary Cross¹¹⁾ τὰ αἴτια 658 θανάτων ἐπισυμβάντων εἰς τὸ Premature Baby Ward τοῦ Birmingham κατὰ τὰ ἔτη 1936—1943 καὶ 106 θανάτων προώρων νεογνῶν γεννηθέντων εἰς τὸ Maternity Home κατὰ τὰ ἔτη 1931—1943 ἦσαν τὰ ἔξης:

Αἴτια θανάτου	Premature baby ward εἰσαγχέντα πρόωρα 1936—1943		Maternity home γεννηθέντα πρόωρα 1931—1943	
	εἰσαγχέντων %	θανάτων %	γεννηθέντων %	θανάτων %
Προωρότης (συμπεριλαμβ. ἀτελεκτασίας)	24,5	70,0	8,3	64,8
Ἐνδοκρανιακὴ αἷμορραγία	3,5	10,0	1,6	12,4
Διαμαρτίαι	1,3	3,9	0,5	3,8
Μολύνσεις	4,0	11,3	1,4	11,4
"Άλλα αἴτια	1,7	4,8	1,0	7,6
Συνολικά	35,0	100,0	12,8	100,0

11) Mary Cross: The premature Baby. The Blakiston Company philadelphia 1946.

Κατά τὰς ήμετέρας παρατηρήσεις ἐπὶ 759 περιπτώσεων ἐκ τῶν γεννηθέντων προώρων νεογνῶν κατὰ τὴν περίοδον 1947—1952 εἰς τὸ M. «M. H.» ἀπεβίωσαν ἐν συνόλῳ 107 ἔξι ὡν τὰ 60 (56%) κατὰ τὸ πρῶτον εἰκοσιτετράωρον καὶ τὰ ὑπόλοιπα 47 (44%) μετέπειτα.

Κατὰ τὴν χρονικὴν διάρκειαν κυήσεως τὰ θανόντα νεογνὰ εἶχον ὡς κάτωθι:

	^Α ποβιώσαντα	^Ε πὶ συνόλου
6—7 μῆν νεογνὰ	23	38
7—8 "	34	119
8—9 "	32	332
9ος (ῷριμα) "	18	270
Σύνολον	107	759

Κατὰ βάρος δὲ σώματος κατὰ τὴν γέννησιν ὡς ἔξης:

	<i>N</i> ε <i>o</i> γ <i>y</i> δ	^Α ποβιώσαντα	^Ε πὶ συνόλου	Ποσοστὸν %
1000 γρ.	16	16	16	100.0
1000—1500 "	32	50	64.0	
1500—2000 "	34	174	19.5	
2000—2500 "	25	519	4.8	

Οσον ἀφορᾶ τὴν αἴτιαν θανάτου ἀναλυτικῶς ἔχομεν τὰ ἔξης:

^Α νδρομήριος ἀνοξαιμία	^π εριπτώσεις	6
Τραῦμα (ἐνδοκρανιακὴ αἷμορραγ.)	"	17
Διαμαρτίαι	"	11
^Α ρυθμοβλάστωσις	"	2
Πνευμονία, ἀτελεκτασία μετὰ ἥ		
ἄνευ ὕαλώδους μεμβράνης	"	20
Αἷμορραγίαι	"	4
Μολύνσεις	"	18
Προωρότης	"	23
Διάφορα	"	6
Σύνολον περιπτώσεις		107

Εἰδικώτερον κατὰ αἴτιον θανάτου παρατηροῦμεν τὸ ἀκόλουθα :

Ἐκ τῶν 11 σημειωθέντων θανάτων ἐκ συγγενῶν διαμαρτιῶν, 4 περιπτώσεις ὅφελονται εἰς συγγενεῖς καρδιοπαθείας ἀσυμβιβάστους πρὸς τὴν ζωήν, μία εἰς διαμαρτίαιν τῶν μεγάλων ἀγγείων τῆς καρδίας καὶ 6 εἰς διαμαρτίαις τοῦ πεπτικοῦ συστήματος (ἔξι ὡν εἰς ἓν ζεῦγος διδύμων στένωσις τοῦ ἐντέρου, μία πιθανὴ ἀπόφραξις τοῦ οἰσοφάγου εἰς ἥν συνυπῆρχε ἀρυθμοβλάστωσις, μία τραχειοσισοφαγικὸν συρίγγιον, μία ἀπλασία τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων καὶ ἀπόφραξις τοῦ ἐντέρου καὶ μία ἀπόφραξις τοῦ δωδε-

καδακτύλου). Εἰς τὴν περίπτωσιν τῆς στενώσεως τοῦ ἐντέρου εἰς τὸ ζεῦγος τῶν διδύμων ἡ στένωσις ἥρχετο ἀπὸ τοῦ κατωτέρου τμήματος τῆς κύστεως κατελάμβανε τὸν εἰλεὸν καὶ τὸ παχὺ ἐντερόν καὶ ἔφθανε μέχρι τοῦ σιγμοειδοῦς, εἴχε πάχος λεπτοῦ μακαρονίου καὶ μορφὴν κομβολογιοειδῆ τὸ δὲ περιεχόμενον τοῦ τμήματος τούτου τοῦ ἐντέρου ἦτο λευκωπή ἵξωδης βλέννη ὑποσκλήρου συστάσεως (εἶλεδς ἐκ μυκωνίου). Ἐπὶ τοῦ ἐνὸς τούτων ἐγένετο χειρουργικὴ ἐπέμβασις ἀλλὰ καὶ τοῦτο ἀπέληξε κακῶς.

Εἰς τὴν περίπτωσιν τῆς ἀποφράξεως τοῦ οἰσοφάγου συνυπῆρχε διαμαρτία τῶν γεννητικῶν ὅργάνων, πέος ὑποπλαστικὸν δίκην αλειτορίδος, τὸ δὲ δεξὶὸν ἡμιμόριον τοῦ δσχέου ἦτο ἐπίσης ὑποπλαστικόν.

Εἰς τὴν περίπτωσιν τῆς διαμαρτίας τῶν μεγάλων ἀγγείων τῆς καρδίας ἐγένετο νεκροψία ἦτις ἔδειξε κοινὸν στέλεχος καὶ προσθέτους ἀγγειακάς ἀνωμαλίας.

Ἐκ τῶν 18 περιπτώσεων θανάτων ἐκ μολύνσεων, 10 περιπτώσεις ἦσαν ἐκ σηψαιμίας, ἐξ ὧν μία ὠφείλετο εἰς τὸ ἀλκαλιγόνον βακτηρίδιον τῶν κοπράνων, μία ἦτο συγγενῆς σηψαιμία, τρεῖς δὲ περιπτώσεις ἦσαν γριππώδους φύσεως (βρογχοπνευμονία γριππώδης κατ' ἐπιδημίαν γρίπης) τρεῖς περιπτώσεις ὠφείλοντο εἰς περιτονίτιδα ἐκ μολύνσεως τοῦ τραύματος τοῦ δμφαλοῦ ἐξ ὧν μία εἰς οῆξιν συνυπαρχούσης εὑρείας ἐκτάσεως κήλης τοῦ δμφαλοῦ καὶ ἐτέρα εἰς ἐπικοινωνίαν τῶν ἐντέρων μετὰ τοῦ δμφαλοῦ, ἐξ ἣς ἐδημιουργήθη κοπρανοχόν συρίγγιον, περιομφαλικὴ νέκρωσις καὶ περιτονίτις, ἐν ζεῦγος διδύμων ἀπεβίωσεν ἐξ ἐγκεφαλίτιδος καὶ ἐν νεογνὸν ἐκ νεκρώσεως τοῦ δέρματος κατὰ τὴν ὠμοπλατιαίαν χώραν.

Ἐκ τῶν 4 περιπτώσεων αἷμορραγιῶν, μία περίπτωσις ὠφείλετο εἰς αἷμορραγίαν τῶν ἐπινεφριδίων, αἱ δὲ λοιπαὶ εἰς αἷμορραγίας τῶν πνευμόνων.

Αἱ 23 περιπτώσεις θανάτων λόγῳ προωρότητος, ἀναφέρονται εἰς τὰ γεννηθέντα κατὰ τὸν 6—7 μῆνα τῆς κυήσεως..

Ἐὰν θελήσωμεν νὰ ἐρευνήσωμεν καὶ τὰς αἰτίας θανάτου 18 γεννηθέντων νεκρῶν προώρων τὰ δποῖα δὲν συμπεριλαμβάνονται εἰς τὴν μελέτην ταύτην, σημειοῦμεν δτι τοία ἐτέχθησαν νεκρά κατόπιν ἀνωμάλου ἴσχυακῆς προσβολῆς, ἐν ἐκ προδρόμου πλακοῦντος, ἐν ἐκ χαμηλῆς προσφύσεως τοῦ πλακοῦντος, ἐν ἐξ ἴνώδους ἐκφυλίσεως τοῦ πλακοῦντος, ἀνὰ ἐν ἐκ προπτώσεως καὶ περιελξεως δμφαλίδος, ἐν ἐξ ἐνδομητρίου σηψαιμίας, 4 ἦσαν ἐμβεβρεγμένα, ἐν ἀπεβίωσεν ἐξ ἐνδομητρίου ἀνοξαιμίας, ἐν μετὰ αἷμορραγίαν ἄφθονον καὶ ἐν ἐξ ἀγνώστου αἰτιολογίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ἐκ τῶν ἡμετέρων παρατηρήσεων προκύπτουν τὸ ἀκόλουθα συμπεράσματα.

A. Ἀλτια τοῦ προώρου τοκετοῦ

1) Εἰς τὸ ἥμισυ καὶ πλέον τῶν περιπτώσεων δὲν ἀνευρίσκεται ἡ αἰτία τοῦ τοκετοῦ προώρου νεογνοῦ.

2) Ἐκ τῶν περιπτώσεων εἰς ᾧ ἀνευρίσκεται τὸ αἴτιον τοῦ τοκετοῦ προώρου νεογνοῦ προηγοῦνται δὲ δίδυμος τοκετὸς καὶ ἀκολουθοῦν ἡ τοξιναιμία τῆς μητρός, ἡ σωματικὴ κόπωσις καὶ δὲ πρόδρομος πλακοῦς. Δεδομένου δὲτι σύφιλις ἀνευρέθη μόνον εἰς δύο ἐπὶ τῶν 759 ἡμετέρων περιπτώσεων δὲν θεωροῦμεν δὲτι αὕτη ἀποτελεῖ συνήθη αἰτίαν τοῦ προώρου τοκετοῦ ὡς ἐπιστεύετο.

3) Αἱ δυσμενεῖς οἰκονομικαὶ καὶ κοινωνικαὶ συνθῆκαι διαβιώσεως τῆς μητρός ἀποτελοῦνται αἴτιον τοκετοῦ προώρων νεογνῶν. Ἐπὶ τῶν οἰκονομικῶν ἀσθενῶν παρατηρεῖται ηὗξημένον ποσοστὸν τοκετῶν συγγενῶν ἔξησθενημένων προώρων νεογνῶν (πλήρους κυήσεως).

4) Ἡ ἐποχὴ τοῦ ἔτους ἀσκεῖ ἐπίδρασιν ἐπὶ τοῦ προώρου τοκετοῦ, παρατηρηθέντος ηὗξημένου ποσοστοῦ κατὰ τὸ θέρος καὶ χειμῶνα ἐν σχέσει πρὸς τὴν ἄνοιξιν καὶ φθινόπωρον.

B. Φυσιολογικαὶ ἐκδηλώσεις καὶ νοσηρότης τῶν προώρων νεογνῶν

1) Αἱ φυσιολογικαὶ καὶ παθολογικαὶ ἐκδηλώσεις τῶν προώρων νεογνῶν εἶναι γενικῶς αἱ αὐταὶ ὡς εἰς τὰ φυσιολογικὰ νεογνά, διαφέρουν δὲ μόνον ἐν φύσει τοῦ μέτρου ἡ ἀναπτυξέως διαφοροποιεῖ τὴν φυσιολογικὴν ἀνάταξιν εἰς τὰ διάφορα φυσιολογικὰ καὶ παθολογικὰ αἴτια.

2) Τὸ εἶδος τοῦ τοκετοῦ ἔχει ἀμεσον σχέσιν πρὸς τὴν ἐκδήλωσιν ὀρισμένων νοσηρῶν συμπτωμάτων ὡς ἡ ἐγκεφαλικὴ αἷμορραγία, ἀνοξαιμία κλπ.

3) Ἡ νοσηρότης τῶν προώρων νεογνῶν κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη ἔχει περιορισθῆ μεγάλως λόγῳ βελτιώσεως τῶν συνθηκῶν περιθάλψεως τῶν προώρων νεογνῶν.

C. Θυησιμότης

Τὰ κυριώτερα αἴτια θανάτου τῶν προώρων νεογνῶν εἶναι ἡ προωρότης, ἡ πνευμονία μετὰ τῆς ἀτελεκτασίας, αἱ μολύνσεις καὶ αἱ ἐγκεφαλικαὶ αἷμορραγίαι, ἀκολουθοῦν δὲ αἱ διαμαρτίαι διαπλάσεως καὶ ἡ ἀνοξαιμία.

Τὸ μεγαλύτερον ποσοστὸν τῶν θανάτων ἐπισυμβαίνει κατὰ τὸ πρῶτον εἰκοσιτετράωρον. Οἱ θάνατοι ἔχει ἀτελεκτασίας, ἀνοξαιμίας καὶ ἐνδοκρανιακῆς αἷμορραγίας σχεδὸν πάντοτε ἐπισυμβαίνουν κατὰ τὰς πρώτας τρεῖς ἡμέρας μετὰ τὸν τοκετόν, αἱ δὲ μετέπειτα σχεδὸν πάντοτε ὀφείλονται εἰς μολύνσεις.

Κατὰ συνέπειαν μείωσις τῆς θυησιμότητος τῶν προώρων νεογνῶν ἐπιτυγχάνεται ἀφ' ἐνὸς διὰ τῆς μεθ' ἵκανότητος καὶ προσοχῆς ἐκτελέσεως τοῦ

τοκετοῦ ὑπὸ τοῦ μαιευτῆρος πρὸς πρόληψιν τῶν ἔξ ἐνδοκρανιακῶν αἷμορραγιῶν καὶ ἔξ ἐνδομητρίου ἀνοξαιμίας καὶ ἀτελεκτασίας θανάτων, ἀφ' ἐτέρου δὲ διὰ τῆς βελτιώσεως τῶν συνθηκῶν περιθάλψεως τῶν προώρων νεογνῶν ίδιᾳ δὲ τῶν συνθηκῶν ἀστηψίας διὰ τὴν πρόληψιν τῶν μολύνσεων,

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ἡ μείωσις τῆς θνησιμότητος τῆς διφειλομένης εἰς τὴν προωρότητα γενιῶς δύναται νὰ ἐπιτευχθῇ.

- α) Διὰ τῆς μειώσεως τῶν περιπτώσεων προώρων τοκετῶν.
- β) Διὰ τῆς μεθ' ἵκανότητος καὶ προσοχῆς ἔκτελέσεως τοῦ τοκετοῦ ὑπὸ τοῦ μαιευτῆρος καὶ,
- γ) Διὰ τῆς παροχῆς καταλλήλου περιθάλψεως εἰς τὰ γεννώμενα πρόωρα νεογνά.

Ἡ μείωσις τῶν περιπτώσεων προώρων τοκετῶν δύναται νὰ ἐπιτευχθῇ διὰ τῆς βελτιώσεως τῶν κοινωνικῶν συνθηκῶν διαβιώσεως τῆς μητρὸς καὶ τῆς δργανώσεως συστηματικῆς παρακολούθησεως τῶν ἐγκύων, ὥστε νὰ ἐπιτευχθῇ ἔγκαιρος διάγνωσις καὶ θεραπεία τῶν αἰτίων ἀτινα προκαλοῦν τὸν πρόωρον τοκετόν. Εἰδικὴ μέριμνα δέον νὰ καταβληθῇ εἰς τὴν δίαιταν καὶ τὴν ἀνάπτασιν τῆς μητρός, τὴν ὑπαρξίαν τῶν μέσων διὰ τὴν θεραπείαν τῆς τοξιναιμίας, καρδιακῶν παθήσεων, αἷμορραγιῶν, ἐπαπειλουμένου προώρου τοκετοῦ καὶ πλ.

Εἰς ἄς περιπτώσεις δ πρόωρος τοκετὸς προκαλεῖται πρέπει νὰ λαμβάνῃ χώραν μόνον εἰς περιπτώσεις σαφοῦς καὶ ἀπαραιτήτου ἐνδείξεως, διότι δύον ἐνωρίτερον λαμβάνει χώραν δ τοκετὸς τόσον μειοῦνται αἱ πιθανότητες ἐπιβιώσεως τοῦ νεογνοῦ.

Ἔδιαιτέρας προσοχῆς χοήζουν ἐν προκειμένῳ αἱ περιπτώσεις τοξιναιμίας, καθ' δύον ἐπιβράδυνσις μὲν τοῦ τοκετοῦ δύναται νὰ προκαλέσῃ τὸν ἐνδομητριον θάνατον τοῦ νεογνοῦ, ἐπιτάχυνσις δὲ αὐτοῦ αὐξάνει τὰς πιθανότητας θανάτου μετὰ τὸν τοκετόν.

Διὰ τὴν παροχὴν τῆς καταλλήλου περιθάλψεως εἰς τὸ πρόωρον νεογνὸν δέον νὰ καταβάλλεται ἡ δέουσα προσοχὴ καὶ ἐπιμέλεια τόσον κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ δύον καὶ μετ' αὐτόν. Κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ τοκετοῦ δέον ν^ο ἀποφεύγωνται τὰ μητροσυσπασικά, ἡ ἀναισθησία ὀρισμένων κατευναστικῶν, δ δεῦτος τοκετός, ἡ παράτασις τοκετοῦ, δ μετασχηματισμὸς καὶ ἔξελκυσμός, ἡ ψυχὴ ἐμβρυούλκια καὶ ἡ καισαρικὴ τομή, νὰ ἐνεργήται εὐρεῖα ἐπισιτομὴ νὰ χορηγῆται βιταμίνη Κ καὶ νὰ καταβάλλεται ἡ δέουσα ἐπιμέλεια πρὸς ἀποφυγὴν τῶν μολύνσεων καὶ τῆς ψύξεως τοῦ νεογνοῦ καὶ ἀναζωγόνησιν αὐτοῦ.

Οσον ἀφορᾶ τὴν μετὰ τὸν τοκετὸν περίθαλψιν τοῦ προώρου νεογνοῦ πρέπει νὰ παρέχεται ἡ ἀπαίτουμένη εἰδικὴ περίθαλψις.

C O N C L U S I O N S

The author, after a thorough exposure of his personal observations draws the following conclusions :

A. Causes of premature labor

1. In more than the half of the cases the cause of the delivery of a premature born baby is not found.

2. In those cases in which the cause is recognized, the twin labor comes first in order, followed by toxæmia pregnancy, early detachment of the placenta, acute and chronic diseases of the mother bodily fatigue and placenta praevia. Given that syphilis was recognized in only two out of 759 personal cases we do not consider it to constitute the usual cause of premature labor, as it was previously believed.

3. The unfavourable economical and social conditions of mother's life are accounted for the delivery of premature born babies.

Among parturient women, under unfavourable economical conditions, one may observe an increased percentage of delivery of congenitally debilitated premature baby (full term labor).

4. There exists also a seasonal influence exerted on the premature labor, an increased percentage being observed during summer and winter as compared to spring and autumn.

B. Physiological manifestations and morbidity of the premature born.

1. The physiological and pathological manifestations of the premature babies are generally identical to those of the normal newborn and differ only in the extent in which the immaturity of development differentiated the physiological reaction in the different physiological and pathological causes.

2. The kind of delivery has a direct relation to the manifestation of certain morbid symptoms as the cerebral hemorrhage, the anoxia etc.

3. The morbidity of the premature babies during the last years has been greatly reduced owing to the improved care taken for the premature born babies.

C. Mortality

The main causes of death in premature born babies is prematurity, pneumonia associated with atelectasis, infections, cerebral hemorrhage followed by the maldevelopment and anoxia.

The highest percentage of death is observed during the first 24 hours. Death following atelectasis, anoxia and intracranial hemorrhage almost always occurs the first three postpartum days and afterwards the occurring deaths are due to infection.

Consequently the lowering of the mortality rate of the premature born babies is obtained on the one hand by the skill and care of the obstetrician during delivery in order to prevent deaths from intracranial hemorrhage and intrauterine anoxia and atelectasis and on the other hand by the improved care given to the premature baby and particularly the thorough maintenance of aseptic conditions, for the prevention of infections.

General conclusions

The decrease of mortality due to the prematurity generally may be obtained:

- a) by reducing the causes of premature labor.
- b) by a skillful and careful management of the delivery on behalf of the obstetrician and
- c) by an appropriate care taken for the prematurely delivered babies.

The reduction of the cases of premature labor can be achieved by the improvement of the mother's social conditions and the organization of a systematic follow up of the pregnant women for a diagnosis established in time and the elimination of the causes of the premature labor.

A special care must be taken for the mother's diet and rest, the existence of appropriate means for the treatment of toxemia, cardiac diseases, hemorrhage and threatened premature labor etc.

In those cases where premature labor is induced it must be carried out only in cases with a definite and indispensable indication, given that the sooner the delivery is achieved the more the possibilities for a survival of the newborn are reduced.

A special attention is actually drawn on cases of toxemia, since a prolonged labor, may cause the intrauterine death of the foetus. Whereas a premature delivery may increase on the other hand the possibilities of a postpartum death of the baby.

Due attention must be paid both during labor and post-partum aiming to afford the appropriate care to the premature baby. During labor one may avoid the oxytocics, the anesthesia the use of certain sedatives, the acute labor the protraction and the version, the high forceps delivery, and the caesarian section. A wide episiotomy must be performed, Vitamin K administered and due care must be taken to avoid the infections and the dill of the newborn. A careful resuscitation of the newborn is also essential.

As to the postpartum care of the premature born babies the special and appropriate treatment is required.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Arava - Whlte: Amer. Heart Jour. 25:449 (1943).
- Arey: Jour. of ped. 1946 I (418). The study of premature infants observed in a private hospital before and after the establishment of a prematurity nursery.
- Boesen: Nord. med. 37:418 (1948).
- Brander: Finska läk-sällsk hande 81:1010 (1938). Am. J. of ch. 1940. Causes of prem. birth.
- Brooks-Cass-Chinnock: Amer. J. of dis 83/5 (642) Premature infant mortality.
- Cross-Mary: The premature Baby the Blakiston Company Philadelphia 1946.
- Ellis: Edinburgh M. J. 55:321 (1948).
- Ferris-Toschach: Amer. Jour. of U.S. 222:40 (1951).
- Fischer-Ban: Klin. Wchnschr. 10:1354 (1931).
- Gerloczy-Navori: Am. J. of dis. 1949 (928). Administration of vit E to premature infants as a prevention measure.
- H. Hersienberger: Amer. J. of dis 1934 II (683) Cure and prevention of rickets in premature infants with tungsten filament radiation.
- J. Gruber: Jour. of ped. 35/1 (70) Hospital progress of 992 premature infants fed evapored milk-carbohydrate mixture.
- H. Heybroek: Maandschr v. Kindergeneesk 2:152 (1933) Am. J. of dis. 1937 (179) premat. children and their care.
- Holt: Acta paediat. 1949 (305) Am. J. of dis. 1943 fat metabolism of premature infants.
- Houlihan: Practitioner 130:608 (1933).
- Imfeld: Am. paediatr. 157:47 (1941) Am. J. of dis. 1945 (939) premature death rate in the Clinic at Basle.
- Keizer: Am. J. of dis. 1940 I (169).
- Levine-Gordon: Am. J. of dis. 1942 II (274).
- E. Meynier: Lattante 10:427 (1936) Am. J. of dis. 1949 II (182) the immature newborn.
- Möeller: Acta. paediatrica 1950 1-2 (120).
- Moser: An. ped. 178:1 (1952).
- E. Plattner & H. Gala: Am. J. of dis. 1950 (769) An. analysis of mortality rates in premature infants.
- E. L. Potter: Pathology of the fetus and the newborn Chicago 1952.
- Raeihae: Acta paed. 28:27 (1940) Am. J. of dis. 1942 (665) infant mortality and prematurity.
- H. Siedentoph: München Med. Wchnsch. 84:884 (1937) Am. J. of dis. 1938 (1350) mortality among premature infants.
- Reardon-Wilson-Graham: Am. J. of Ch. dis. 81/1 (99).
- Stork: Arch. f. Kindery 99:109 (1933) Am. J. of dis. 1933.
- Tyson: Jour. of ped. 1946 I (648) 15 hear study of prematurity.
- Waddy: Clin. Reg. Adelaide Hosp. 2:48 (1951).
- Walace-Bau Gartner-Park: Pediatrics 1:66 (1948).
- Ylppo: Textbook of Paediatrics.

