

1

Γενική επισκόπηση

Νικόλαος Κ. Γκότσης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	17
1. Επισκόπηση κεφαλής	18
2. Επισκόπηση τραχήλου	27
3. Επισκόπηση άνω άκρων	28
4. Επισκόπηση θώρακα	30
5. Επισκόπηση κοιλίας	32
6. Επισκόπηση οσφυοϊεράς χώρας και κάτω άκρων	35

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αποτελεί αναμφισβήτητα την πιο παλιά μέθοδο εξετάσεως των αρρώστων και τον αρχικό τρόπο, για να σχηματίσει κανείς ιατρικές εποπτικές εικόνες. Διατηρεί, κατά γενική ομολογία, το χαρακτηριστικό της πολυτιμότερης και αποδοτικότερης μεθόδου, πέρα από κάθε άλλη μεθοδολογική πρόοδο.

Με την επισκόπηση όχι μόνο επιτυγχάνεται η διαπίστωση πληθώρας παθολογικών ευρημάτων (στο σημείο αυτό υπερτερεί από κάθε άλλη κλινική ή παρακλινική μέθοδο αντικειμενικής εξέτασεως), αλλά επιπλέον ο άρρωστος κατά τη διάρκεια της επισκοπήσεως των ακάλυπτων μερών του σώματος δεν έχει επίγνωση ότι εξετάζεται και επομένως τα ευρήματα δε μεταβάλλονται από ψυχολογικούς παράγοντες. Συνήθως προηγείται από τη συστηματική επισκόπηση η θερμομέτρηση, εξέταση του σφυγμού και της αναπνοής και η μέτρηση της αρτηριακής πίεσεως.

Η επισκόπηση του αρρώστου αρχίζει φυσιολογικά από την πρώτη στιγμή της συναντήσεώς του με το γιατρό, οπουδήποτε, οπότε και γίνονται οι πρώτες παρατηρήσεις με τη γενική κατάσταση. Πολλές φορές από την ώρα που θα ανοίξει ο άρρωστος την πόρτα του ιατρείου ο οξυδερκής και έμπειρος γιατρός μπορεί να διακρίνει πολύτιμα διαγνωστικά στοιχεία, που καμιά φορά είναι τόσο λεπτά και δυσδιάκριτα, ώστε να γίνονται αντιληπτά μόνο με την αρχική παρατήρηση. Λόγου χάρη, ελαφρά αλλά χαρακτηριστική κακοσμία της αναπνοής ή του ιδρώτα του αρρώστου γίνεται αντιληπτή με την είσοδό του στο συγκεκριμένο χώρο, ενώ μετά από ολιγόλεπτη παραμονή αυτό είναι αδύνατο.

Η επισκόπηση πραγματοποιείται ασφαλώς με την όραση. Πολλές φορές όμως απαιτείται και η βοήθεια της αφής και της οσφρήσεως. Δε θα ήταν καθόλου υπερβολή να ισχυρισθεί κανείς ότι πρέπει να συμμετέχουν όλες οι αισθήσεις του εξεταστή. Είναι η αρχή μιας κοπιώδους προσπάθειας να ταυτισθεί σχεδόν ο γιατρός με τον άρρωστο και τη νόσο του. Τελικά, είναι βέβαιο ότι συμμετέχει και η έκτη αίσθηση του καλού και έμπειρου κλινικού γιατρού. Η ανάγκη συστηματικότητας κατά την επι-

σκόπηση αποδεικνύεται από τα ακόλουθα δύο χαρακτηριστικά παραδείγματα. Η παράλειψη της επισκοπήσεως του τριχωτού της κεφαλής σε περίπτωση **ερυσιπέλατος** στην περιοχή αυτή κάνει αδύνατη τη διάγνωση, που διαφορετικά είναι πάρα πολύ εύκολη. Το ίδιο συμβαίνει στην περίπτωση του **οξώδους ερυθήματος**, εάν παραλειφθεί η επισκόπηση των κνημών. Και στις δύο περιπτώσεις ο άρρωστος ελάχιστα κατατοπίζει με την αφήγηση, περιγράφοντας στην πρώτη περίπτωση έντονη κεφαλαλγία, που εύλογα αποδίδεται στον υψηλό πυρετό, ενώ στη δεύτερη αποσιωπώντας το εξάνθημα, γιατί το θεωρεί άσχετο με την πυρετική κίνηση, για την οποία ζητεί την ιατρική βοήθεια.

Απόστημα γλουτού από ενδομυϊκή ένεση θεωρήθηκε εμπύρετο νόσημα αγνώστου αιτιολογίας επί δύο ολόκληρες εβδομάδες, επειδή δεν έγινε επισκόπηση γλουτών.

Αυτό συμβαίνει συχνά, όσο κι αν φαίνεται περίεργο. Γενικά η επισκόπηση πρέπει να επεκτείνεται κυριολεκτικά από «το κεφάλι μέχρι τα νύχια», γιατί δεν υπάρχει μέρος του σώματος, που να μην είναι δυνατό να δώσει πληροφορίες για τις εσωτερικές παθήσεις και γιατί βρίσκει κανείς μόνο ό,τι περιλαμβάνεται στις διαγνωστικές σκέψεις του. Το φαύλο αυτόν κύκλο, ο οποίος δημιουργείται από την εξάρτηση των αναζητήσεων από τις διαγνωστικές απόψεις και αυτών πάλι από τα πορίσματα των αναζητήσεων, τον εξουδετερώνει η καθολικότητα της εξετάσεως την οποία εξασφαλίζει η διεξαγωγή της με προκαθορισμένο σύστημα.

Η συναγωγή συμπερασμάτων με τη σύγκριση αντίστοιχων περιοχών ισχύει και στην επισκόπηση, όχι όμως απόλυτα, γιατί πολλές από τις παραλλαγές από το κανονικό είναι καθολικές, όπως π.χ. οι μεταβολές της χροιάς του δέρματος καθώς επίσης και γιατί το κατά φύση είναι πολύ οικείο στο γιατρό και επομένως ικανοποιητικό μέτρο συγκρίσεως. Η συγκριτική μέθοδος χρησιμοποιείται για την εκτίμηση μονόπλευρων μεταβολών όγκου, μήκους και λειτουργικής αποδόσεως.

Από τους εξωτερικούς παράγοντες που επηρε-

άζουν τα διάφορα ευρήματα ιδιαίτερη σημασία έχει ο φωτισμός. Ο άνισος καταμερισμός του φωτός στις συγκρινόμενες περιοχές οδηγεί στην ψεύτικη εντύπωση ότι η πλευρά που φωτίζεται εντονότερα είναι μεγαλύτερη από την άλλη. Αλλά και το είδος του φωτισμού πρέπει να είναι κατάλληλο. Η ικτερική χροιά, ακόμη και η έντονη, δε γίνεται αντιληπτή με τεχνητό φως, ενώ εξάλλου είναι γνωστή η βαθιά μεταβολή στο χρώμα του δέρματος που προκαλεί ο φωτισμός με λάμπα φθορίου.

Αφού η επισκόπηση δεν επηρεάζει το αντικείμενο της εξετάσεως (αντίθετα από άλλες μεθόδους), δεν είναι δυνατό να οδηγεί σε τεχνητές ανωμαλίες. Δημιουργούνται όμως μερικές από εξωτερικούς παράγοντες όπως π.χ. η ανισοκορία (ανισομεγέθεις κόρες) από ανισότιμο φωτισμό.

Φυσιολογικές παραλλαγές, που θεωρούνται παθολογικά ευρήματα, συναντώνται συχνά και αφορούν κυρίως σε μεταβολές του χρώματος (χροιάς) του δέρματος ή του βλεννογόνου των χειλέων. Άλλες φορές χαρακτηρίζονται από λάθος ως οιδηματώδη τα βλέφαρα που είναι απλώς χαλαρότερα από το συνηθισμένο. Για να αποφευχθούν τέτοια σφάλματα, είναι σκόπιμο να ερωτηθεί σχετικά ο άρρωστος ή να ζητηθεί παλιά φωτογραφία του.

Επισκοπικά ευρήματα

Τα ευρήματα από την επισκόπηση διαπιστώνονται σχετικά εύκολα με την προϋπόθεση ότι υπάρχουν οι βασικές γνώσεις και η σχετική πείρα.

Η επισκόπηση περιλαμβάνει συγκεκριμένα την επι μέρους λεπτομερή παρατήρηση:

1. Κεφαλής
2. Τραχήλου
3. Άνω άκρων
4. Θώρακα
5. Κοιλίας
6. Κάτω άκρων και οσφυοϊεράς χώρας

Δεν πρέπει ασφαλώς να παραλείπεται η παρατήρηση της γενικής κατασκευής του σώματος, καθώς επίσης της στάσεως και του βαδίσματος. Τα ανάλογα όμως ευρήματα, κυρίως για διδακτικούς λόγους, είναι προτιμότερο να αναφέρονται στα επιμέρους κεφάλαια της εσωτερικής παθολογίας.

1. Επισκόπηση κεφαλής

Κατά τη συνολική επισκόπηση της κεφαλής είναι δυνατό να διαπιστωθούν εκ πρώτης όψεως διάφορες ανωμαλίες που αφορούν στη θέση της, όπως συμβαίνει στο **ραιβόχρονο**. Μπορεί επίσης να δια-

κρίνονται διογκώσεις οργάνων, όπως είναι οι παρωτίδες, φλεγμονώδεις διογκώσεις οργάνων, όπως είναι τα περιοδοντικά αποστήματα ή ακόμη διάφοροι νεοπλασματικοί όγκοι.

Κατά την επισκόπηση του τριχωτού της κεφαλής επιβάλλεται η αναζήτηση σε ανεξήγητες πυρετικές καταστάσεις **ερυσιπελατώδους πλάκας**, δοθιήνων ή άλλων φλεγμονωδών αλλοιώσεων του δέρματος. Επίσης η αναζήτηση στοιχείων ψωρίασεως και ιδιαιτέρως, όταν συνυπάρχουν ή έχουν προηγηθεί κλινικές εκδηλώσεις αρθριτιδός.

Γενικότερου ενδιαφέροντος είναι ορισμένες ειδικές μορφές **αλωπεκίας**, όπως η σφυλιδική σε μικρές δεσμίδες, η γυροειδής κατά πλάκες, η αλωπεκία σε δηλητηριάσεις από αρσενικό κ.ά.

Ξηρότητα και ευθραυστότητα των τριχών παρατηρείται στο **μυξοίδημα**, όπως επίσης πτώση ή αραίωση των φρυδιών.

Πτώση του έξω ημίσεος των φρυδιών παρατηρείται στη λέπρα. Έλλειψη αναπτύξεως του γενείου και του μύστακος στους άρρενες σημαίνει ευνοχοειδισμό ή γενικότερα υπολειτουργία των όρχων ως προς την παραγωγή ανδρογόνων ορμονών από το φλοιό των επινεφριδίων. Ανάπτυξη γενειάδας και αραιού μύστακος στις γυναίκες παρατηρείται συχνά μετά το κλιμακτήριο, καθώς και σε σύνδρομο ανδροποίησης (σύνδρομο Cushing).

Πρέπει να σημειωθεί όμως ότι η υπερτρίχωση του προσώπου που παρατηρείται πολλές φορές σε νεαρές γυναίκες είναι ως επί το πλείστον άσχετη με παθήσεις του φλοιού των επινεφριδίων ή κάποιου άλλου ενδοκρινούς αδένου, συμβιβάζεται με εντελώς άρτια γεννητική λειτουργία και έχει σημασία απλώς αισθητική.

Χαρακτηριστικά προσωπεία. Παρατηρούνται με ιδιαίτερη προσοχή οι μορφολογικοί χαρακτήρες του προσώπου τα «χαρακτηριστικά», όπως συνήθως αναφέρονται.

Είναι δυνατό να διαπιστωθούν τοπικές και χρήσιμες από διαγνωστικής απόψεως ανωμαλίες ή χαρακτηριστικά προσωπεία που μπορεί και να μεταβάλλονται με την επίδραση διαφόρων παθολογικών παραγόντων.

Στη **μογγολοειδή ιδιοτία** η φυσιολογία θυμίζει άτομα μογγολικής φυλής (αυτό υποσημαίνει και ο όρος) και είναι τόσο τυπική, ώστε επιτρέπει τη διάγνωση από την πρώτη ματιά και αφήνει την εντύπωση ότι όλοι όσοι πάσχουν είναι σωσίες. Οι πιο χαρακτηριστικές ανωμαλίες είναι η βραχύτητα των βλεφαρικών σχισμών (οι οποίες έχουν λοξή φορά προς τα κάτω και μέσα και καλύπτονται στον

έσω κανθό από κατακόρυφη δερματική πτυχή, τη μογγολική πτυχή ή επίκανθο), η κοντή και πλατιά μύτη με πιεσμένη ρίζα, το μισάνοιχτο στόμα, η οσχεοειδής γλώσσα που προεξέχει με ανώμαλη επιφάνεια (όπως αυτή του οσχέου), τα αυτιά με ασυνήθιστο σχήμα και μέγεθος και το αραιό και κοκκινωπό τρίχωμα.

Στον **ενδημικό κρετινισμό**, που αποτελεί ποικιλία πολύ πρώιμου παιδικού μυξοιδήματος, το προσώπιο των ασθενών είναι επίσης χαρακτηριστικό. Μπορεί να συνοδεύεται από βρογχοκήλη και μικρομελικό νανισμό. Η νόσος ήταν συχνή σε περιοχές που χρησιμοποιούσαν το φτωχό σε ιώδιο μαγειρικό αλάτι των ορυχείων αντί για το ιωδιούχο των αλυκών.

Στον εσωτερικό υδροκέφαλο, λόγω αυξήσεως του υγρού των κοιλιών του εγκεφάλου, αξίζει να αναφερθεί η μορφή της ιδιωτίας. Πρόκειται δηλαδή για στένωση του κρανίου από πρώιμη συνοστέωση των ραφών του και ιδιαίτερος της στεφανιαίας, κατά τη διάρκεια της ενδομητρίου ζωής ή κατά τους πρώτους μετεμβρυικούς μήνες αντί για το 30-40ο έτος της ηλικίας φυσιολογικά.

Η διαταραχή της αναπτύξεως του σκελετού της κεφαλής που προκύπτει είναι η αναστολή της αυξήσεως των οστών κάθετα προς την ραφή και η δημιουργία έτσι του λεγόμενου **πυργοειδούς κρανίου**.

Στον **ιδιοσυσταστικό αιμολυτικό ίκτερο** (στις μισές περιπτώσεις περίπου) παρατηρείται πυργοειδές κρανίο με μογγολοειδή χαρακτηριστικά που μόλις διακρίνονται.

Στη **μεσογειακή αναιμία του Cooley**, αλλά και σε άλλες ποικιλίες αιμολυτικών ερυθροπαθειών, παρατηρείται παρόμοια διαμόρφωση κρανίου με έκδηλα τα μογγολοειδή χαρακτηριστικά.

Στο **μυξοίδημα**, το καθολικό αλλά αρκετά έκδηλο οίδημα και ιδιαίτερος αυτό που εντοπίζεται στα βλέφαρα ή τα χείλη μεταβάλλει βαθιά τη φυσιολογία των αρρώστων. Το χαρακτηριστικό προσώπιο παραμένει αλησιμόνητο σ' αυτόν που θα δει έστω και μια φορά περιστατικό σε πλήρη ανάπτυξη.

Στην **έντονη αφυδάτωση** παρατηρεί κανείς εκκρίση της μύτης και των χειλέων, προξέχοντα μύλα, κοίλες κόγχες, μελανούς κύκλους γύρω από τα μάτια και σκαμμένα μάγουλα. Πρόκειται για το Ιπποκρατικό προσώπιο που διαμορφώνεται σε διάχυτο περιτοναϊκό ερεθισμό, έντονο διαρροϊκό σύνδρομο, διαβητικό κώμα κ.λ.π.

Σε όλους είναι γνωστή η επίδραση της θρέψεως στα χαρακτηριστικά του προσώπου. Χαρακτηριστικό εξαιτίας της παχυσαρκίας στο πρόσωπο εί-

ναι το προσώπιο στο **σύνδρομο Cushing**.

Με την πρώτη ματιά μπορεί να διαγνωσθεί η **παράλυση του προσωπικού νεύρου** και η μεγαλακρία με τα χαρακτηριστικά τους προσώπια. Στη **στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας** διαμορφώνεται με την πάροδο του χρόνου το λεγόμενο **μιτροειδικό προσώπιο**. Παρατηρείται έκδηλη ερυθρότητα των μύλων του προσώπου και σκούρο κόκκινο χρώμα των χειλέων που έρχονται σε αντίθεση με το ωχρό χρώμα του υπολοίπου προσώπου (Εικ. 1.1).

Κατά τα **αρχικά στάδια της κίρρωσης του ήπατος** δε διακρίνονται χαρακτηριστικά σημεία στο πρόσωπο των αρρώστων, εκτός βέβαια από εκείνα του χρονίου αλκοολισμού, όταν συνυπάρχει. Δηλαδή τηλαγγειεκτασίες (αστεροειδείς κηλίδες) στο πρόσωπο, πάχυνση της μύτης και διάχυτη ερυθρότητα του προσώπου. Στα προχωρημένα όμως στάδια της νόσου παρατηρείται απίσχναση και σκούρο κίτρινο χρώμα του προσώπου.

Στην **καροτινοδερμία** διαπιστώνεται το κίτρινο χρώμα του προσώπου, χωρίς όμως να επεκτείνεται στο σκληρό χιτώνα των ματιών και στο βλεννογόνο του στόματος.

Στους πάσχοντες από τέτανο παρατηρείται ο χαρακτηριστικός **«σαρδώνιος γέλος»** που μαζί με την ιδιάζουσα στάση του σώματος σαν τόξο αποτελούν και μόνιμο διαγνωστικό σημείο. Το προσώπιο αυτό του μόνιμου μειδιάματος δημιουργείται από την τετανική σύσπαση των μυών του προσώπου, ενώ παράλληλα προκαλείται και ο **τρισμός** από τη σύσπαση των μασητήρων.



Εικόνα 1.1. Μιτροειδικό προσώπιο

Στη νόσο του Parkinson παρατηρείται το **παρκινσονικό προσώπιο**. Οφείλεται στη μυϊκή δυσκαμψία και χαρακτηρίζεται από την ακινησία των μυών του προσώπου, το οποίο με τους ανοικτούς οφθαλμούς και το προσηλωμένο βλέμμα γίνεται ανέκφραστο. Οι οφθαλμοί όμως διατηρούν την κινητικότητά τους και στρέφονται γρήγορα προς την κατεύθυνση που επιθυμεί να παρατηρήσει ο άρρωστος, πριν ακόμη στραφεί η κεφαλή.

Σημαντικής διαγνωστικής αξίας είναι οι ποικίλες μεταβολές της χροιάς του δέρματος που γίνονται εύκολα αντιληπτές κατά την επισκόπηση του προσώπου, καθώς επίσης ορισμένα χαρακτηριστικά εξανθήματα, στοματίτιδες, οιδήματα και διάφορα άλλα ιδιαίτερα ευρήματα.

Κυάνωση. Ονομάζεται έτσι η κυανωπή χροιά του δέρματος και ορατών βλεννογόνων, που είναι άλλοτε καθολική και άλλοτε εντοπίζεται σε περιγεγραμμένη μοίρα του σώματος, στο πρόσωπο, στα χείλη ή σε κάποιο από τα άκρα (τοπική κυάνωση). Ακόμη στο ακρορρόνιο, στα περύγια των ώτων και στις ονυχοφόρους φάλαγγες των άκρων χειρών και ποδών.

Κατά γενικό κανόνα η κυάνωση είναι εμφανής, όταν το ποσό της αναχθείσης αιμοσφαιρίνης υπερβαίνει τα 5-5,5 γρ. %.

Πρέπει όμως να αναφερθεί ιδιαίτερος ότι για να προκληθεί κυάνωση, έχει σημασία το απόλυτο και όχι το σχετικό ποσό της αιμοσφαιρίνης που έχει αναχθεί.

Γι' αυτό σε περιπτώσεις έντονης αναιμίας, αν και η ποσότης της αναχθείσης αιμοσφαιρίνης είναι σχετικά μεγάλη σε σχέση με την ολική ποσότητα της αιμοσφαιρίνης, δεν εμφανίζεται κυάνωση, επειδή ακριβώς το συνολικό ποσό της αναχθείσης αιμοσφαιρίνης είναι συνήθως πολύ μικρότερο από την οριακή τιμή των 5,5 gr %. Το αντίθετο συμβαίνει σε περιπτώσεις πολυκυτταραιμίας. Επειδή όσο μεγαλύτερο είναι το ποσό της ολικής αιμοσφαιρίνης, τόσο μεγαλύτερη είναι και η τάση για εμφάνιση κυανώσεως.

Συνηθίζεται να διακρίνονται δύο τύποι κυανώσεως. Ο **κεντρικός** και ο **περιφερικός**. Στον κεντρικό τύπο υπάρχει πλημμελής κορεσμός του αρτηριακού αίματος σε οξυγόνο ή ελαττωματική αιμοσφαιρίνη και κατά συνέπεια είναι κυανωτικοί και οι βλεννογόνοι και το δέρμα. Στον περιφερειακό τύπο υπάρχει επιβράδυνση της ροής του αίματος σε μια συγκεκριμένη περιοχή και υπέρμετρη απώλεια οξυγόνου από το φυσιολογικός κορεσμένο αρτηριακό αίμα. Μπορεί να συμβαίνει με την έκθεση

στο κρύο, στη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, στην καταπληξία, αλλά και σε νόσους των περιφερικών αγγείων. Στις περιπτώσεις αυτές ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας ή της περιοχής που βρίσκεται κάτω από τη γλώσσα έχει χροιά φυσιολογική.

Η διάγνωση της **τοπικής κυανώσεως** είναι προφανώς εύκολη, όταν εντοπίζεται στο ένα από τα δύο άκρα, όπως π.χ. συμβαίνει στη θρομβοφλεβίτιδα της κεντρικής φλέβας του άκρου. Είναι κάπως δυσκολότερη, όταν εμφανίζεται και στα δύο κάτω άκρα, όπως στη θρόμβωση ή τη συμπίεση της κάτω κοίλης φλέβας. Πιο δύσκολη ακόμη γίνεται η διάγνωση της τοπικής κυανώσεως, όταν εντοπίζεται αποκλειστικά στο πρόσωπο (συμπίεση ή σπανιότερα θρόμβωση της άνω κοίλης φλέβας). Η τοπική κυάνωση στο πρόσωπο ή και στα δύο κάτω άκρα θεωρείται πολλές φορές επί μέρους εκδήλωση καθολικής κυανώσεως και όπως είναι επόμενο περιορίζεται η διερεύνηση στους πνεύμονες και την καρδιά εις βάρος συνήθως της λοιπής αντικειμενικής εξέτασεως. Στην τοπική κυάνωση του προσώπου π.χ. η έλλειψη ανάλογης χροιάς από τους όνυχες των χειρών αρκεί για να λυθεί το πρόβλημα. Για να γίνει όμως αυτό, πρέπει να επισκοπηθούν οι όνυχες πράγμα που συνήθως παραλείπεται, με αποτέλεσμα τη διάγνωση (αρκετά συχνά) καρδιοπνευμονικής νόσου, ενώ πρόκειται περί όγκου του μεσοθωρακίου, που αποτελεί και την αποκλειστική σχεδόν αιτία τοπικής κυανώσεως του προσώπου.

Ίκτερος. Ως ίκτερος αναφέρεται η κίτρινη χροιά του δέρματος ή των σκληρών λόγω αυξήσεως των επιπέδων της χολερυθρίνης στο κυκλοφορούν αίμα. Εμφανίζεται πρωιμότερα στους σκληρούς όπου είναι δυνατή και η εντόπιση ίκτερου που μόλις υποσημαίνεται (υπίκτερος). Ο πρώιμος χρωματισμός των σκληρών οφείλεται στην αφθονία της ελαστίνης, η οποία εμφανίζει ειδική συγγένεια με τη χολερυθρίνη (χολερυθρινόφιλος).

Εκτός από τον πραγματικό ίκτερο υπάρχουν και οι λεγόμενοι **ψευδοΐκτεροι**, όπου η κίτρινη χροιά του δέρματος δεν οφείλεται στην εναπόθεση χολερυθρίνης και είναι δύο ειδών. Στην πρώτη κατηγορία, στην οποία η κίτρινη χροιά περιορίζεται μόνο στο δέρμα, περιλαμβάνονται η τροφική καροτιναιμία, σε παιδιά που έφαγαν άφθονα καρότα, η μυξοιδηματική καροτιναιμία, που οφείλεται στην αδυναμία μετατροπής της καροτίνης (προβιταμίνη Α) σε βιταμίνη Α, λόγω ελλείψεως θυρεοειδικής ορμόνης, και η διαβητική ξανθοχρωμία από εναπόθεση στο δέρμα και ιδίως στις παλάμες, τα πέλμα-

τα, τις ρινοχειλικές αύλακες και τις μασχαλιαίες πτυχές διαφόρων λιποχρωμάτων, όπως καροτενίων και κρυπτοξανθίνης. Η διάκριση των ψευδοϊκτέρων της κατηγορίας αυτής από τους πραγματικούς ικτέρους γίνεται αμέσως με επισκόπηση των σκληρών, που διατηρούν την κανονική τους χροιά.

Η δεύτερη κατηγορία, στην οποία η κίτρινη χροιά καλύπτει σε κάποιο βαθμό και τους σκληρούς, είναι αυτή των **φαρμακευτικών ψευδοϊκτέρων** μετά από λήψη μικρών δόσεων πικρικού οξέος ή θεραπευτικών δόσεων ατεμπρίνης για την επίτευξη ψευδούς εικόνας ικτερικού συνδρόμου. Χαρακτηριστική σ' αυτήν είναι η **ξανθοψία**, δηλαδή οπτική παραίσθηση κατά την οποία βλέπει κανείς τα αντικείμενα με χρυσιζουσα απόχρωση. Διακρίνονται από τον πραγματικό ίκτερο από το ότι δεν παρατηρείται εμφανής υπέρχρωση ούρων. Κίτρινη χροιά του δέρματος, που οφείλεται μερικές φορές σε πραγματικό ίκτερο, παρατηρείται στη νόσο του Gaucher (ηπατοσπληνική και οστική εναπόθεση κερασίνης).

Η αναζήτηση της ικτερικής χροιάς επιβάλλεται να γίνεται στο φως της ημέρας, γιατί και έντονος ακόμη ίκτερος είναι δυνατό να μη διαπιστωθεί με τεχνητό φωτισμό.

Ωχρότητα. Η χροιά του δέρματος εξαρτάται από το βαθμό πλήρωσεως των επιπολής φλεβικών πλεγμάτων του χορίου, από την κατάσταση του αίματος στα φλεβόλια και στις μικρές φλέβες και από τη διαφάνεια και περιεκτικότητα σε μελανίνη και καροτίνη των επιπολής στιβάδων του δέρματος.

Η ωχρότητα αναφέρεται όπως είναι ευνόητο σε ολόκληρο το δέρμα, αλλά είναι πιο πρόχειρη επισκοπικώς και πιο εμφανής στο πρόσωπο. Σε άλλες περιπτώσεις είναι εκλεκτική και παρουσιάζει μεγάλο κλινικό ενδιαφέρον. Τα φυσιολογικά άτομα μπορεί να παρουσιάσουν ωχρότητα, όταν το αίμα εκτρέπεται από το δέρμα, ενώ οι αναιμικοί μπορεί να εμφανίσουν ερυθρότητα του προσώπου σε υπερβολική ζέση ή μετά από έντονη συγκίνηση. Τα άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα μπορεί να εμφανίσουν ωχρότητα, ακόμη και χωρίς αναιμία. Αντιθέτως, η ωχρότητα είναι δύσκολο να ανιχνευθεί σε περιπτώσεις έντονης μελαγχρώσεως, όπως π.χ. συμβαίνει στη νόσο του Addison και την αιματόχρωση. Ο ίκτερος επίσης μπορεί να επηρεάσει τη διαπίστωση της ωχρότητας. Κατά συνέπεια η ωχρότητα του δέρματος δεν υποδηλώνει αναγκαστικά αναιμία και είναι λάθος η στήριξη της διαγνώσεως μόνο στο εύρημα αυτό. Εν τούτοις, η ύπαρξη αναιμίας μπορεί να διαπιστωθεί από το χρώμα των πα-

λαμών, του βλεννογόνου του στόματος, της κοίτης των ονύχων και του βλεφαρικού επιπεφυκότος. Το χρώμα των παλαμιαίων πτυχών είναι ένα πολύ χρήσιμο σημείο. Όταν είναι ωχρές, όπως το γειτονικό δέρμα, η αιμοσφαιρίνη του ασθενούς συνήθως είναι κάτω από 7 gr%. Ωχρότητα του προσώπου παρατηρείται σε χρόνια νεφρίτιδα και κακοήθη υπέρταση. Άλλη περίπτωση ωχρότητας του προσώπου που δεν οφείλεται σε αναιμία είναι αυτή που συνοδεύει χαρακτηριστικά τις φυματιώδεις εντοπίσεις στον πνεύμονα ή αλλού.

Η ωχρότητα σε αναιμίες συνοδεύεται σταθερά από υποκίτρινη απόχρωση, εντονότερη στην κακοήθη και τις απλαστικές.

Από την ωχρότητα πρέπει να διακρίνεται η αλαβάστρινη χροιά του δέρματος, που παρατηρείται φυσιολογικά σε ξανθά άτομα με γαλανά μάτια -κυρίως νεαρές γυναίκες- καθώς και σε εφήβους με τη σχεδόν φυσιολογική προηβική παχυσαρξία.

Ερυθρότητα. Ερυθρή χροιά του προσώπου (όπως το κεράσι) παρατηρείται στη **δηλητηρίαση με μονοξειδίο του άνθρακος** (δηλητηρίαση από κάρβουνα ή υγραέριο). Αξίζει να σημειωθεί ότι η κερασόχρους αυτή απόχρωση παρατηρείται και στις χρόνιες δηλητηριάσεις παρά την αναιμία που συνυπάρχει.

Ανοιχτή ερυθρή χροιά σε ολόκληρο το δέρμα ή στο πρόσωπο ή μόνο στις παρειές και το μέτωπο παρατηρείται σε **σακχαρώδη διαβήτη** (διαβητική ερυθροδερμία), βαθύτερη κάπως σε **ιδιοπαθή υπέρταση**, που αποκλίνει προς το βαθύ κόκκινο με κάποιο βαθμό κυανώσεως σε υπερερυθραιμία. Όμοια χροιά σε εντοπισμένη μορφή παρατηρείται στα εκτεθειμένα μέρη σε ναυτικούς και γεωργούς και στη μύτη σε αλκοολικούς. Έντονη υπεραϊμία του προσώπου παρατηρείται σε πρόσφατη αποπληκτική προσβολή και με κάποια μελάγχρωση στο **σύνδρομο Cushing**. Παροδική τέλος υπεραϊμία του προσώπου, του τραχήλου και της πρόσθιας άνω επιφάνειας του θώρακα σημειώνεται σε ευσυγκίνητα άτομα και στις αγγειοκινητικές διαταραχές που συνοδεύουν το κλιμακτήριο. Συνηθισμένη τέλος είναι η υπεραϊμία του προσώπου σε εμπύρετα νοσήματα, ενώ χαρακτηριστική είναι στον εξανθηματικό τύπο εξαιτίας της εκτάσεώς της.

Μελάγχρωση. Οι υπερχρώσεις του δέρματος, με εξαίρεση την κυάνωση και την ικτερική ή ψευδοϊκτερική χροιά, οφείλονται είτε σε αυξημένη παραγωγή μελανίνης είτε σε εναπόθεση αιμοσιδηρίνης ή εξωγενείς χρωστικές ουσίες.

Υπερχρώσεις από αυξημένη παραγωγή μελανί-

νης παρατηρούνται φυσιολογικά με έκθεση στον ήλιο, θερμά επιθέματα και στις θέσεις τριβής.

Μελάγχρωση επίσης παρατηρείται μετά από παρατεταμένη ακτινοθεραπεία για κακοήθεις νεοπλασίες, που περιορίζεται στην περιοχή που ακτινοβολήθηκε, μετά την αποδρομή διαφόρων δερματοπαθειών και στους πάσχοντες από ψώρα.

Συνηθισμένη μελάγχρωση και με αισθητική μάλλον σημασία είναι το χλόασμα («μέλασμα») που παρατηρείται από τον τρίτο μήνα της κύησης, στο κλιμακτήριο και μερικές φορές σε νεαρές γυναίκες που δεν κνοφόρησαν, με επίταση στην προεμμηνορρυσιακή φάση. Εντοπίζεται εκλεκτικά στα μάγουλα, το μέτωπο και το πηγούνι, είναι σκοτεινόφαιο και καταλήγει στο φυσιολογικό δέρμα με κυρτή προς το υγιές πολυκυκλική γραμμή. Αυτό είναι το διακριτικό γνώρισμα από τη λεύκη, η οποία ορίζεται με κοίλα τόξα και η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως φυσιολογικό δέρμα με υπέρχρωση γύρω, ενώ συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο.

Σημαντικότερη διαγνωστική αξία παρουσιάζουν: α) μελάγχρωση σε μορφή χλοάσματος στην **κίρρωση του ήπατος**, β) το **μελαγχρωματικό ξηρόδερμα** (Xeroderma Pigmentosum), που μοιάζει με ακτινοδερματίτιδα, εμφανίζεται από τα πρώτα έτη της ζωής και επιπλέκεται συνήθως από επιθηλώματα, γ) η **ωχρονοσία** με τις φαιές, καφέ ή μαύρες πλάκες ή διάχυτη υπέρχρωση στα πτερύγια των αυτιών, τους σκληρούς και τις φαλαγγικές αρθρικές επιφάνειες και συνοδεύεται από παραμορφωτική αρθροπάθεια και αρτηριοσκληρόνωση. δ) Τέλος η **μελανωτική ακάνθωση** (υπερτροφία των θηλών σαν δέρμα χήνας με μελάγχρωση acanthosis nigricans), που εντοπίζεται στις μασχालιαίες πτυχές και γύρω από τα γεννητικά όργανα.

Ιδιαίτερη κλινική σημασία, εξαιτίας της σοβαρότητας αλλά και της δυνατότητας αποτελεσματικής θεραπευτικής βοήθειας, παρουσιάζουν δύο παθολογικές αυξήσεις της μελανίνης του δέρματος, ο **χαλκόχρους διαβήτης** (αιμοχρωμάτωση) και η νόσος του **Addison**.

Στην πρώτη περίπτωση πρόκειται για διαταραχή της απορρόφησης του σιδήρου με εναπόθεση αιμοσιδηρίνης σε διάφορους ιστούς που οδηγεί ενδεχομένως σε ηπατοπαγκρεατική σκλήρυνση (κίρρωση του ήπατος και σακχαρώδη διαβήτη). Καθώς επίσης και για εναπόθεση κυρίως μελανίνης και λιγότερο αιμοσιδηρίνης στο δέρμα που παίρνει κυανωπή ή μελανή απόχρωση.

Στη δεύτερη, που οφείλεται σε καταστροφή του επινεφριδικού ιστού φυματιώδους κυρίως αιτιολο-

γίας, εκτός από την αυξημένη εμφάνιση εφηλίδων, την υπέρχρωση παλαιών ουλών και την αρκετά εκτεταμένη και ομοιογενή υπέρχρωση του δέρματος, υπάρχει χαρακτηριστική **μελανοπλακία**, δηλαδή μελανές κηλίδες στο βλεννογόνο των χειλέων και των παρειών, στα ούλα και τη γλώσσα. Χαρακτηριστική μελανοπλακία επιτρέπει τη διάκριση της νόσου του Addison από άλλες παθολογικές μελανοδερμίες, δεν επιβάλλει όμως τη διάγνωση της νόσου, γιατί αποτελεί φυσιολογικό γνώρισμα των Νέγρων, των Τσιγγάνων και γενικά μελαχρινών ατόμων. Επομένως αποτελεί παθολογικό σύμπτωμα της νόσου του Addison, μόνο όταν παρατηρείται σε ξανθά άτομα, είναι αποδεδειγμένα πρόσφατη ή κατά τη διάρκεια της παρατήρησης διαπιστώνεται εμφάνιση νέων πλακών ή εντοπίζεται στη γλώσσα, την οποία συνήθως δεν προσβάλλει η φυσιολογική μελανοπλακία.

Μελανοδερμίες από εναπόθεση στο δέρμα αιμοσιδηρίνης παρατηρούνται σε υποδόρια αιματώματα ή ενδοδερμικές αιμορραγίες.

Μελανοδερμίες από εξωγενείς χρωστικές ουσίες αναπτύσσονται μετά από παρατεταμένη εισαγωγή στον οργανισμό αλάτων βαρέων μετάλλων. Η πιο γνωστή απ' αυτές είναι η **αργυρίαση**, που παρατηρείται ύστερα από επανειλημμένες ενσταλάξεις στη μύτη ή τα μάτια αργυρούχων διαλυμάτων και προκαλεί κυανωπή χροιά του δέρματος, ιδιαιτέρως στο πρόσωπο, στη βάση των νυχιών και στους σκληρούς. Σπανιότερη είναι η χρυσίαση (ύστερα από χρυσοθεραπεία σε χρόνιες αρθροπάθειες), μελανοδερμία από αρσενικό κ.ά.

Αναφέρεται ακόμη η κυανή κηλίδα στην επιφάνεια του ιερού οστού, που παρατηρείται σε παιδιά και εξαφανίζεται με την πρόοδο της ηλικίας και η κυανομέλανη ή κυανοπράσινη χροιά στα βλέφαρα σε κατάγματα της βάσεως του κρανίου. Επίσης γύρω από τον ομφαλό σε ρήξη εξωμητρίου κύησης και σε αιμορραγική παγκρεατίτιδα (σημείο των Grey-Turner).

Τοπική εναπόθεση μελανίνης (με σταθερή και υπέρογκη παραγωγή και εναπόθεση της χρωστικής στους διάφορους ιστούς και ιδιαιτέρως στο ήπαρ) και μελανουρίας (αποβολή ούρων μελανής χροιάς) παρατηρείται σε **κακοήθη μελανώματα**, (εξαιρετικά κακοήθεις όγκοι με πρώιμη μετάσταση) που αναπτύσσονται σε μελαγχρωματικούς σπίλους, οι οποίοι είναι άτριχοι (οι τριχωτοί σπίλοι ποτέ δεν εξαλάσσονται σε κακοήθεις).

Εντοπισμένη κυανωπή χροιά στους σκληρούς (κυανοί σκληροί) παρατηρείται και φυσιολογικά

σε παιδιά με πιο έκδηλη μορφή σε οστεοπαθύρωση ή σύνδρομο του Lobstein. Το σύμπτωμα αυτό συνδυάζεται με παθολογικά κατάγματα και ωτοσκληρυντική βαρουκοΐα ή κώφωση.

Το **σύνδρομο Peutz-Jeghers** παρουσιάζει μελαγχρωστικές κηλίδες, καφέ έως κυανές, στα χείλη και στο στοματικό βλεννογόνο σε συνδυασμό με παρόμοιες βλάβες στο δέρμα και πολύποδες του πεπτικού με χρόνια απώλεια αίματος ενίοτε.

Λευκοδέρματα. Λευκοδέρματα ονομάζονται αποχρωματισμοί του δέρματος συγγενείς και καθολικοί (αλφισμός) ή επίκτητοι και περιγεγραμμένοι που προέρχονται από διαταραχές της παραγωγής της μελανίνης. Στον αλφισμό η έλλειψη χρωστικής είναι γενική και συνοδεύεται από λευκά μαλλιά και ερυθρωπή ίριδα, όπως στα ζώα - αλφούς (κουνέλια, ποντίκια, επίμυες, και εν μέρει στις γάτες της Άγκυρας). Απ' αυτόν προσβάλλονται και άτομα της μαύρης φυλής, οπότε μάλιστα η διαβίωσή τους στα τροπικά κλίματα είναι αδύνατη χωρίς βαριές συνέπειες (προστατευτική αποστολή της μελανίνης στην υπεριώδη ακτινοβολία).

Διακρίνονται διάφορες ποικιλίες **λευκής**, όπως η συνηθισμένη κατά συρρέουσες πλάκες, κατά ταινίες (**μορφαία**) και η **κηλιδώδης**. Η πρώτη παρατηρείται συχνά σε συνδυασμό με γυροειδή αλωπεκία σε νευρωσικά άτομα. Η κηλιδώδης λευκή είναι διαφόρων αιτιολογιών - (σφυλιδική, λεπρική κ.ο.κ.). Ιδιαίτερως ενδιαφέρουσα είναι αυτή με τις μικρές, διάσπαρτες στη ράχη κηλίδες (νόσος των λευκών κηλίδων - White Spots Disease), που θεωρείται ειδικό σύμπτωμα της νόσου Basedow.

Ειδική περίπτωση λευκοδέρματος, που επιπλέκει σκληροατροφικές αλλοιώσεις του δέρματος, οι οποίες είναι δυνατό να συνοδεύονται στα αρχικά στάδια ή και σε όλη την πορεία της παθήσεως από υπέρχρωση, είναι η **σκληροδερμία**.

Το δέρμα στη σκληροδερμία είναι εντελώς χαρακτηριστικό, λεπτό σαν χαρτί, ξηρό, γυαλιστερό, δεν είναι ευκίνητο και δεν πτυχώνεται.

Οι δερματικές αυτές αλλοιώσεις οδηγούν σε εκλέπτυνση των χαρακτηριστικών του προσώπου και σε κατάργηση των μιμητικών κινήσεων, ενώ τα δάχτυλα των χεριών έχουν σκελετώδη εμφάνιση και βαριά λειτουργική δυσχρησία.

Εξανθήματα. Ορισμένα εξανθήματα καθολικά ή εντοπισμένα στο πρόσωπο έχουν γενικότερη διαγνωστική σημασία.

Το **ερυσίπελας** είναι από τα πιο χαρακτηριστικά, όταν εντοπίζεται στο πρόσωπο. Παρουσιάζει έντονη ερυθρότητα, εφελκίδες και σαφή διαχωρισμό

από το υγιές δέρμα (όχθος), προς το οποίο η φλεγμονώδης επεξεργασία επεκτείνεται με χαρακτηριστικές γλωσσοειδείς προσεκβολές. Τα βλέφαρα παρουσιάζουν συνήθως έντονο φλεγμονώδες οίδημα.

Ο **ερυθηματώδης λύκος** μπορεί να εκδηλωθεί με ιωδέρυθο εξάνθημα που εντοπίζεται στη ράχη της μύτης με συμμετρική επέκταση κι απ' τις δύο πλευρές, σαν χρυσαλλίδα. Η νόσος άλλοτε παραμένει εντοπισμένη και άλλοτε είναι γενικευμένη (συστηματική νόσος).

Η **φυματίωση του δέρματος** εντοπίζεται στο πρόσωπο, σε μεγάλο ποσοστό (70%), τουλάχιστον στα αρχικά στάδια, με τη μορφή του εντοπισμένου (κοινού) ή του διάχυτου φυματιώδους λύκου.

Η **δερματική λείσμανίαση** (*L. tropica*) μπορεί να εντοπίζεται στο πρόσωπο με μονήρη βλάβη (επιθηλώμα με κεντρική εξέγκωση διαμέτρου 2 εκ. περιήπου), γνωστή από παλιά ως **φύμα της Ανατολής**.

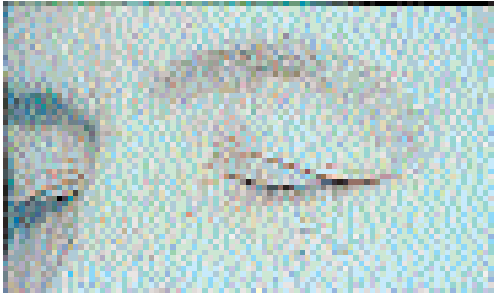
Η **πελλάγρα** συνοδεύεται από χαρακτηριστική δερματίτιδα που εντοπίζεται στα ακάλυπτα μέρη του σώματος, είτε στο πρόσωπο είτε στη ράχη των χεριών και των ποδών και οφείλεται σε φωτοευαισθησία. Το εξάνθημα εμφανίζεται ως αρχικό ερύθημα με επακόλουθη υπερκεράτωση, μελάγχρωση και βαθιές ρωγμές (Εικ. 1.2).

Η **δερματική πορφυρία** (*Porphyria cutanea tarda*) εκδηλώνεται με εξάνθημα φυσαλιδώδες ή πομφολυγώδες (ενίοτε με εξελκώσεις), που έχει την ίδια εντόπιση όπως στην πελλάγρα, λόγω φωτοευαισθησίας.



Εικόνα 1.2. Εξανθήματα πελλάγρας

Τα **ξανθελάσματα** παρουσιάζονται ως ξανθοκίτρινες και ελαφρά επαιρόμενες πλάκες, που εντοπίζονται στα βλέφαρα και οφείλονται στην εναπόθεση χοληστερίνης (Εικ. 1.3).



Εικόνα 1.3. Ξανθελάσματα

Στην **ιλαρά** το κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα αρχίζει από το πρόσωπο και μάλιστα πίσω από τα αυτιά ή το μέτωπο. Παθολογιομονικό σύμπτωμα της νόσου είναι η εμφάνιση των **κηλίδων του Koplik** απέναντι από τους πρώτους γομφίους στον παρειαικό βλεννογόνο του στόματος.

Στην **ερυθρά** το εξάνθημα αρχίζει επίσης από το πρόσωπο (μέτωπο) ή μπορεί και να απουσιάζει εντελώς. Μερικές φορές εμφανίζονται μικρές κόκκινες κηλίδες στον ουρανίσκο (**σημείο Forchheimer**).

Στην **οστρακιά** αρχίζει από το λαιμό, το άνω μέρος του στήθους, την πλάτη και αφήνει ελεύθερα τις παλάμες και τα πόδια. Όταν εντοπίζεται στο πρόσωπο, αφήνει ελεύθερη μια τριγωνική περιοχή, που έχει τη βάση στο πηγούνι και την κορυφή στη ράχη της μύτης (περιστοματική ωχρότητα ή **σημείο του Filatoff**).

Το **λοιμώδες ερύθημα (πέμπτη νόσος)** μπορεί να εμφανίζει την ίδια εικόνα, αλλά στην αποδρομή του παίρνει κυανωπή απόχρωση. Επί πλέον στον κορμό και στα άκρα το εξάνθημα δεν είναι καθολικό, όπως της οστρακιάς, αλλά εντοπίζεται εκλεκτικά στις εκτατικές επιφάνειες των άνω άκρων, στην έξω επιφάνεια του μηρού και της γλουτιαίας χώρας. Δεν έχει όμως την εικόνα της διάχυτης ερυθρότητας.

Το **αιφνίδιο εξάνθημα (έκτη νόσος)** αρχίζει από το λαιμό και τον αυχένα και μπορεί να επεκταθεί στους μηρούς και τους γλουτούς, αλλά δεν εντοπίζεται στο πρόσωπο.

Στην **ανεμοβλογιά** η εντόπιση του μεγαλοφυσολιδώδους εξανθήματος στον κορμό, χωρίς να καταλαμβάνει το πρόσωπο, αποτελεί χαρακτηριστικό

γνώρισμα.

Στην **ευλογιά** και το **ευλογιοειδές** είναι χαρακτηριστική η συρροή παρομοίου εξανθήματος στο πρόσωπο και τα άκρα.

Από τα αιμορραγικά εξανθήματα αυτά που οφείλονται σε αβιταμίνωση εμφανίζονται κατά προτίμηση στο πρόσωπο στα παιδιά, ενώ στους ενήλικες όχι.

Στη **νόσο του Osler** εντοπίζονται οι χαρακτηριστικές ζωηρά ερυθρές τηλεαγγειεκτατικές κηλίδες στο μέτωπο και τη μύτη καθώς και στις ράγες των δακτύλων.

Αιμορραγίες από διάφορα σημεία του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας, ιδιαιτέρως από τα ούλα, παρουσιάζονται στο **σκορβούτο (αβιταμίνωση C)**, στη νόσο των **Möller-Barlow** (παιδικό σκορβούτο) και γενικά σε αιμορραγικές διαθέσεις, με ιδιαίτερη συχνότητα και σοβαρότητα στη μυελική απλασία και οξεία λευχαιμία. Στις τελευταίες αυτές περιπτώσεις, καθώς και σε ακοκκιοκυττάρωση, χαρακτηριστικές είναι οι νεκρώσεις στα ούλα, στο βλεννογόνο του στόματος και προπάντων στη μαλθακή υπερώα, στη σταφυλή και στο δακτύλιο του Waldeyer.

Στοματίτιδες. Από την ποικίλη μορφολογία στοματίτιδων, η **μηκητόδης στοματίτις** χαρακτηρίζεται από διάχυτη ερυθρότητα με πολλαπλά κοκκιώδη επιχρίσματα σε μέγεθος κεφαλής καρφίτσας, τα οποία μετά από 2-3 ημέρες σχηματίζουν λευκές πλάκες ή ταινίες με χνουδωτή γυαλιστερή επιφάνεια. Προκαλείται από το μύκητα «**οΐδιο το λευκάξον**» (**Candida Albicans**) μετά από χρήση συνήθως ευρέος φάσματος αντιβιοτικών ή υπερβολική χρήση κορτικοστεροειδών. Είναι δυνατό να προκληθεί και βαριά γενικευμένη λοίμωξη ή ανάπτυξη αποστημάτων σε διάφορα όργανα, όπως στον εγκέφαλο, τους πνεύμονες κ.λ.π.

Η **αφθώδης στοματίτις**, συνήθως υποτροπιάζουσα, χαρακτηρίζεται από επώδυνα έλκη μονήρη ή πολλαπλά, με ερυθριματώδη άλω. Είναι πολύ ενοχλητική λόγω της δυσφαγίας που τη συνοδεύει.

Οι **ελκομεμβρανώδεις και ελκώδεις στοματίτιδες** οφείλονται στις σπειροχαΐτες του στόματος και σε βακτηρίδια, όπως π.χ. το βακτηρίδιο του Vincent (οξεία νεκρωτική ελκώδης ουλίτιδα). Επίσης σε νεκρώσεις του βλεννογόνου από μυελικές απλασίες, νεοπλάσματα ή ειδικές φλεγμονές. Από αυτές οι συφιλιδικές παρουσιάζουν και στο στόμα το γενικό χαρακτήρα της ανώδυνης διαδρομής. Η περιοχή του δακτύλιου του Waldeyer επισκοπείται πάντοτε με προσοχή.

Η καταρροϊκή και η πολτώδης κυνάγχη χαρακτηρίζονται από κτρινόλευκα στιγμοειδή βύσματα ή πλάκες στην ορατή επιφάνεια των αμυγδαλών και αποτελούν συνηθισμένη αιτία υψηλής πυρετικής κινήσεως που εισβάλλει αιφνιδίως. Στην περιοχή των αμυγδαλών εντοπίζονται επίσης διάφορα περιαμυγδαλικά αποστήματα.

Χαρακτηριστικές ψευδομεμβρανώδεις φλεγμονές παρατηρούνται:

- α) Στην **οστρακιά**. Εμφανίζεται ενάνθημα με έντονη και διάχυτη ερυθρότητα, χαρακτηριστική γλώσσα σαν φράουλα και ψευδομεμβράνες που δεν επεκτείνονται πέρα από την επιφάνεια των αμυγδαλών.
- β) Στη **διφθερίτιδα**. Αναπτύσσονται λευκόφαιες ή λευκοπράσινες ψευδομεμβράνες με ζωρή κόκκινη άλω, που επεκτείνονται πέρα από την επιφάνεια των αμυγδαλών και αποτελούν πλούσιο υλικό σε ειδικά βακτηρίδια του Löffler.
- γ) Στις ειδικές φλεγμονές (**φυματίωση και σύφιλη**).
- δ) Στις νεκρώσεις από **μυελική απλασία**.

Η χρονία υπερτροφία των αμυγδαλών αξίζει να τονισθεί ιδιαίτερος, διότι είναι πολύ συχνή και συνοδεύεται από υποτροπιάζουσες προσβολές οξείας εμπύρετης αμυγδαλίτιδας.

Μεγάλη προσοχή απαιτείται επίσης κατά την ιδιαίτερη επισκόπηση της γλώσσας.

Σε ποικίλα νοσήματα στην άνω επιφάνεια της γλώσσας παρατηρούνται διάφορα λευκωπά επιχρίσματα.

Στον τυφοειδή πυρετό μένει ακάλυπτο τμήμα στην κορυφή και τα χείλη της γλώσσας.

Σε διάχυτη περιτονίτιδα και σηψαιμίες τα επιχρίσματα είναι ξηρά και ρυπαράς όψεως.

Στην ουραιμία είναι ξηρά και στερεά προσκολλημένα.

Στην οστρακιά παρατηρείται απόπτωση του επιθηλίου με εξέρυθρες και προέχουσες θηλές (**μορφή ώριμης φράουλας**).

Στον τυφοειδή πυρετό, σε οψιμότερα στάδια της νόσου, διαπιστώνεται πολλές φορές παρόμοια εμφάνιση της γλώσσας (**οπτή ή ψυττακοειδής γλώσσα**).

Στην κακοήθη αναιμία παρατηρείται αρχικά απόπτωση κατά θέσεις του επιθηλίου (**γλώσσα του Hunter**) και αργότερα χαρακτηριστική ατροφία των θηλών, που κάνει την επιφάνεια λεία (πορσελιανοειδής γλώσσα, εικόνα 1.4). Ανάλογη ατροφία των θηλών παρατηρείται σε πελλάγρα, Sprue και αριβοφλαβίνωση (έλλειψη βιταμίνης B2), όπως επίσης σε ιδιοπαθή σιδηροπενική αναιμία και κίρρωση του ήπατος.

Στο βλεννογόνο των χειλέων, των ούλων, των παρειών και της γλώσσας εντοπίζονται οι μελανές κηλίδες στη νόσο του Addison. Η αναζήτησή τους επιβάλλεται σε μελανοδερμίες, μεγάλη καταβολή δυνάμεων, αδιευκρίνιστες επώδυνες κοιλιακές κρίσεις κ.ο.κ. Μέλαινα γλώσσα παρατηρείται μετά από χρήση φαρμάκων ανάλογης χροιάς, όπως ζωικού άνθρακα, και σε εργάτες αργύρου και κατόπτρων.

Η οσχεοειδής γλώσσα συγκαταλέγεται μεταξύ των ευρημάτων της μογγολοειδούς ιδιοτίας. Πραγματική μεγαλογλωσσία παρατηρείται σε μεγαλοκρία και διόγκωση της γλώσσας από διάμεση εναπόθεση βλεννίνης σε μυξοίδημα.

Παρεκκλίσεις της γλώσσας, ημιατροφίες κ.λπ. παρατηρούνται σε βλάβες της 12ης εγκεφαλικής συζυγίας (υπογλωσσίου νεύρου).

Σε επιδημική σιελογονίτιδα η προσεκτική παρατήρηση ανακαλύπτει κάτω από τη γλώσσα και στις δύο πλευρές των χαλινών διόγκωση των σιελογόνων αδένων. Συστηματική διόγκωση των σιελογόνων και των δακρυϊκών αδένων παρατηρείται στο **σύνδρομο του Mikulicz**.

Απέναντι από το δεύτερο κάτω γομφίο και από τις δύο πλευρές επισκοπείται η εκβολή του πόρου της παρωτίδας. Σε πυώδη παρωτίδα η μάλαξη του αδένου προκαλεί την ανάβλυση σταγόνας πύου από τον πόρο, ενώ ο βλεννογόνος γύρω από την εκβολή του είναι εξέρυθρος.

Οιδήματα. Οιδήματα αναζητούνται κυρίως στα βλέφαρα, γεγονός που εξακριβώνεται από τη διό-



Εικόνα 1.4. Γλώσσα του Hunter