

ΕΚΤΑΚΤΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΤΗΣ 1^{ΗΣ} ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1983

ΠΡΟΕΔΡΙΑ ΜΕΝΕΛΑΟΥ ΠΑΛΛΑΝΤΙΟΥ

ΠΩΣ ΕΙΔΑ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΚΑΤΑ ΤΑ ΠΕΝΗΝΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΟΥ ΖΩΗΣ

ΟΜΙΛΙΑ ΤΟΥ ΑΚΑΔΗΜΑΪΤΟΥ Κ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΜΕΡΙΚΑ

Ἀπὸ καιροῦ εἶχα τὴ σκέψη νὰ μιλήσω ἀπὸ τὸ βῆμα αὐτὸ γιὰ τὸ πῶς εἶδα τὴν ἐξέλιξη τῆς Ἱατρικῆς ἀπὸ τὴν ὥρα πὺν πρωτομνήθηκα σ' αὐτὴ τὸ 1927, μπαί-
νοντας στὴν Ἱατρικὴ Σχολὴ τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν, μέχρι σήμερα, μὲ τὴν
πίστη, ὅτι ἡ πείρα εἶναι ὁ θετικότερος ὁδηγὸς γιὰ διαμόρφωση ἀπόψεων σὲ δυσκολο-
καθόριστα θέματα. Τώρα, πὺν συμπληρώθηκαν πενήντα μεταπανεπιστημιακὰ
χρόνια ἐνεργοῦ ἱατρικῆς σταδιοδρομίας, ἀποφάσισα νὰ κάνω πράγμα τὴ σκέψη
μου μὲ τὴ σημερινή μου ὁμιλία, ἔχοντας τὴ γνώμη, ὅτι μισὸς αἰῶνας εἶναι χρο-
νικὸ διάστημα ἐπαρκὲς γιὰ ἀναδρομὲς καὶ εἰδικότερα γιὰ κριτικὴ τῆς ἐξέλιξης
μιας ἐπιστήμης. Εἶναι πιθανὸ ὅτι ἡ ἐνστικτώδης ιδιότητα τοῦ ἀνθρώπου νὰ ἐπη-
ρεάζεται ἀπὸ τὸ χρόνο ἔπαιξε τὸ ρόλο της γιὰ τὴν ἀπόφασή μου.

Ἡ ὁμιλία μου ἔχει τίτλο: «Πῶς εἶδα τὴν ἐξέλιξη τῆς Ἱατρικῆς κατὰ τὰ
πενήντα χρόνια τῆς ἱατρικῆς μου ζωῆς». Καὶ χωρίζεται σὲ δύο κεφάλαια. Ἐνα
πρῶτο: Ἡ Ἱατρικὴ καὶ ὁ γιατρός στὸ 1933. Καὶ ἓνα δεῦτερο: Ἡ σύγχρονη Ἱατρικὴ
καὶ ὁ σημερινὸς γιατρός. Ἀπὸ τὰ κεφάλαια αὐτὰ τὸ δεῦτερο θὰ εἶναι πὺν διεξο-
δικό, λόγω μεγαλύτερου ἐνδιαφέροντος τῶν ἀκροατῶν γιὰ τὸ περιεχόμενό του.
Σὲ ὅ,τι δὲ ἀφορᾷ τὴν καθόλου διαπραγμάτευση τοῦ θέματος, πρέπει ἀπὸ τὴν ἀρχὴ
νὰ ἐπισημανθοῦν τρεῖς σημεῖα :

Πρῶτο· ὅτι εἶναι ἐπηρεασμένη, κατ' ἐξοχίην, ἀπὸ τὶς ἐξελίξεις τῆς ἐσωτε-
ρικῆς Παθολογίας, τόσο γιὰτὶ ἡ ὅλη της καλύπτει σὲ σημαντικὸ ποσοστὸ τὸ περι-

εχόμενο των ύπολοιπων ειδικοτήτων, όσο και επειδή ο όμιλὼν ἔζησε στὸ χῶρο της, ὡς γιατρὸς νοσοκομειακός, πανεπιστημιακός και πρωτογενοὺς ἔξωνοσοκομειακῆς περίθαλψης, ἀσφαλιστικῆς και ιδιωτικῆς.

Δεύτερο· ὅτι σὲ τελικὴ ἀνάλυση θὰ ἀφορᾷ ἰδίως τὸ γιατρὸ τῆς ἔξωνοσοκομειακῆς πράξης, τὸν παθολόγο, τὸν πρακτικό, τὸν οἰκογενειακό· αὐτὸν τὸ στρατιώτη τῆς γραμμῆς τῶν πρόσω τοῦ ὑγειονομικοῦ ἀγώνα.

Καὶ τρίτο· ὅτι τελικὸς σκοπὸς εἶναι νὰ καταδειχθεῖ, μὲ τὴν περιγραφὴ τοῦ σημερινοῦ status τῆς Ἱατρικῆς, πόσο γιγάντια εἶναι τὸ ἔργο και ἡ ἀποστολὴ τοῦ σημερινοῦ γιατροῦ· και ὅτι κατὰ συνέπεια πρέπει νὰ ὑπάρχει ἀπὸ παντοῦ ἡ πρέπουσα ἀναγνώριση και ἀνταπόκριση πρὸς αὐτὸ και τοὺς φορεῖς του.

Α'. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΓΥΡΩ ΣΤΟ 1933

Ἡ Ἱατρικὴ γεννήθηκε μαζί μὲ τὸν ἄνθρωπο. Καὶ διέτρεξε μιὰ μακροχρονιότητα διαδρομὴ, ὡς ἐνστικτώδης, θεοκρατικὴ και ἀμιγῶς ἐμπειρικὴ μέχρι τὸ 16ο μ.Χ. αἰῶνα. Τὴν ἐποχὴ ἐκεῖνη, κάτω ἀπὸ τὸ φῶς τῶν προκλαστικῶν φιλοσόφων, πρωτόγινε στὴν Ἑλληνικὴ Ἰωνία ἐμπειρικοεπιστημονικὴ. Πειστικὴ μαρτυρία γι' αὐτὴ της τὴν ἐξέλιξη ὑπῆρξε τὸ πνεῦμα τῆς Ἱατρικῆς Σχολῆς τῆς Κνίδου, διαφορετικὸ ἀπὸ ἐκεῖνο τῆς ξακουστῆς Ἱατρικῆς Σχολῆς τῆς Κῶ. Ἡ πρώτη ἐβηματοδοτεῖτο ἀπ' ὅ,τι ὁ Ἀριστοτέλης βραδύτερα, καθόριζε ὡς ἐπιστημονικὸ πνεῦμα τὸ «γιατρί» — γιατί κάνει κάτι, π.χ. ὁ γιατρός. Ἡ δευτέρη ἀπὸ τὸ ὅτι, κατὰ τὸν ἴδιο, χαρακτήριζε τὸ ἐμπειρικὸ πνεῦμα, τὴν τέχνη — τί κάνει ὁ γιατρός. Ἡ ἄλλωως, ὅπως τὸ 1883 ὑποστήριξε ὁ Palmer [1], ἡ πρώτη ἐπεδίωκε τὴν ὁργανωμένη γνώση ὅλων τῶν παραγόντων και συνθηκῶν, ποὺ σχετίζονται μὲ τὴν ὑγεία· ἐνῶ ἡ δευτέρη περιοριζόταν στὴ γνώση, ἡ ὁποία χρειάζεται γιὰ νὰ ἀνακουφισθεῖ ὁ ἄρρωστος ἢ γιὰ νὰ προληφθεῖ ἡ ἀσθένεια [2].

Ἡ δίδυμη αὐτὴ ὑπόσταση τῆς Ἱατρικῆς ἐξακολούθησε ἐπὶ δυνάμει χιλιάδες χρόνια, μέχρι σήμερα, μὲ τάση νὰ ἐπικρατεῖ ὅλο και περισσότερο τὸ ἐπιστημονικὸ στοιχεῖο, παρὰλληλα μὲ τὴν ἀντίστοιχη ἐξέλιξη τῶν θετικῶν ἐπιστημῶν· και μὲ προέχουσα τὴν ἐμπειρικὴ νοοτροπία στὴν ἱατρικὴ πράξη, κατὰ τὸ αὐστηρὸ κριτικὸ πνεῦμα τοῦ Ἰπποκράτη, ὁρθῶς, λόγῳ ἀνυπαρξίας κατὰ τὴν ἐποχὴ του βασικῶν βιολογικῶν γνώσεων και τεχνικῶν, ἀπαραίτητων γιὰ τεκμηρίωση ἐπιστημονικῶν ἀπόψεων.

Κατὰ τὸ 1933, τὴ χρονικὴ φάση ποὺ ἐνδιαφέρει τὴν ὀμιλία μου, ἔπειτα ἀπὸ τὴ λάμψη τῶν θετικῶν ἐπιστημῶν κατὰ τὸ δέκατο ἔνατο αἰῶνα, εἶχε διαμορφωθεῖ Ἱατρικὴ ἐπιστημονικοεμπειρικὴ ἢ ἐπιστημονικοπρακτικὴ, μὲ ὑπερίσχυση εἰς

μὲν τὸν πανεπιστημιακὸ καὶ νοσοκομειακὸ χῶρον τοῦ ἐπιστημονικῶς σκέπτεσθαι, εἰς δὲ τὸν ἐξωνοσοκομειακὸ τοῦ ἐμπειρικοῦ πνεύματος. Καὶ αὐτὸ γιὰ τὸ δεύ-
τερον, τὸν ἐξωνοσοκομειακὸ, ὁ φορέας τῆς, ὁ πρακτικὸς γιατρός, ἐλάχιστα γνώριζε
γιὰ τὰ λίγο πρὶν ἀπὸ τὴν ἐποχὴν ἐκείνην κτηθέντα βασικὰ βιολογικὰ στοιχεῖα τῆς
ἐπιστήμης του.

Εἰδικότερα :

- Ἡ μορφολογικὴ γνώση τοῦ φυσιολογικοῦ σώματος ἀφόροῦσε τὴ μακρο-
σκοπικὴ μορφή τῶν ὀργάνων καὶ ἰστῶν μὲ βάση τὴν περιγραφικὴ ἀνατομία
καὶ τὴν ἱστολογικὴ ὕφή μέχρι τοῦ κυττάρου, μὲ τὴ βοήθεια τοῦ μικροσκο-
πίου, τοῦ φωτὸς καὶ τῶν στοιχειωδῶν ἱστοχημικῶν τεχνικῶν.
- Ἡ παθολογικὴ ἀνατομικὴ προσπέλαση τοῦ νοσοῦντος σώματος ἦταν ἀντί-
στοιχὴ πρὸς τὴ μορφολογική. Κυριαρχοῦσε ἡ κυτταροπαθολογία, ὅπως τὴν
εἶχε διαμορφώσει ὁ Virchow, μὲ ἐντοπισμὸ τῆς πρωταρχικῆς βλάβης στὸ
κύτταρο καὶ ὅχι στοὺς χυμούς, καθὼς εἶχε ὑποστηρίξει ὁ Ἱπποκράτης.
- Ἡ φυσιολογία τοῦ ἀνθρώπου βασιζόταν κυριότατα στὶς πειραματικὰς ἔρευ-
νες σὲ ζῶα, γι' αὐτὸ καὶ ὁ τίτλος τῆς «πειραματικῆς φυσιολογίας». Δὲν ἦταν
γνωστὲς τεχνικὲς μέθοδοι, ἠθικοδεοντολογικὰ ἀποδεκτὲς, γιὰ πειράματα
στὸν ἄνθρωπο. Μετεφέροντο, ὡς ἐκ τούτου, συχνὰ σφαλερῶς τὰ πειραματικὰ
δεδομένα ἀπὸ ἓνα ζῶον ὁργανισμό, τὸ πειραματόζωο, σὲ ἓναν ἄλλον, τὸν
ἄνθρωπο, παρὰ τὴν ἀνομοιότητα τῆς δομῆς καὶ τῶν φυσιολογικῶν τους
λειτουργιῶν. Ἡ χημεία ἐξ ἄλλου τῆς ἐποχῆς ἐκείνης, ἀνόργανη καὶ ὀργα-
νική, ἢ ὅποια ὡς γνωστὸν εἶναι τὸ κλειδί γιὰ κατανόηση κάθε φυσιολογι-
κῆς ἐπεξεργασίας, ἦταν ἀρκετὴ γιὰ νὰ ἀντιληφθεῖ κάποιος τίς *in vitro*
ἀντιδράσεις, στὶς ὁποῖες μετέχουν μόνον τὰ ἀντιδραστήρια τοῦ ἐρευνητοῦ,
δὲν ἐξυπηρετοῦσε ὅμως τὴν ὁλοκληρωμένη ἐξήγηση τῶν *in vivo* φαινο-
μένων.

Σ' αὐτὰ παρεμβάλλονται ὡς ἀντιδραστήρια ἢ καταλύτες πολλὲς καὶ ποικί-
λες βιοχημικὲς οὐσίες, ὁρμόνες, ἔνζυμα κ.τ.λ., ποὺ ἐπέχουν θέση ρυθμιστικῶν
παραγόντων μιᾶς ἀσύλληπτῆς φυσικοχημικῆς ἰσορροπίας ἢ ὁμοιοστασίας, καὶ τὰ
πράγματα γίνονται πολὺ πιὸ πολύπλοκα.

- Ἡ παθολογοφυσιολογία, ἢ ὅποια μᾶς φωτίζει γιὰ τίς λειτουργίες τοῦ ὀργα-
νισμοῦ ὑπὸ παθολογικὰς συνθηκῆς, βρισκόταν στὸ ἴδιο μὲ τὴ φυσιολογία
ἐπίπεδο, ἢ, ἀκριβέστερα, σὲ χαμηλότερο, γιὰ τὴν ἄπειρὴ ποικιλία τῶν νόσων

συνεπάγεται αντίστοιχες παθολογοφυσιολογικές διαταραχές, με πολυπλοκότερους προβληματισμούς. Και μόνο για λίγες απ' αυτές, τῶν ὁποίων ἡ ἐκτίμηση ἦταν δυνατὴ μὲ τὶς αἰσθήσεις μας καὶ τὶς ἀπλὲς τεχνικὲς μεθόδους τῆς ἐποχῆς, ὑπῆρχαν ἱκανοποιητικὲς δοξασίες.

— Στὴν αἰτιοπαθογονία τῶν νόσων ὑπῆρχε ἡμίφως γιὰ τὴν αἰτιολογία τους καὶ σκοτάδι γιὰ τοὺς παθογονικοὺς μηχανισμούς, οἱ ὁποῖοι ὀδηγοῦν στὴν πρόκληση τῆς μορφολογικῆς βλάβης. Εἰδικότερα ὡς πρὸς τὴν αἰτιολογία τὸ φῶς ποὺ παρεῖχε παλαιότερα ἡ κλινικὴ παρατήρηση, εἶχε σημαντικὰ ἐνισχυθεῖ, ἤδη ἀπὸ τὸ δεύτερο ἥμισυ τοῦ προηγούμενου αἰῶνα, ἔπειτα ἀπὸ τὴν ἀνακάλυψη τοῦ μικροσκοπίου. Ἐξω ὅμως ἀπὸ τὶς μικροβιακὲς ἀσθένειες βασίλευε βαθὺ σκοτάδι γιὰ τὴν αἰτιοπαθογονία.

— Ἡ φαρμακολογία σὲ ὅ,τι ἐνδιαφέρει τὴν πράξη παρέμενε, κατὰ τὸ πλεῖστον, ἐμπειρικὴ. Σὲ ὅ,τι ὅμως ἀφορᾷ τὴ θεωρία καὶ τὶς ἀναζητήσεις της, εἶχε ἀρχίσει, μὲ τὴ βοήθεια τῆς Χημείας, νὰ ἀκολουθεῖ ἐπιστημονικὸ δρόμο, στὰ πλαίσια τῆς πειραματικῆς φαρμακολογίας, ἀλλὰ μόνο σὲ πειραματόζωα, διότι ἡ ἄγνοια τῆς φυσιολογικῆς χημείας τοῦ ὁργανισμοῦ δὲν ἦταν συμβατὴ μὲ ἐξέλιξη τῆς κλινικῆς φαρμακολογίας. Τὰ δραστικὰ φάρμακα, ὀνομαζόμενα «ἡρωικά», δὲν ἔφθαναν τὰ δέκα. Ἐξω ἀπ' αὐτὰ δέσποξε ἡ θεραπευτικὴ ἀπαισιοδοξία, γιὰ νὰ μὴν πῶ θεραπευτικὸς μηδενισμός, μὲ κήρυκά του τὸν πρῶτο καθηγητὴ τῆς θεραπευτικῆς στὸν τόπο μας, τὸν αἰετμνηστο Μελέτη Γωργόπουλο.

— Ἡ κλινικὴ πράξη, ὁ ἀπὸ γεννήσεως Ἱατρικῆς κύριός της στόχος — ἡ Πανάκεια τοῦ Ἀσκληπιοῦ, μὲ τὰ δύο της σκέλη, τὴ Διαγνωστικὴ καὶ Θεραπευτικὴ, ἐξακολουθοῦσε νὰ εἶναι, κατὰ τὸ 1933, τὸ κύριο μέλημα τῆς Ἱατρικῆς ὑπὸ ἐπιστημονικοεμπειρικὴ νοοτροπία, ὅπως ἀναφέραμε πρὸ ὀλίγου. Εἶναι δικαιολογημένο νὰ εἴμαστε γι' αὐτὴν λίγο πιὸ διεξοδικοί.

● Οἱ γνωστὲς κατὰ τὴν ἐποχὴ ἐκείνη ἀσθένειες ἦταν ἀρκετὰ πολλὲς. Μὲ τὴν ἀνακάλυψη τοῦ μικροσκοπίου εἶχε ἀνακαλυφθεῖ σωρεία μικροβίων καὶ πληθώρα ἀπὸ ἰδιότυπες παθολογανατομικὲς βλάβες τοῦ πάσχοντος σώματος. Καὶ εὔλογα εἶχε ἀκολουθήσει ταυτοποίηση μεγάλου ἀριθμοῦ νόσων, ἄγνωστων μέχρι τότε. Ὑπῆρχε ἐπομένως νοσολογικὴ ὄλη ὅχι μικρὴ.

● Κατ' ἐξοχὴν ἐπιπόλαζαν οἱ λοιμώδεις (βακτηριδιακὲς καὶ ἰογενεῖς) καὶ οἱ παρασιτικὲς νόσοι, πού, μὲ τὴ συχνὰ ὀξεία, θορυβώδη διαδρομὴ τους καὶ τὴν ἀπειλητικὴ πρόγνωσή τους δικαιολογημένα ἀποτελοῦσαν τὸν πόλο ἑλξης τῆς μέριμνας τοῦ γιατροῦ.

Θυμᾶμαι τὴν πάνδημη στὴν ἑλληνικὴ ἐπικράτεια ἐξάπλωση τῆς ἐλονοσίας, μὲ τὰ γαιόχρωα προσωπεῖα τῶν σπληνιάρηδων καὶ τὰ ἀνατριχιαστικά ρίγη τῶν κουβαριασμένων ἐλονοσόπληκτων παιδιῶν τοῦ δημοτικοῦ σχολείου τοῦ χωριοῦ μου, ποὺ ζητοῦσαν θαλπωρὴ στὴν λιακάδα. Τὰ ἰσχνά, ἰδρωμένα προσωπεῖα μὲ τὶς ροδίζουσες παρειές καὶ τὸν ὑπόκοφο, ἀνυποχώρητο βήχα τῶν χτικιάρηδων, στὶς χαμοκέλες τῶν πτωχῶν καὶ τὰ τσαντήρια τοῦ περιόλου τῆς Σωτηρίας, ποὺ τοὺς κρατοῦσαν γιὰ αὐτοπροστασίαν τοὺς οἱ γεροὶ σ' ἀπόσταση, ὅπως τοὺς λεπρούς. Τὶς πνευμονίες, τὶς μηνιγγίτιδες, τὶς τυφοπαρατυφικὲς λοιμώξεις, στοὺς θαλάμους τῶν νοσοκομείων, ἀλλὰ καὶ στὶς καλύβες τῶν ματριῶν κοντὰ στὰ γυδοπρόβατα. Τὶς ἀκατανίκητες διάρροιες τῶν βρεφῶν καὶ παιδιῶν, τῶν ὁποίων ἡ συχνότατα μοιραία ἀπόληξη ἀναγγέλλετο στὸ χωριὸ μὲ δύο - τρεῖς λυπητερὲς καμπανιὲς τοῦ κωδωνοστασίου τῆς ἐκκλησίας, γιὰτὶ ἦταν τόσο συνηθισμένη, ὥστε ἂν ἀκολουθεῖτο ὁ συνηθισμένος μακρότερος κανονικὸς ρυθμὸς κωδωνοκρουσίας θὰ ἔπρεπε τὸ χωριὸ νὰ διατελεῖ συνεχῶς ὑπὸ ψυχολογία κηδείας.

Ἀκόμη, τοὺς σφιλιδικούς, μὲ τὸ ἀνεξίτηλο, κοινωνικὰ, καὶ γιὰ τοὺς ἀπογόνους τοὺς στίγμα, καὶ τὴν ὄχι σπάνια μοιραία ἔκβαση τοῦ πάθους τοὺς.

- Δὲν ἦταν ὅμως σπάνιες, λόγω δυνατότητας ἱστολογικῆς τοὺς ταυτοποίησες μὲ τὸ μικροσκόπιο, καὶ οἱ χρόνιες νόσοι τῶν διαφόρων συστημάτων καὶ ὀργάνων, οἱ κακῶς ὀνομαζόμενες σήμερα ἀπὸ μερικὸν ἐκφυλιστικές. Σὲ αὐτὲς περιλαμβάνοντο οἱ ἀγγειακὲς, οἱ νεοπλασματικές, οἱ μεταβολικὲς, οἱ ἐνδοκρινικὲς, οἱ ἀλλεργικὲς, οἱ καρδιοπάθειες, οἱ νεφροπάθειες, οἱ ρευματικές. Οἱ γνώσεις γι' αὐτὲς ἦταν πολὺ πτωχές.
- Ἡ διαγνωστικὴ, μέχρι τὸ δεῦτερο παγκόσμιον πόλεμο, κατ' οὐσίαν κλινικὴ, στηριζόταν στὴν ἄρτια πληροφόρηση τοῦ γιατροῦ γιὰ τὸ ἀτομικὸ ἀναμνηστικὸ καὶ τὴν παρούσα νόσο τοῦ ἀσθενοῦς καὶ στὴν ἐπιμελημένη ἀντικειμενικὴ ἐξέταση τῶν ὀργανικῶν συστημάτων. Ὅποιος γιατρός ἦταν ἐξαντλητικὸς στὴν ἀνάκριση τοῦ ἀρρώστου καὶ στὴν κατὰ συστήματα ἐξέτασή του, ἦταν συνήθως καλὸς διαγνωστής. Συγκρατῶ ζωηρὰ στὴ μνήμη μου πολλὰς περιπτώσεις, οἱ ὁποῖες μὲ εἶχαν διαγνωστικὰ προβληματίσει, νὰ διαγινώσκονται σωστά ἀπὸ τὸν ἔμπειρο κλινικὸ γιατρὸ χάρις στὴν προσεχτικὴ παρατήρησή του πρὸς περιοχὰς τοῦ σώματος, στὶς ὁποῖες δὲν περιέμενε κανεὶς, κατὰ πρώτη θεώρηση, νὰ ἀποκαλύψει τὸ παθογενετικὸ διαγνωστικὸ εὑρημα. Ἐπρόκειτο γιὰ τὸν «φείρα κλινικό».
- Ἡ διαγνωστικὴ συμβολὴ τοῦ ἐργαστηρίου κατὰ τὸ 1933 εἶχε ἀρχίσει νὰ γίνεται ἀξιόλογη ὡς πρὸς τὴν αἱματολογία, τὴ μικροβιολογία, τὴν ἀκτινο-

λογία καὶ τῇ βιοχημείᾳ. Οἱ δύο πρῶτες ἀπ' αὐτὲς ἀναπτύχθηκαν γρηγορότερα μὲ τὴ βοήθεια τοῦ μικροσκοπίου. Ἡ ἀκτινολογία εἶχε δείξει ἀξιόλογα ἐπιτεύγματα, ἀνεξάρτητα τοῦ ἂν ἐκ τῶν ὑστέρων θεωροῦνται μικρά. Ἡ βιοχημεία ἦταν στὰ σπάργανα, ἀλλὰ ἀποτελοῦσε πόλο ἔλξεως τῶν εὐφάνταστων νέων γιαιτρῶν, οἱ ὅποιοι διψοῦσαν γιὰ ἐπιστημονικοερευνητικὴ σταδιοδρομία.

- Γιὰ τὴ θεραπευτικὴ ἔγινε ἡδη μία νύξη. Φάρμακα ριζικῆς δραστικότητος, μὲ ἐξαίρεση τὰ ἀνθελονοσιακὰ καί, κατὰ κάποιον μέτρο, τὰ ἀντισυφιλιδικά, δὲν ὑπῆρχαν γιὰ τὶς μεγάλες ἀσθένειες. Μερικὰ ἄλλα βελτίωναν ἀπλῶς τὴν παθολογικὴν κατάστασιν, ὅπως ἡ δακτυλίτις καὶ ἡ ἀσπιρίνη, ἡ ὑποκαθιστοῦσαν τὸ ἐλλεῖπον, ὅπως ἡ ἰνσουλίνη καὶ τὰ θυρεοειδικὰ σκευάσματα, πρὸς μεγάλη εὐεργεσία τῶν πασχόντων. Ὁ ἀντιδιφθεριτικὸς καὶ ὁ ἀντιμυκηγιτιδοκοκκικὸς ὁρὸς ὑπῆρξαν οἱ πρῶτοι σπινθῆρες τῆς ἀνοσοθεραπείας.
- Ἡ διατροφή ἐλάχιστη πρόσφερεν στὴν θεραπευτικὴ ἀντιμετώπισιν τῶν ἀσθενῶν καὶ στὴν προληπτικὴ διαβίωσιν τῶν ὑγιῶν. Ὑπῆρχαν ἀρκετὰ ἀξιόπιστα χημικὰ δεδομένα καὶ ὀλίγα βιοχημικὰ γιὰ τὶς θεραπευτικὰς οὐσίες καὶ τὸ μεταβολισμόν τους. Ἐλάχιστες ὅμως ἦσαν οἱ γνώσεις γιὰ τὶς αἰτιοπαθογενετικὰς ἐπιδράσεις τῶν τροφικῶν παραγόντων στὶς διάφορες ἀσθένειες, γιὰτὶ ἔλλειπαν ἐρευνητικὰ στοιχεῖα, στηριγμένα σὲ παθολογικὸ ὕλικὸν καὶ μάλιστα ἀνθρώπινον.

Τὸ σύνολον τῶν δεδομένων, στὰ ὁποῖα ἀναφέρθηκα, ἐπιτρέπει τὴν ἀκόλουθον συμπερασματικὴν σκιαγράφισιν τῆς Ἱατρικῆς καὶ τοῦ γιαιτροῦ τὸ 1933 :

Ἡ Ἱατρικὴ ἦταν ἀκόμη, κατ' οὐσίαν, τέχνη, στηριγμένη σὲ μακροχρόνιες ἐμπειρίαι· καὶ σὲ μικρότερον βαθμὸν ἐπιστήμη μὲ ὑπόβαθρον τὴν χημείαν. Τὸ δομικὸν καὶ λειτουργικὸν βιολογικὸν τῆς ὑπόστρωμα παρέμεναν πενιχρά. Τὸ νοσολογικὸν τῆς ὕλικῆς, μὲ δεσποζούσας τὶς λοιμώδεις ἀσθένειες, εἶχε ἀξιόλογα πλουτισθεῖ. Οἱ τεχνικὰς διαγνωστικὰς μέθοδοι, ὀλιγάριθμοι καὶ περιορισμένου βεληνεκοῦς, σχετικὴ μόνον βοήθεια παρεῖχαν στὸ ἱατρικὸν ἔργον. Βασιζόταν σχεδὸν ἐξ ὀλοκλήρου στὴν κλινικὴν ἐμπειρίαν. Τὰ ἀποτελεσματικὰ φάρμακα ἦσαν μετροημένα. Ἡ ἀσκησὴ τῆς γνώσεως, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, ἐξωνοσοκομειακὰ, στὸ σπίτι τοῦ ἀρρώστου, χωρὶς οἰεσδῆποτε ἀπ' ὁποδῆποτε ἐπιδράσεις καὶ παρέλξεις.

Κύριοι φορεῖς τοῦ ἱατρικοῦ ἔργου ἦσαν ὁ παθολόγος καὶ ὁ γενικὸς χειρουργός· καὶ κοντὰ σ' αὐτοὺς ὁ μαιευτήρας. Ὑποειδικὸν τῆς Παθολογίας δὲν ὑπῆρχαν, ἔξω ἀπὸ τοὺς φυματολόγους καὶ ἐλάχιστους καρδιολόγους. Στὰ πλαίσια τῶν συντηρητικῶν θεραπευομένων νόσων, οἱ ὁποῖαι ἐπικράτησε νὰ λέγονται «παθολογικῆς»,

τὸ λόγο εἶχε ὁ γενικός γιατρός, ὁ πρακτικός, ὁ οἰκογενειακός. Αὐτός, μὲ τὰ ἀδύναμα ὅπλα του, ἀγωνιζόταν, ὡς θεραπευτῆς ποὺ ἦταν, νὰ δώσει ὑγεία στὸν ἄρρωστό του. Λέγω μὲ ἔμφαση, στὸν «ἄρρωστό του», γιατί ὑπὸ τὶς κείμενες κοινωνικὲς συνθῆκες αὐτὸς διὰ βίου εἶχε τὴν εὐθύνη νὰ προστατεύει τὴν ὑγεία του. Ἡ θεραπευτικὴ του ἀγωγὴ βασιζόταν πρωταρχικὰ στὴ θεωρητικὴ καὶ ἐμπειρικὴ του κατάρτιση. Βοηθιόταν ὅμως καταλυτικὰ ἀπὸ τὸ στενὸ του δεσμὸ πρὸς τὸν ἄρρωστο καὶ τὴν ἔντονη ἐπιθυμία του νὰ συμπαρασταθεῖ. Καὶ αὐτὸ εἶναι εὐλόγο, ἂν δὲν παραγνωρισθοῦν δύο παράγοντες: πρῶτος, ὅτι οἱ περισσότερες ἀσθένειες ἀφοροῦν ὄχι μόνο στὴ φυσικὴ ὑγεία, ἀλλὰ καὶ στὴ συγκινησιακὴ ἀντίδραση τοῦ ἀσθενοῦς, ἰδίως οἱ χρόνιες, οἱ ἀναπηρικές, καὶ ἐκεῖνες, ποὺ ἀπειλοῦν τὴ ζωὴ ἢ σχετίζονται αἰτιολογικὰ μὲ stress καὶ κατάθλιψη· καὶ δεύτερος, ὅτι ἡ εὐεργετικὴ ἐπίδραση τῆς προσωπικότητος τοῦ γιατροῦ πάνω στὸν ψυχικὸ κόσμον τοῦ ἀνήμπορου, ποὺ ζητάει βοήθεια, εἶναι μεγάλη. Εἶναι ἀναμφισβήτητο, ὅτι αὐτὴ ἡ προσπέλαση πρόσφερε σπουδαῖες ὑπηρεσίες, τόσο ὅταν, ὡς συνήθως, αὐτογιατρευόταν ὁ πάσχων, ὅσο καὶ ἂν εἶχε κακὸ τέλος.

Ἡ προληπτικὴ δραστηριότητα τοῦ γιατροῦ περιοριζόταν στὴν ἐπιδημιολογία τῶν λοιμωδῶν νόσων, μὲ ἐμβόλια καὶ ὑγιεινομικὰ τινα μέτρα, κάτω ἀπὸ μικρὴ συμμετοχὴ τῆς Πολιτείας. Ἡ ἱατρικὴ δράση ἀπευθυνόταν στοῦ ἄτομο καὶ ὄχι στὴν κοινωνία. Ὡς φυσικὸ οἱ δαπάνες γιὰ τὴν ὑγεία ἀποτελοῦσαν ἓνα πολὺ μικρὸ ποσοστὸ τοῦ ἀκαθάριστου ἐθνικοῦ εἰσοδήματος.

Ἡ θεωρητικὴ κατάρτιση τοῦ μεγάλου ποσοστοῦ τῶν γιατρῶν βασιζόταν στὴν πανεπιστημιακὴ τους ἐκπαίδευση. Καὶ σὲ πολὺ μικρὸ βαθμὸ συνέντρεχε ἢ μετεκπαίδευση. Ἡ μεταπανεπιστημιακὴ ἐπιμόρφωση ἐπεδιώκετο ἀπὸ λίγους στὰ λίγα νοσοκομεῖα τῆς ἐποχῆς. Σ' αὐτά, χάρις στὴν ἐλεγμένη ἐμπειρία τῶν παλαιῶν στελεχῶν, ἀνατρέφονταν οἱ διαπρεπεῖς κλινικοί, οἱ δάσκαλοι, ποὺ μᾶς εἶναι ἀλησμόνητοι, σ' ὅσους τοὺς ζήσαμε. Αὐτοὶ μᾶς κληροδότησαν τὴν πίστη, ὅτι ἡ κλινικὴ ἐμπειρία εἶναι κάτι τὸ ἀναντικατάστατο στοῦ ἱατρικοῦ ἔργου.

Ὁ ἱατρικὸς τύπος καὶ οἱ διάφορες ἐπιστημονικὲς ἐκδηλώσεις, οἱ σήμερα τόσο πολλὲς καὶ ποικίλες, σπάνιζαν. Γι' αὐτὸ τὸ λόγο οἱ συνεδριάσεις τῆς Ἱατρικῆς Ἑταιρείας Ἀθηνῶν κάθε Σάββατο παραμένουν ἀνεξίτηλες στὴ μνήμη ἐκείνων, ποὺ εἶχαμε τὴν τύχη νὰ τὶς παρακολουθοῦμε. Ἐκεῖ ἀκονογόταν ὅ,τι ξεχωριστὸ καὶ νεώτερο ἀπόκτημα ὑπῆρχε, παρουσία τοῦ συνόλου τῶν ἐπαϊόντων, ὄλων τῶν κλάδων. Μένω μὲ τὴ γνώμη, ὅτι ἓνα τέτοιο ἐντευκτήριο καὶ σήμερα θὰ εἶχε τὴ θέση του.

Τὴν ἐποχὴ ἐκείνη, ἔπειτα ἀπὸ τὴ μετάπτωση, κατὰ τὸ δέκατο ἑνατο αἰῶνα, τῆς ἐμπειρικῆς Ἱατρικῆς σὲ ἐμπειρικοεπιστημονικὴ, ἦλθε ἡ περίοδος τῆς βιολο-

γίας, της τεχνολογίας και του ὕλισμου· και ἡ Ἱατρικὴ μπῆκε σὲ μιὰν ἀνιούσα ἐπιστημονικὴ τροχιά μὲ ριζικὰ διάφορες κοινωνικὲς συνθήκες. Στὴ σύγχρονη φάση της, γιὰ τὴν ὁποία τώρα ὁ ἀντίστοιχος λόγος.

Β'. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΤΟ 1983

Ἡ πεντηκονταετία 1933 - 1983 ὑπῆρξε, ἀρχίζοντας ἀπὸ τὶς θετικὲς ἐπιστῆμες, ἡ πιὸ ἐξελικτικὴ περίοδος τῆς ἱστορίας τῆς ἀνθρωπότητας σ' ὅλους τοὺς τομεῖς τῆς ζωῆς. Καὶ ἡ Ἱατρικὴ δὲν ἀποτέλεσε ἐξαίρεση, οὔτε ὡς πρὸς τὸ βιολογικό, οὔτε ὡς πρὸς τὸ κοινωνικό της σκέλος. Χωρὶς νὰ σημειωθεῖ ἀλλαγὴ στὸν κύριο στόχο της, ὁ ὁποῖος ταυτίζεται μὲ τὴν ἐξυπηρέτηση τῆς ὑγείας, παρουσιάσθηκαν ἐπαναστατικὲς μεταβολὲς πάνω στὶς θεμελιώδεις ἀντιλήψεις γιὰ τὴν ὕλη της, τουτέστι τὴ δομὴ καὶ λειτουργία τοῦ ἀνθρώπινου σώματος καὶ κατὰ συνέχεια τὶς ἀσθένειές του, τὴ θεραπεία καὶ πρόληψή τους. Καὶ παράλληλα ἀκολούθησε διαφορετικὴ νοοτροπία τῶν φορέων της, τῶν γιατρῶν, κατὰ τὴν ἄσκηση τοῦ ἔργου τους.

Διαμορφώθηκε, ἔτσι, ἓνα νέο *status quo* τῆς Ἱατρικῆς καὶ τοῦ γιατροῦ, γιὰ τὸ ὁποῖο θὰ γίνεи τώρα λόγος μὲ συγκριτικὲς ἀναφορὲς πρὸς ὅσα ἐξέθεσα στὸ προῶτο κεφάλαιο.

— Ἡ μορφολογικὴ γνώση τοῦ σώματος, χάρις στὸ ἠλεκτρονικὸ μικροσκόπιο καὶ τὴ μοριακὴ χημεία, προήχθη ἀπὸ τὸ κῦτταρο στὰ ὑποκυτταρικά μορφώματα. Καθορίσθηκε ἡ χημικὴ ταυτότητα καθενὸς ἀπ' αὐτά, ἡ σύνθεσή του δηλαδὴ ἀπὸ τοὺς οἰκοδομικοὺς του λίθους, τὰ ἀμινοξέα, καὶ ἄλλα συστατικά. Καὶ ἡ ἀδρὰ μορφολογικὴ εἰκόνα πέρασε σὲ ὑπερμικροσκοπικό, χημικό, ἐπίπεδο, ὥστε τώρα νὰ πρέπει νὰ συλλαμβάνονται σὰν χημικὲς ὀντότητες καὶ ὄχι σὰν μορφολογικὲς εἰκόνες τὰ ἀπειρελάχιστου μεγέθους ἐνδοκυτταρικά σωμάτια, ὅπως εἶναι τὸ γενετικὸ ὕλικὸ (*DNA*, *RNA*), οἱ ἐνδοκυτταρικοὶ ἀγγελιαφόροι, οἱ κυτταρικοὶ ὑποδοχεῖς, οἱ κυτταρικὲς μεμβράνες, τὰ μιτοχόνδρια, τὸ ἐνδοπλασμικὸ δίκτυο, οἱ νευροδιαβιβαστές, οἱ κεντρικοὶ ρυθμοὶ [3] κ.λπ. Ἡ σημειωθείσα πρόοδος στὸ πεδίο αὐτὸ ὑπῆρξε τόσο καρποφόρα, ὥστε σήμερα νὰ εἶναι ἀπαραίτητο νὰ καταλαβαίνουν τὴ γλώσσα τῆς μοριακῆς βιολογίας καὶ οἱ πρακτικοὶ γιατροί.

— Ἡ παθολογικὴ ἀνατομία, τὴν ὁποία ἀποδίδει καλύτερα, νομίζω, ὁ ὅρος «χημικὴ ἱστοπαθολογία», ἦταν φυσικὸ νὰ ἐξελιχθεῖ παράλληλα πρὸς τὴν

φυσιολογική μορφολογία. Ἐντυπωσιακὲς εἶναι οἱ πρόοδοι στὴν ἱστοχημικὴ ταυτοποίηση μικροτάτων ἀρχικῶν βλαβῶν σὲ διάφορες παθολογικὲς καταστάσεις.

Πρόσφατα δὲ ἐπιτυγχάνεται πολὺ πιὸ εὐαίσθητη ἐπισήμανσή τους μὲ νεώτατες ἀκτινολογικὲς τεχνικὲς [4], ὅπως ἡ πυρηνικὴ μαγνητικὴ ἀντίχρηση καὶ ἡ τομογραφία δι' ἐκπομπῆς ποζιτρονίου [5, 6], μὲ τὶς ὁποῖες ὑπάρχει δυνατότητα ἐντοπισμοῦ τῆς ὅλως ἀρχικῆς βλάβης τοῦ καρκίνου ἀπὸ τὶς ἐπιτόπιες μεταβολὲς τῶν ἰόντων ὕδρογόνου, μὲ τὶς ὁποῖες ξεκινάει ἡ ἀνάπτυξή του. Ποιὸς δὲν μένει ἄφωνος μπροστὰ σ' ἓνα τέτοιο ἐπίτευγμα;

— Ἡ φυσιολογία. Ἔχει εὔλογα τοποθετηθεῖ σὲ νέο βάθος, μὲ τὴ νεώτερη φυσικὴ καὶ χημεία. Τώρα εἶναι ἐφικτὴ μία ἱκανοποιητικὴ κατανόηση τοῦ λειτουργικοῦ στοιχείου, πὺν τὴ χαρακτηρίζει καὶ τὴν τοποθετεῖ, κατὰ κάποιον τρόπο, πάρα πάνω ἀπὸ ἐκεῖνες, οἷονεὶ σὰν «φυσικοχημεία τοῦ ἔμβριου ὄντος».

Καὶ αὐτὸ γιατί στὸν ζῶντα ὄργανισμὸ οἱ χημικὲς ἐπεξεργασίες ἔχουν ὡς τελεολογικὴ ἀποστολὴ ὅχι ἀπλῶς τὴν παραγωγὴ προϊόντων σύνθεσης καὶ ἀποικοδόμησης, ὅπως στὴ νεκρὴ ὕλη, ἀλλὰ τὴν ἐπιτέλεση πολλῶν καὶ ποικίλων λειτουργιῶν, σωματικῶν, πνευματικῶν καὶ ψυχικῶν, στὸ πλαίσιο ὁμοιοστασίας, δηλαδὴ φυσιολογικοχημικῆς καταστάσεως, συμβατῆς μὲ τὴν ὑγεία.

Λεπτομερέστερα :

Οἱ γενετικὲς πρόοδοι εἶναι ἀξιοθαύμαστες, μὲ πάμπολλες ἐπιπτώσεις [7]. Ἔχει διευκρινισθεῖ ἡ μορφὴ τοῦ γενετικοῦ ὕλικου καὶ ἡ σύνθεσή του. Εἶναι δυνατὴ τόσο ἡ διάσπασή του στὰ συστατικὰ πὺν τὸ ἀπαρτίζουν, τὰ γονύλια, καὶ ἡ ἀνασύνθεσή του, ὅσο καὶ ἡ μεταφορὰ τῶν γονυλίων, τὰ ὁποῖα, ὡς γνωστό, ἐλέγχουν τὸ μεταβολισμὸ τῶν πρωτεϊνῶν καὶ δι' αὐτῶν, ἄμεσα ἢ ἔμμεσα, τὴν παραγωγὴ ὅλων τῶν ἀπαραιτήτων γιὰ τὴν ἐπιτέλεση τῶν λειτουργιῶν τῆς ζωῆς παραγόντων, ὅπως οἱ ὁρμόνες, οἱ κυτταρικὲς μεμβράνες, οἱ ὑποδοχεῖς, οἱ ἀνοσολογικοὶ παράγοντες, οἱ νευροδιαβιβαστὲς κ.τ.λ., τόσο ὑπὸ φυσιολογικὲς ὅσο καὶ παθολογικὲς συνθῆκες. Ὅσο ὁ καιρὸς περνάει τόσο καὶ πιὸ ἔντονα μοῦ ἐμπεδώνεται ἡ ἰδέα, ὅτι ὅλες οἱ νόσοι, ἐκτὸς ἀπὸ τὶς τραυματικὲς καὶ τὶς ὀξείες χημικὲς βλάβες, ξεκινᾶνε ἢ ἐπηρεάζονται λίγο ἢ πολὺ ἀπὸ τὸ γενετικὸ στοιχεῖο. Δὲν μοῦ μένει δὲ ἀμφιβολία, ὅτι οἱ τεχνικὲς πρόοδοι τῆς μοριακῆς βιολογίας ἢ μιᾶς ἄλλης περισσότερο προηγμένης μορ-

φῆς της, θὰ φωτίσουν προσεχῶς ἄπλετα πολλὰ μεγάλα αἰτιοπαθογενετικά προβλήματα, πρὸς δόξα τῶν παλαιῶν πρακτικῶν γιατρῶν, πὺν παντοῦ βλέπανε τὴν κληρονομικότητα.

— Ἡ ἀνοσολογία, στὸ πλαίσιο τῆς φυσιολογίας, παρουσιάζει ἐπίσης μεγάλες, ἀξιωμακτικὰ προόδους [8]. Ἔχει σαφῶς ἀναγνωρισθεῖ μιὰ πλειάδα ἀνοσολογικῶν παραγόντων, ἀντιγονικῶν καὶ ἀντισωματικῶν, στὰ πλαίσια τῆς χημικῆς καὶ κυτταρικῆς ἀνοσίας, μὲ ὑποτύπους των ὅλο καὶ πληθυνόμενους· καὶ ἔχει δειχθεῖ ὅτι, ὅταν αὐτοὶ ἀποβαίνουν ἀνώμαλοι, ἐγκαθίστανται νοσογόνοι μηχανισμοί. Ἐνας ἀπ' αὐτούς, ἄξιος γιὰ ξέχωρη ἔξαρση, εἶναι τὰ μονοκλωνικὰ ἀντισώματα [9, 10, 11], μὲ καταλυτικὴ συμβολή, λόγῳ εὐαισθησίας καὶ εἰδικότητας, γιὰ τὴ λύση βιολογικῶν, διαγνωστικῶν, φαρμακολογικῶν καὶ θεραπευτικῶν προβλημάτων [12, 13]. Μὲ αὐτὰ ἐπιτυγχάνεται ἡ ταυτοποίηση, ποσοτικὴ μέτρηση, ἐντόπιση καὶ κάθαρση μακρομορίων σὲ σύνθετα βιολογικὰ μείγματα.

● Ἡ ἐνδοκρινολογία πλουτίσθηκε ἀφειδῶς μὲ τὴν ἀνακάλυψη πληθύνος ὁρμονῶν, ὅπως οἱ ὑποθαλαμικῆς, οἱ τοῦ κεντρικοῦ νευρικοῦ συστήματος, οἱ γαστρεντερικῆς καὶ ἄλλες, τῶν ὁποίων μελετήθηκαν οἱ δραστηριότητες. Συγχρόνως τοποθετήθηκε σὲ νέο ἐπίπεδο ἡ φυσιολογία τῶν παλαιότερα γνωστῶν ὁρμονῶν.

● Οἱ κυτταρικοὶ ὑποδοχεῖς καὶ οἱ νευροδιαβιβαστὲς εἶναι δύο νεώτεροι φυσιολογικοὶ παράγοντες, μὲ τεράστιες βιολογικῆς ἐπιπτώσεις. Οἱ πρῶτοι εἶναι μικρομόρια πρωτεϊνικὰ τῆς κυτταρικῆς μεμβράνης, τὰ ὁποῖα ὑπὸ γενετικὴ βηματοδότηση ἐξυπηρετοῦν τὶς μεταξὺ ἐνδοκυτταρικοῦ καὶ ἐξωκυτταρικοῦ χώρου ἀνταλλαγὰς οὐσιῶν, τόσο ἐνδογενῶν, ὅσο καὶ ἐξωγενῶν, ὅπως π.χ. τὰ φάρμακα.

Οἱ νευροδιαβιβαστὲς, μὲ χημικὴ σύνθεση ἐξ ἀμινοξέων, νευροαμινῶν καὶ νευροπεπτιδίων [14], ἐξυπηρετοῦν τὴν κυτταρικὴ χημικὴ ἐπικοινωνία στὸν ἐγκέφαλο καὶ ἄλλα ὄργανα. Ἡ μελέτη τους εἶναι αὐτὴ τὴ στιγμή ἐντατικὴ καὶ ἀποφέρει σπουδαίους καρπὸς ὡς πρὸς τὶς ἀσθένειες τοῦ κεντρικοῦ νευρικοῦ συστήματος, συμπεριλαμβανομένων καὶ τῶν ψυχοπαθειῶν [15, 16, 17, 18, 19, 20, 21] μὲ μεγάλες προσδοκίαι γιὰ τὸ μέλλον [22]. Ρόλο πρωτογενοῦ στὴν ἀνακάλυψή τους ἔπαιξε ὁ ἀείμνηστος Γ. Κοτζίδης.

Τὰ ὅσα συντομώτατα θίξαμε γιὰ φυσιολογικοὺς ρυθμιστὲς ἐμφαίνουν σαφῶς, ὅτι ἡ φυσιολογικὴ ὁμοιοστασία εἶναι τώρα κάτι τὸ πολὺ πιὸ εὐρὸν καὶ σύνθετο ἀπ' ὅ,τι πίστευαν παλαιότερα, ὅταν οἱ ἀλλήλεπιδράσεις τοῦ ὁργανισμοῦ

καθορίζονταν μὲ τὶς λίγες τότε γνωστὲς συνιστώσες τοῦ κυκλοφορικοῦ, νευρικοῦ καὶ ἐνδοκρινικοῦ συστήματος.

Πολὺν πρὶν εὖρὸν καὶ σύνθετο, ἀλλὰ καὶ πολὺν πρὶν τεκμηριωμένο, πρὸς δικαίωση τῆς μεγαλοφυοῦς σύλληψης τοῦ Bernard ἐδῶ καὶ ἑκατὸν τριάντα χρόνια πίσω, γιὰ τὸ ἐσωτερικὸ περιβάλλον, καὶ τοῦ Cannon γιὰ τὴν ὁμοιοστασία. Τῇ φυσιολογίᾳ πρέπει νὰ ἀντιλαμβάνεται κανεὶς σήμερα σὰν ὑπερπολύπλοκο ὀλιστικὸ (τοῦ ὅλου σώματος) συντονισμό.

— Ἡ Παθολογικὴ Φυσιολογία παρουσιάζει παρόμοια ἐξέλιξη. Καὶ γι' αὐτὸ τὸ λόγο πρέπει νὰ ἔχει ὁ καθένας κατὰ νοῦ, ὅτι πᾶσα μεταβολὴ ὅπουδήποτε στὸν ὄργανισμό ἀντανακλᾷ στὸ σύνολό του.

● Γιὰ τὴν αἰτιοπαθογένεση προφανῶς ἰσχύει τὸ ἴδιο, ἀφοῦ τῆς ἱστολογικῆς βλάβης προηγεῖται ἡ φυσικοχημικὴ μεταβολή, διαταράσσουσα τὴν ὁμοιοστασία. Εἰδικότερα ὅμως πρέπει μὲ ἔμφαση νὰ τονισθεῖ, ὅτι κατὰ τὴν ἐπικρατέστερη ἄποψη ὁ αἰτιοπαθογενετικὸς μηχανισμὸς τῶν περισσοτέρων νόσων καθορίζεται ἀπὸ συνεργίαν τοῦ γενετικοῦ, περιβαλλοντικοῦ καὶ ἀνοσολογικοῦ παράγοντα, μὲ κυρία ἐπίδραση τῶν δύο πρώτων στὴν αἰτιολογία καὶ τοῦ τρίτου, τοῦ ἀνοσολογικοῦ, στοὺς παθογενετικὸς μηχανισμούς· καὶ ὅτι ὑπάρχουν δεδομένα περὶ ἐλέγχου τοῦ ἀνοσολογικοῦ ἀπὸ τὸν γενετικὸ παράγοντα [23] καὶ περὶ γενέσεως ποικίλων νοσολογικῶν ὀντοτήτων ἀπὸ τὸν ἴδιο αἰτιολογικὸ παράγοντα, π.χ. ἰόν, ἔνεκα τῶν διαφορῶν τῆς ἀνοσολογικῆς ἀνταπόκρισης [24].

● Ἡ κλινικὴ Ἱατρικὴ—δευτερογενῆς, ἐραριστικὸς κλάδος πολλῶν βιολογικῶν ἐπιστημῶν καὶ οὐμανιστικῶν—εἶναι κατὰ τὶς ἡμέρες μας πολὺ διαφορετικὴ ἀπ' ὅ,τι ἦταν κατὰ τὸ παρελθόν.

Τὴν ὅλη τῆς ἀπαρτίζουν ἀσθένειες πολλαπλάσιες, πρὶν ταυτοποιήθηκαν μετὰ τὴν ἐνδελεχὴ αἰτιοπαθογενετικὴ διερεῦνηση. Καὶ αὐτὸ παρ' ὅ,τι ἡ εἰσαγωγὴ εἰδικῶν tests ὁδηγεῖ, ὅχι σπάνια, στὴν ὑπαγωγὴ πολλῶν συνδρόμων, προηγουμένως γνωστῶν σὰν ἐπώνυμες αὐτοτελεῖς ἀσθένειες, σὲ μία νοσολογικὴ ὄντοτητα.

Οἱ βακτηριδιακὲς λοιμώξεις, μ' ὅλη τὴν ἀνακάλυψη νέων βακτηριδιακῶν νόσων καὶ τὴν εὐδοκίμηση ἀνθεκτικῶν στὰ ἀντιβιοτικὰ λοιμώξεων, ἔχουν σημαντικὰ μειωθεί, μὲ μέτρο τὰ κρούσματά τους. Ἀπὸ μερικοὺς δέ, ὅχι τοὺς περισσοτέρους [25, 26], ἐλπίζεται ὅτι τελικὰ θὰ ἐξαφανισθοῦν. Ἐνα μεγάλο ὅμως νοσολογικὸ πρόβλημα ἀποτελοῦν οἱ ιώσεις, μὲ τὴν ἀνακάλυψη νέων ἰῶν καὶ τὴν ἀναγνώριση

τῆς αἰτιολογικῆς τους σημασίας γιὰ πολλές χρόνιες νόσους, ὅπως ὁ καρκίνος, οἱ λευχαιμίες, οἱ χρόνιες ἥπατίτιδες καὶ διάφορα νευρολογικὰ νοσήματα. Κατὰ τὰ ἀνωτέρω εἶναι πλήρως δικαιολογημένη ἡ ἔντονη καὶ συστηματικὴ ἔρευνα, πὺν ἐπιτελεῖται, γιὰ ἀντιμετώπιση τῶν ἰῶν μὲ ἀντιβιοτικά [27] καὶ ἐμβόλια, ὅπως π. χ. γιὰ τὴν ἰογενὴ ἥπατίτιδα Β καὶ τὸν πρωτοπαθεῖ καρκίνο τοῦ ἥπατος, νόσους κατ' ἐξοχὴν συχνῆς στὴν Ἑλλάδα [28, 29].

Οἱ χρόνιες νόσοι (ἀγγειακὲς καρδίας καὶ ἐγκεφάλου, κακοήθη νεοπλασμάτα, παχυσαρκίες, ἀσθένειες γήρατος) εἶναι τώρα πολὺ συχνῆς. Συνιστοῦν τὰ κυριότερα σύγχρονα ἱατροκοινωνικὰ προβλήματα [30].

Ἡ ἀνάγκη ἀντιμετώπισης τῶν χρονίων νόσων καθορίζει καίρια τοὺς σημερινοὺς προσανατολισμοὺς τῆς Ἱατρικῆς καὶ τοῦ γιαιτροῦ στὴν πράξη πὺν πολὺ ἀπὸ κάθε ἄλλο παράγοντα. Ἰδιαίτερα μεγάλο πρόβλημα ἔχει καταστεῖ ἡ περίθαλψη τῶν ἀτόμων τῆς τρίτης ἡλικίας.

Οἱ ἀνοσολογικὲς νόσοι, οἱ ὁποῖες μὲ ἐξαίρεση τὴν ὁρονοσία ἦταν ἄγνωστες ἐδῶ καὶ λίγα χρόνια, —τότε ἡ ἀνοσολογία ἦταν μόνο θεραπευτικὴ μὲ ὁρὸν καὶ ἐμβόλια— ἀποτελοῦν σήμερα, λόγῳ τῆς βιολογικῆς σημασίας καὶ συχνότητάς τους, μία σπουδαία, ἄγνωστη σὲ πολλοὺς, κατηγορία νοσολογικοῦ ὕλικου. Γι' αὐτὸ θὰ κάμω διεξοδικότερη τὴ διαπράγματευσή τους.

Ὅπως κλασσικὰ εἶναι γνωστό, ὁ ὁργανισμὸς κάτω ἀπὸ φυσιολογικὲς συνθῆκες ἔχει μία ὀρισμένη δομὴ· καὶ θεωρεῖ βιολογικὰ ὡς δικό του κάθε δομικὸ στοιχεῖο τοῦ σώματός του. Ὅμως, ὅταν ἐκτίθεται σὲ ἐπίδραση οὐσιῶν τοῦ περιβάλλοντος —καὶ μάλιστα οὐσιῶν πρωτεϊνικῆς φύσεως, οἱ ὁποῖες διαφέρουν χημικὰ ἀπὸ τὶς δικές του πρωτεΐνες καὶ καλοῦνται ἀντιγόνα — προβάλλει ἄμυνα κατὰ τῆς ξένης οὐσίας, διὰ τοῦ ἀμυντικοῦ του συστήματος, μὲ χημικὰ (ἀντισώματα) καὶ κυτταρικὰ (λεμφοκύτταρα) στοιχεῖα γιὰ τὴν ἐξουδετέρωσή τους, πὺν συνήθως εἶναι ἀποτελεσματικὴ. Ὅχι σπάνια ὁμως, κάτω ἀπὸ εἰδικὲς συνθῆκες ἐπίδρασης τῶν ἀντιγόνων ἢ ἐκδήλωσης τῆς ἀνοσολογικῆς ἄμυνας, εἶναι δυνατόν νὰ προκύψει ἀσύμφορη ἀμυντικὴ ἀντίδραση, ἐναντίον στοιχείων τοῦ ἴδιου τοῦ σώματος, τὰ ὁποῖα σ' αὐτὴ τὴν περίπτωσιν δροῦν σὰν ἀντιγόνα. Τότε ἀντὶ ἐξουδετέρωσης τοῦ ξένου παράγοντα ἀκολουθεῖ βλάβη τοῦ ἴστοῦ, δηλαδὴ αὐτοανοσολογικὴ ἀσθένεια.

Κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη, μὲ συστηματικὴ μελέτη τῶν πολλῶν καὶ ποικίλων παραγόντων τῆς χημικῆς καὶ κυτταρικῆς ἀνοσίας, καταδείχθηκε, ὅτι μιὰ πλειάδα ἀπὸ νόσους ὅλων τῶν ὁργανικῶν συστημάτων, μὲ ποικίλο ἱστοπαθολογικὸ ὑπόστρωμα, μποροῦν νὰ ἐνταχθοῦν στὴν κατηγορία τῶν νοσολογικῶν ἢ εἰδικότερα τῶν αὐτοανοσολογικῶν, ἂν ὡς κριτήριον γιὰ τὴν ἐνταξὴ ἰσχύσει ὅχι ὁ αἰτιολογικὸς

παράγων, ἀλλὰ ὁ δεσπόζων, παθογενετικά, διαταραγμένος μηχανισμὸς τῆς ἀνοσολογικῆς ἀντίδρασης. Σὲ αὐτὴν ὑπάρχουν οἱ κολλαγονώσεις [31], πολλοὶ κακοήθεις ὄγκοι [32, 33, 34, 35, 36], μερικὲς μορφές διαβήτη [37, 38, 39, 40, 41], καὶ ὑπογλυκαιμίας [42, 43, 44], ὀλίγες ἐνδοκρινοπάθειες [45, 46, 47, 48], διάφορες ἀσθένειες τοῦ νευρικοῦ συστήματος [49], ἀρκετὲς νεφροπάθειες [50], λίγες νόσοι τοῦ αἵματος [51, 52], τὰ σύνδρομα ἀνοσολογικῆς ἀνεπάρκειας, ἐπίκτητης καὶ κληρονομικῆς [53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60], κ.τ.λ. Σὲ πολλὰ ἀπὸ τίς συνδρομὲς αὐτὲς γιὰ τὴ γένεσή τους ἐκτὸς ἀπὸ τὸ δεσπόζον στοιχεῖο τῆς ἀνώμαλης ἀνοσολογικῆς ἀντίδρασης οὐσιαστικὸς παράγων εἶναι ἡ λοίμωξις μὲ *Ι*ό. Ἀπὸ αὐτὴ πιθανῶς ξεκινάει ἡ ἀνώμαλη ἀνοσολογικὴ ἀντίδραση, ὅταν ὑπόκειται γενετικὴ προδιάθεση [58]. Εἶναι πιθανὸ ὅτι στὸ μέλλον, μὲ τὴ βοήθεια τῶν μονοκλωνικῶν ἀντισωμάτων, θὰ ἀποκαλυφθοῦν καὶ ἄλλες ἀνοσολογικὲς νόσοι, διότι ἀνώμαλη ἀνοσολογικὴ ἀντίδραση εἶναι δυνατόν ν' ἀναπτυχθεῖ πρὸς πολλὰ δομικὰ στοιχεῖα τοῦ ὁργανισμοῦ.

Στὸ πλαίσιο τῶν ἀνοσολογικῶν νόσων πρέπει νὰ περιληφθοῦν καὶ οἱ ἄλλεργικὲς νόσοι, οἱ ὁποῖες ἀπαντῶνται τώρα πολὺ συχνότερα λόγῳ τῆς μεγάλης διείσδυσης τῆς χημείας στὴν καθόλου διαβίωσή μας.

- Οἱ γενετικὲς νόσοι πλῆθυναν πολὺ, ἔνεκα τῶν σημερινῶν δυνατοτήτων γιὰ ἀναγνώρισή τους. Παλαιότερα περιορίζονταν στὰ σύνδρομα τῶν διαφόρων χρωματοσωματικῶν ἀνωμαλιῶν, μὲ ἐπικεφαλῇ στὴ χώρα μας τίς αἱμοσφαιρινοπάθειες. Τώρα, μὲ τίς ἐκπληκτικὲς προόδους στὴ γενετικὴ μεθοδολογία, προσθέτονται καθημερινὰ νέες γενετικὲς ἀσθένειες [61, 62, 63, 64, 65, 66].

Ἀξίζει νὰ σχολιασθεῖ μὲ ἔμφαση τὸ κατὰ πόσο διάφορα κακοήθη νεοπλασματὰ πρέπει νὰ θεωρηθοῦν ὡς γενετικὲς νόσοι. Οἱ τελευταῖες ἐργασίες γιὰ τὰ ὀγκογόνα γονύλια τοῦ DNA ἐπὶ νεοπλασιῶν [67, 68, 69, 70, 71, 71α, 71β], συνηγοροῦν ὑπὲρ τῆς γενετικῆς φύσης τους. Παράλληλα δείχθηκε, ὅτι ὑπάρχουν γονύλια στοὺς ὀγκογόνους *Ι*ούς, πράγμα πὸν συνηγορεῖ γιὰ τὴν περιβαλλοντικὴ αἰτιολογία. Ποιὸς μπορεῖ νὰ ἀποκλείσει τὴ συνεργασία τῶν δύο, *Ι*οῦ καὶ γενετικῆς ἀνωμαλίας, κάτω ἀπὸ εἰδικὲς συνθήκες; Σήμερα θεωρεῖται πολὺ πιθανή. Εἶναι δὲ ἀναμφίβολο, ὅτι ἡ ἀναμενόμενη προσεχῶς διαλεύκανση τῶν μοριακῶν γενετικῶν ἐπεξεργασιῶν, πὸν συμβάλλουν στὴ γένεση τῶν νεοπλασματικῶν νόσων, σὲ συνδυασμὸ μὲ τὴν ταυτοποίηση τοῦ αὐξητικοῦ παράγοντα τῶν νεοπλασιῶν, θὰ ἀνοίξει νέους ὁρίζοντες στὴ διαγνωστικὴ ταξινόμηση, τὴν πρόγνωση, τὴ θεραπεία

καὶ τὴν πρόληψή τους. Στὶς ἐν λόγω ὅλως πρόσφατες ἐπιτεύξεις ρόλο σκαπανέως παίζει ὁ Χάρης Ἀντωνιάδης, ἀντεπιστέλλον μέλος τῆς Ἀκαδημίας μας [72].

— Ἡ Διαγνωστικὴ ἔχει πλουτισθεῖ μὲ θαυμάσιες τεχνολογικὲς ἐπιτεύξεις. Μέθοδοι μὲ ἐξαιρετικὴ εἰδικότητα καὶ εὐαισθησία, βιοχημικὲς, γενετικὲς, ἀνοσολογικὲς, ἀκτινολογικὲς, ἠλεκτρονικὲς, στατιστικὲς κ.τ.λ. ὑπάρχουν τώρα στὴ διάθεση ὄχι μόνο τοῦ ἐρευνητῆ, ἀλλὰ καὶ τοῦ κλινικοῦ γιατροῦ. Μὲ τὴ βοήθειά τους ἀποκαλύπτεται, πρῶιμα πολλὰς φορὲς, ἡ ἐντόπιση καὶ φύση τῆς νόσου, ἀνεξάρτητα ἀπὸ ἄλλες δυσάρεστες ἐπιπτώσεις τῆς τεχνολογίας. Ἡ ἀντιμετώπιση τῶν τελευταίων, ἔχει καταστήσει ἀναγκαία τὴ συστηματικὴ ἐκτίμηση τῆς ἀσφάλειας καὶ ἀποτελεσματικότητος πάσης νεοεισαγομένης στὴν πράξη τεχνικῆς μεθόδου [73], ὅπως καὶ παντὸς φαρμάκου.

● Ἡ θεραπευτικὴ ἀναμφισβήτητα παρουσίασε μεγάλα βήματα προόδου, κυρίως μὲ τὰ ἀντιβιοτικά, τὰ ψυχοφάρμακα, τὰ χημειοθεραπευτικά, τὰ φάρμακα τῆς ἀνοσολογίας [74], πολλὰς νέες τεχνικὲς καὶ βιοϋλικά [75] καὶ τὶς μεταμοσχεύσεις, ἂν καὶ οἱ τελευταῖες εἶναι ἀκόμη ἐν τῷ γίνεσθαι. Γιὰ τὴν θεραπεία, ὅμως, τῶν μεγάλων κοινωνικῶν νόσων δὲν ὑπῆρξαν θετικὰ βήματα. Καὶ ἄπειροι ἔχουν προβάλει προβληματισμοὶ πάνω στὴ χορήγηση φαρμάκων, ἐν ὅφει τῶν δεδομένων, ποὺ νεοαποκτήθηκαν, σχετικὰ μὲ τὴν ἀπορρόφησή τους, τὸ βιομετασχηματισμὸ τους, τὴν ἀπέκκρισή τους, τὶς ἀλληλεπιδράσεις τους [76], καὶ τοὺς γενετικὸς καὶ περιβαλλοντικὸς παράγοντες, οἱ ὅποιοι παρεμβαίνουν γιὰ τὴ δραστηριότητα καὶ βλαπτικότητά τους [77]. Ἀποτελεῖ πίστη μου, ὅτι ὁ γιατρός πρέπει νὰ προβληματίζεται, ὅταν χορηγῇ τὸ φάρμακο· καὶ ὅτι στὸ μέλλον μόνο ὑπὸ ἠλεκτρονικὸν ὑπολογιστὴ θὰ γίνεται ἡ συγχορήγηση πολλῶν φαρμάκων.

— Ἡ διατροφή μέχρι πρὶν ἀπὸ λίγα χρόνια ἦταν μία παραμελημένη περιοχὴ τῆς Ἰατρικῆς πράξης, μὲ ἐξαίρεση τὶς βιταμίνες καὶ τὶς στερεντικές νόσους. Τώρα ἐρευνᾶται ἔντονα ἡ θέση της στὴν θεραπεία καὶ πρόληψη διαφόρων νόσων [78, 79], μὲ πιὸ ἐνδελεχὴ ἔλεγχο τῆς βιοδιαθεσιμότητος τῶν τροφῶν, τοῦ μεταβολισμοῦ τῶν θρεπτικῶν οὐσιῶν, τῆς σημασίας τῶν ἱχθυοστοιχείων καὶ τοῦ ρόλου τῶν διατροφικῶν παραγόντων στὴν αἰτιοπαθογένεση τῶν διαφόρων νόσων. Βρισκόμαστε πρὸ νέου ἱατρικοῦ κλάδου, τοῦ τῆς διατροφῆς, εἰδικότερα τῆς κλινικῆς διατροφῆς. Ἡ γνώση του εἶναι ἀναγκαία σὲ κάθε γιατρό. Γι' αὐτὸ καὶ ἡ διατροφή τώρα διδάσκεται ὅλο καὶ σὲ περισσότερα πανεπιστήμια ὡς ξεχωριστὸ μάθημα [80, 81, 82].

Κύριε Πρόεδρε,

ἔχοντας ὑπ' ὄψη μας ὅσα καθ' ἕκαστα ἐξετέθησαν γιὰ τὴν Ἱατρικὴ τῶν ἡμερῶν μας μποροῦμε νὰ προβοῦμε σὲ γενικὲς γι' αὐτὴν διαπιστώσεις, πὺν ἴσως εἶναι χρήσιμες γιὰ περαιτέρω πορεία.

Ἡ Ἱατρικὴ εἶναι τώρα ἐπιστήμη καὶ τέχνη [83], μὲ δεσποτεία τοῦ ἐπιστημονικοῦ στοιχείου. Τὸ περιεχόμενόν της ἐπεκτείνεται, πέρα ἀπὸ τὸ βιολογικὸ στοιχεῖο, στὸ ψυχικὸ καὶ κοινωνικόν. Γι' αὐτὸ ἡ διαμόρφωση καὶ ἄσκησίς της εἶναι νοητὴ μόνον ὑπὸ συνεργασία τῶν γιατρῶν, πὺν ταυτίζονται μὲ τὸν κορμὸ της, μὲ τεχνικούς, ἀνθρωπολόγους, κοινωνιολόγους, οἰκονομολόγους, ψυχολόγους, φιλοσόφους, στατιστικούς καὶ ἄλλους καθ' ἕκαστα εἰδικούς [84].

Τὸ μορφολογικὸ της καὶ λειτουργικὸ της ὑπόστρωμα εἶναι τοποθετημένο σὲ φυσιολογικοχημικὴ βάση· καὶ κατὰ συνέχεια ἔχει καθιερωθεῖ ἕνας διαφορετικὸς αἰτιοπαθογενετικὸς τρόπος σκέπτεσθαι, μὲ ριζικὲς μεταβολὲς στὸ ἔργο τῆς διάγνωσης, θεραπείας, πρόληψης καὶ στὴν προσωπικότητα τοῦ γιατροῦ. Ἡ ὕλη της ἔχει ἀφάνταστα αὐξηθεῖ. Ὁ γιατρός ἀντιμετωπίζει τὰ προβλήματα τῆς ὑγείας, ἐκτιμώντας πέραν τοῦ μηχανικοῦ, μικροβιακοῦ καὶ τοξικοῦ αἰτίου, τὸ βιοχημικόν, ὁρμονικόν, γενετικόν καὶ ἀνοσολογικὸν μηχανισμό, οἱ ὅποιοι ἀνοίγουν νέους τρόπους θεραπείας καὶ πρόληψης.

Τεράστια εἶναι ἡ διείσδυση τῆς Τεχνολογίας. Μὲ αὐτὴν πολλαπλασιάσθηκαν οἱ τεχνολογικὲς καὶ θεραπευτικὲς μέθοδοι, μὲ πολλὰς ἀγαθὰς ἐπιπτώσεις, μεταξὺ τῶν ὁποίων ὡς σημαντικοτάτη πρέπει νὰ θεωρηθεῖ ἡ προσφορὰ στὸν κλινικὸν γιατρόν συγκροτημένων νοσολογικῶν στοιχείων, ὑποκειμένων σὲ μέτρηση, ἀντὶ τῶν πιθανολογούμενων καὶ δυσκολομέτρητων, στὰ ὁποῖα στηριζόταν προηγουμένως. Πολλὰς ἐξ ἄλλου ὑπῆρξαν οἱ ἀνεπιθύμητες ἐπιδράσεις της, ὅπως ἡ μόλυνση τοῦ περιβάλλοντος, ἡ ἐξάντληση τῶν φυσικῶν πηγῶν, ἡ οἰκολογικὴ ἀνισορροπία, ὁ ἐπιπολασμός τῶν νόσων τῆς ἱατρικῆς προόδου, ἡ αὐξηση τῶν δαπανῶν τῆς ὑγειονομικῆς περίθαλψης, καί, πρὸ παντός, ἡ ὑποβάθμιση τῆς σημασίας τῆς κλινικῆς ἐμπειρίας, ὁ παραμερισμός τοῦ παθολόγου, ἡ ὑπερειδίκευση, ἡ ὑπερκαθιέρωση τῆς νοσοκομειακῆς περίθαλψης καὶ ἡ ἀποπροσωποποίηση τοῦ ἀνθρώπου. Γιὰ τίς ἐπιπτώσεις τῆς τεχνολογίας, οἱ ὁποῖες συνδέονται στενὰ μὲ τὴν Ἱατρική, θὰ ὑπάρχουν σύντομα σχόλια.

Ὁ φρενὴρης πολλαπλασιασμός τῶν διαγνωστικῶν μεθόδων προκαλεῖ τεράστιες δυσχέρειες στὸν πρακτικὸν γιατρόν, προκειμένου νὰ κατανοήσῃ τὴ σημειολογικὴν τὸν ἀξία καὶ νὰ τίς χρησιμοποιοῦσῃ στὴν πράξιν του. Οἱ σχετικὲς μὲ αὐτὰς ἐρευνες ὁδηγοῦν συχνὰ σὲ ἀλληλοσυνγκρούμενες ἀπόψεις [85]. Ὡς ἐλπίδα δὲ γιὰ

ἐκμετάλλευσή τους στο μέλλον παραμένουν ἡ ἐπεξεργασία τῶν ἀποτελεσμάτων τους μὲ ἡλεκτρονικούς ὑπολογιστὲς καὶ ἡ συστηματικὴ πληροφοριοδότηση τῶν γιατρῶν τῆς πράξης γιὰ τὶς σημειούμενες προσόδους [86].

Ἡ αὔξηση τοῦ ἀριθμοῦ καὶ τῶν κατηγοριῶν τῶν νόσων, γιὰ τὴν ὁποία ὑπῆρξε σύντομη ἀναφορά, συνέτεινε στὸν παραμερισμὸ τοῦ παθολόγου, τὴν ὑπερειδίκευση καὶ τὴν προτίμηση στὴ νοσοκομειακὴ περίθαλψη.

Καμία ἀμφιβολία ὅτι χωρὶς εἰδικεύσεις καὶ γνώση τῶν εἰδικῶν μεθόδων δὲν νοεῖται εἰς βάθος ἔρευνα, ἀπὸ τὴν ὁποία ξεκινοῦν οἱ μεγάλες ἐπιτεύξεις, οἱ σταθμοὶ τῆς Ἱατρικῆς. Ἐξ ἄλλου ὅμως πῶς νὰ βοηθεῖ γιατρός χωρὶς ἐποπτεία στὴ συνόλη φυσιοπαθολογία τοῦ ὁργανισμοῦ καὶ σ' ὅλους τοὺς αἰτιοπαθογενετικούς παράγοντες καὶ μηχανισμοὺς τῶν νόσων, ἔπειτα ἀπ' ὅσα ὑπομνήσθηκαν γιὰ βιολογικὴ ὀλιστικὴ Ἱατρικὴ καὶ ὅσα μποροῦν νὰ προστεθοῦν μὲ βάση τὶς κινεζικὲς ἐμπειρίες γιὰ τὴν παραδοσιακὴ Ἱατρική; [87, 88]. Τὰ τελευταῖα χρόνια ὑποστηρίζεται ὅλο καὶ πὺς πολὺ ἡ ἀνάγκη νὰ ξαναγεννηθεῖ ὁ παθολόγος [89], ὑπὸ ἓνα ὅμως νέο τύπο [90]. Αὐτὸν ποὺ θὰ συνδυάζει ἐπαρκὴ βασικὴ βιολογικὴ κατάρτιση, στερεὴ κλινικὴ ἐμπειρία, σύμμετρο φιλοσοφικοψυχολογικὸ στοχασμὸ, καὶ θερμὸ κοινωνικὸ ἐνδιαφέρον· καὶ θὰ εἶναι καὶ οἰκογενειακὸς γιατρός [91].

Ἡ γνώση τῆς βιολογίας εἶναι στοιχειώδης προϋπόθεση γιὰ νὰ σκέπτεται ὁ γιατρός σὰν ἐπιστήμονα στὸ διαγνωστικὸ, θεραπευτικὸ καὶ προληπτικὸ τοῦ ἔργου· καὶ γιὰ νὰ εἶναι σὲ θέση νὰ ἐνημερώνεται πάνω στὶς ἀδιάπτωτες ἐπιστημονικὲς προσόδους.

Γιὰ τὴν κλινικὴ ἐμπειρία ἴσως δὲν χρειάζεται σχόλιο. Παραμένει τὸ φῶς καὶ ἡ πυξίδα τοῦ γιατροῦ στὸ σκοτεινὸ διαγνωστικὸ καὶ θεραπευτικὸ τοῦ ἔργου, γιὰτὶ στηρίζεται στὴν πανάρχαιη σοφὴ ἐμπειρία καὶ στὰ προσωπικά του βιώματα. Καὶ μόνο μὲ τὴ βοήθειά της ἐκτιμοῦνται, κατὰ τὸ δυνατό, τὰ ἀτομικὰ ἀναμνηστικὰ στοιχεῖα, τὰ ὑποκειμενικὰ συμπτώματα καὶ τὰ ἀντικειμενικὰ εὐρήματα σὲ κάθε μία ὑπὸ διάγνωση περίπτωση, τουλάχιστο ἐπὶ τοῦ παρόντος, ποὺ ἡ λεγόμενη κυβερνητικὴ δὲν βοῆκε ἀκόμη εὐρεῖα ἐφαρμογὴ στὴν πράξη.

Ὁ φιλοσοφικοψυχολογικὸς στοχασμὸς εἶναι ἀπαράιτητος γιὰ τὸν γιατρό [92], γιὰ συμπλήρωση τοῦ βιολογικοῦ, ἀκόμη καὶ σήμερα, τὴν ἐποχὴ τῆς φυσιοκρατίας. Ἴσως δὲ τώρα πὺς πολὺ. Μόνο μὲ αὐτὸν προσεγγίζονται πέραν τοῦ σωματικοῦ, ὁ πνευματικὸς καὶ ψυχικὸς παράγων τοῦ ἀσθενοῦς, οἱ ὅποιοι, ὅχι σπάνια, συμβάλλουν σὲ ἀξιόλογο βαθμὸ ἢ καὶ ὀλοκληρωτικά, γιὰ τὴν ἀρτίωση τῆς κλινικῆς εἰκόνας. Καὶ μόνο μὲ τὴ βοήθειά του ἐπιτυγχάνονται ἡ προσπέλαση πρὸς τὴ φύση [92] καὶ τὸν ἄνθρωπο [93] καὶ ἡ διέγερση τῆς φυσικῆς του διάθεσης πρὸς ἴαση [94].

“Ας μὴ λησμονᾶμε, ὅτι πρωταρχικὸ ἔργο τοῦ γιατροῦ εἶναι νὰ ἀνακουφίξει καὶ παρηγορεῖ τὸν ἄρρωστο, κι αὐτὸ δὲν γίνεται χωρὶς γνώση τῆς ἀνθρώπινης ψυχῆς.

Ὡς πρὸς τὸ κοινωνικὸ ἐνδιαφέρον τοῦ γιατροῦ εἶναι αὐτονόητη ἡ ἀνάγκη γι’ αὐτὸν ἔπειτα ἀπὸ τὴν ἔντονη κοινωνικοποίηση τῆς Ἱατρικῆς, λόγῳ σύγχρονης κοινωνικῆς φιλοσοφίας, πολυπαραγοντικότητάς της καὶ ὑψηλοῦ κόστους τῆς ὑγείας.

Κατὰ τὶς ἡμέρες μας χαλαρώθηκε ἡ διαπροσωπικὴ σχέση γιατροῦ - ἀρρώστου λόγῳ ἀσφαλιστικοποίησης τῆς Ἱατρικῆς. Ἀσκεῖται, ἐν πολλοῖς, ἀπρόσωπη, ἀπαθροπισμένη Ἱατρικὴ. Καθημερινῶς δημιουργοῦνται συγκρούσεις καὶ ἠθικὰ διλήμματα κατὰ τὴν ἐπιδίωξη τοῦ νὰ παρέχεται περίθαλψη ὑπὸ πρέποντα συνδυασμὸ τοῦ ἀτομικοῦ συμφέροντος (self interest) τοῦ γιατροῦ καὶ τοῦ ἀλτρουϊσμοῦ (altruism), ὥς τὸν καθιέρωσαν ἡ Ἱποκρατικὴ καὶ Χριστιανικὴ παράδοση καὶ οἱ νόμοι τῆς Πολιτείας εἰς τὶς χῶρες μὲ δυτικὸ πολιτισμὸ. Εἶναι κολοσσιαῖο πρόβλημα τὸ νὰ χαραχθεῖ καὶ κυρίως νὰ γίνῃ σεβαστὴ μία χρυσή τομή, πὸν θὰ τὴν ἀποδέχονται ἐλεύθερα οἱ συμβαλλόμενοι γιὰ τὴν ὑγεία, οἱ ἀσθενεῖς, οἱ γιατροί, ἡ Πολιτεία. Ὅρα καὶ νόμο γιὰ τὴν ὑγεία στὸν τόπο μας. Συμπερασματικὰ ὅμως ἄς τονισθεῖ ὅτι ἡ κοινωνικοποίηση τῆς Ἱατρικῆς εἶναι παγκόσμιος θεσμός, ὁ ὁποῖος θὰ λειτουργήσῃ καλὰ, μόνο ἂν ἀπ’ ὅλες τὶς πλευρὲς δευχθεῖ ἡ νοοτροπία συνεργασίας, ἔξω ἀπὸ κομματικὰς παρέλξεις καὶ μονόπλευρους δογματισμούς.

— Γιὰ τὸ κόστος τῆς ὑγείας εἶναι γνωστὸ, ὅτι ἀποτελεῖ ἓνα μεγάλο ἐφιάλτη στοὺς κρατικὸν προϋπολογισμοὺς διεθνῶς. Ἀπ’ αὐτὸ προκύπτουν προβλήματα ἱατρικά, οἰκονομικά, ἠθικά, ἡθικά, κοινωνικά καὶ πολιτικά ἀξεπέραστα, τῶν ὁποίων ἡ λύση καθιστᾷ ἀναγκαῖο τὸ μέτρον (rationing) τῆς ἀνθρώπινης ζωῆς [95].

Ἡ στροφὴ πρὸς τὴν πρόληψη, σὲ ἀσύγκριτα εὐρύτερους νοσολογικοὺς τομεῖς, ὑπῆρξε μία θεμελιώδης μεταβολὴ κατὰ τὰ τελευταῖα χρόνια [96], λόγῳ πρῶτον ἀνεπιθύμητων μεταβολῶν στὸ φυσικὸ οἰκολογικὸ σύστημα καὶ δεύτερον ἐπαναστατικῶν βιολογικῶν προόδων. Ὁ πρῶτος ἀπὸ αὐτοὺς τοὺς παράγοντες δημιούργησε τὴν ἀνάγκη. Ὁ δεύτερος τὴν προσδοκία ἐπιτυχοῦς ἀντιμετώπισης. Ἡ προληπτικὴ Ἱατρικὴ, πλέον, πρέπει νὰ ἀποτελεῖ μέρος γιὰ κάθε γιατρὸ ὅσο καὶ ἡ θεραπευτικὴ. Κατ’ ἐξοχὴν ὅμως ὑπεύθυνοι γι’ αὐτὴν εἶναι οἱ γιατροὶ τῆς πρωτογενοῦς περίθαλψης [97], ὁ παθολόγος καὶ ὁ παιδίατρος [98], διακατεχόμενοι ἀπὸ νοοτροπία σύγχρονου ἐπιδημιολόγου. Αὐτοὶ ἔχουν τὶς κυριότερες ἐνκαιρίες νὰ ἐκτιμῶν τοὺς λεγόμενους περιβαλλοντικοὺς παράγοντες κινδύνου, ὅπως οἱ διατροφικοί, τοξικοί, οἱ ἐκ κακῆς συμπεριφορᾶς, οἱ ἐξ ἀνεπαρκοῦς φυσικῆς ἄσκησης

κ.τ.λ. Καὶ νὰ καθοδηγοῦν ὅπως πρέπει, γιὰ τὴν ἐξασφάλιση τῆς ὑγείας. Ἀντίστοιχα φυσικὰ νοοτροπία ἀτομικῆς εὐθύνης πρέπει νὰ διέπει ὅλα τὰ ἄτομα τῆς κοινωνίας.

Ἡ ἐνημέρωση καὶ ἡ μετεκπαίδευση τέθηκαν τώρα σὲ ὑψηλότερη στάθμη, ἀσύγκριτα ὑψηλότερη, ἀπ' ὅ,τι πρὸ πενήντα ἐτῶν. Ἄν ὁ σύγχρονος γιατρός δὲν ἐνημερώνεται καὶ δὲν μετεκπαιδεύεται ἀδιάκοπα στὶς βιολογικὰς ἐξελίξεις, παραμένει ἐμπειρικὸς στὸν πιὸ ἐξελικτικὸ αἰῶνα τῆς ἐπιστήμης του. Καὶ ἂς μὴν παραληφθεῖ νὰ τοισθεῖ, ὅτι τὸ καθῆκον αὐτὸ εἶναι φοβερὰ σκληρὸ ἐν ὄψει τῆς ἀπεραντοσύνης τῆς σύγχρονης βιβλιογραφίας. Καὶ ὅτι στὸ μέλλον ἴσως μόνον ἐκεῖνοι, οἱ ὁποῖοι θὰ εἶναι σὲ θέση νὰ χρησιμοποιοῦν ἠλεκτρονικοὺς ὑπολογιστές, θὰ μποροῦν νὰ κατατοπίζονται γιὰ τὶς ἀτέλειωτες ἐξελίξεις τῆς ἐπιστήμης τους. Καὶ πέραν τούτου, ὅτι ἐξ ἴσου μεγάλη θὰ εἶναι ἡ ἀνάγκη τους γιὰ οὐμανιστικὴ συγκρότησή τους, διότι χωρὶς αὐτὴ δὲν νοεῖται ὀλιστικὴ κάλυψη τῶν προβλημάτων τῆς ὑγείας τοῦ ἀνθρώπου.

Κύριε Πρόεδρε,

Ἦλθε ἡ στιγμή νὰ συνοψίσω ἐπιγραμματικὰ τὸ περιεχόμενον τῆς ὁμιλίας μου.

Τὸ 1933 ἡ Ἱατρικὴ ἦταν ἐμπειρικὴ, θεραπευτικὴ καὶ σὲ μικρὸ βαθμὸ ἐπιστημονικὴ, προληπτικὴ. Τὸ ἐπιστημονικὸν τῆς ὑπόστρωμα στηριζόταν στὴ χημεία τῆς νεκρῆς ὕλης, τὸ μικροσκόπιο, τὴν πειραματικὴν φυσιολογία. Κύρια ὕλη τῆς ἦταν τὰ λοιμώδη νοσήματα καὶ πρῶτο τῆς ὅπλου ἡ κλινικὴ ἐμπειρία. Τὰ εἰς χεῖρας τοῦ γιατροῦ ἐρευνητικὰ καὶ διαγνωστικὰ μέσα ἦταν πενιχρά· καὶ ἡ διαγνωστικὴ του ἀρκετὰ ἀνασφαλής, μὴ τεκμηριωμένη δι' αὐθεντικῶν κριτηρίων ἢ ἀριθμῶν. Ἡ φαρμακευτικὴ του πανοπλία ἦταν πενιχρή, χωρὶς προβληματισμούς, ὁ ψυχικὸς του ὁμως δεσμὸς μὲ τὸν ἀσθενὴ πολὺ στενός. Χάρη σὲ αὐτὸν ὁ ἀσθενὴς ἦταν ψυχολογικὰ ἱκανοποιημένος καὶ οἱ σχέσεις του μὲ τὸν γιατρό ἦταν ὁμαλές. Τὴν κύρια εὐθύνη γι' ἀσκήσιν τῆς Ἱατρικῆς εἶχε ὁ οἰκογενειακὸς γιατρός. Τόπος ἀσκήσεώς τῆς ἦταν τὸ γραφεῖο τοῦ γιατροῦ καὶ κυρίως τὸ σπίτι τοῦ ἀρρώστου. Ἡ παρέμβασις τῆς Πολιτείας στὸ ἱατρικὸν ἔργον ἦταν ὑποτυπώδης καὶ οἱ δαπάνες τῆς ὑγείας πολὺ μικρές. Ἡ παρακολούθησις τῶν ἱατρικῶν προόδων γινόταν εὐκόλα. Ἡ ἐνημέρωσις ἦταν στοιχειωδὴ.

Τὸ 1983 ἡ Ἱατρικὴ εἶναι —ἢ πρέπει νὰ εἶναι— τόσο καὶ κυρίως ἐπιστημονικὴ, ὅσο καὶ ἐμπειρικὴ, ἄρα ἐπιστήμη καὶ τέχνη. Καὶ τόσο θεραπευτικὴ, ὅσο καὶ προλήψη. Τὸ ἐπιστημονικὸν τῆς βάθρο θεμελιώνεται τόσο στὴ μοριακὴν βιολογίαν καὶ δι' αὐτῆς τὴν φυσιολογικὴν χημείαν, ὅσο καὶ στὴν ψυχολογίαν καὶ κοινωνιολογίαν. Κύρια ὕλη τῆς εἶναι τὰ χρόνια, κοινωνικά, ὅπως ἀποκαλοῦνται, νοσήματα — ἀναμ-

φισβήτητα μεταξὺ τούτων πρώτης σημασίας τὰ ψυχικά. Καὶ κοντὰ ἢ μέσα σ' αὐτὰ οἱ ἰώσεις, διάφορες γενετικές καὶ ἀνοσολογικὲς ἀσθένειες, οἱ φαρμακευτικές, οἱ ἀλλεργικὲς νόσοι κ.τ.λ.

Τὰ ἐρευνητικὰ καὶ διαγνωστικὰ μέσα εἶναι πολλὰ καὶ πολυειδῆ καὶ γιὰ τὴν χρησιμοποίησίν τους ἀπαραιτήτως χρειάζονται οἱ ἀντίστοιχοι ἐξοπλισμοὶ καὶ ἐπαιδρώσεις ἐιδικῶν ἐργαστηρίων, γιὰ δὲ τὴν ἀξιοποίηση τῶν δεδομένων τους ἔχουν καταστεῖ ἀναγκαῖες ἡ πρέπουσα ἐργαστηριακὴ γνώση καὶ ἡ στατιστικὴ ἐπεξεργασία τους μὲ ἡλεκτρονικοὺς ὑπολογιστές, πὺν χαρακτηρίζονται ἀπὸ ἀκρίβεια γλώσσας καὶ σαφήνεια καὶ σταθερότητα λογικῆς. Χωρὶς τὶς προϋποθέσεις αὐτές, πὺν ὁδηγοῦν σὲ αἰτιώδη ἀνάλυση, στόχο δηλαδὴ πάσης νοητικῆς ἐπεξεργασίας, ἐνδέχεται νὰ καταλήγει κανεὶς σὲ βεβιασμένα συμπεράσματα, ἀσύμβατα πρὸς ἐπιστήμη. Ἡ φαρμακευτικὴ πανοπλία εἶναι κολοσσιαία, ὁδηγεῖ ὅμως συχνὰ σὲ ἰατρογενεῖς νόσους. Ὁ ψυχικὸς δεσμὸς γιανοῦ - ἄρρωστου, μὲ τὴν ἀπρόσωπη ἀσφαλιστικὴ Ἱατρικὴ, ἔχει χαλαρωθεῖ σημαντικά, μὲ ἀποτέλεσμα τὸ ἀνικανοποίητο τοῦ ἀσθενοῦς, τὶς συγκρούσεις καὶ τὰ ἠθικοδεοντολογικὰ διλήμματα, πὺν κάθε ἡμέρα ζοῦμε. Τὴν κύρια εὐθύνη γιὰ ἄσκηση τῆς Ἱατρικῆς μοιράζονται γιανοὶ πολλῶν ἐιδικοτήτων καὶ ποικίλοι ὕγειονομικοὶ παράγοντες. Ἡ ἄσκηση τῆς Ἱατρικῆς γίνεται σὲ σημαντικό ποσοστὸ στὰ νοσοκομεῖα, μὲ ἀρκετὲς νοσηλευτικὲς μονάδες. Ἡ Πολιτεία παρεμβαίνει καίρια στὸ ἱατρικὸ ἔργο, ὑπὸ οἰονδήποτε τύπο καὶ ἂν ἀσκεῖται. Οἱ δαπάνες τῆς ὑγείας εἶναι κολοσσιαῖες. Ἡ ἐνημέρωση γιὰ τὶς ἱατρικὲς προόδους προϋποθέτει χαλκέντερη ἰδιοσυστασία. Ἀμφιβάλλει κανεὶς ὅτι ὁ σύγχρονος γιαντὸς εἶναι —ἡ πρέπει νὰ εἶναι— ἕνας ἀπαράμιλλος ἐργάτης σὲ ἐπιστήμη καὶ πράξη; Μία πολυσύνθετη ὁλοκληρωμένη προσωπικότητα; Ἡνας μεγάλος κοινωνικὸς λειτουργός; Ἡνας καλὸς Χριστιανός;

Ἡτσι, κυρίες καὶ κύριοι, εἶδα τὶς ἐξελίξεις τῆς Ἱατρικῆς στὰ πενήντα χρόνια τῆς ἱατρικῆς μου ζωῆς. Αὐξήθηκε φοβερὰ ἡ ἱατρικὴ γνώση. Ἡγιναν ὅμως πὺν πολλὲς οἱ ἀμφιβολίες γιὰ τὸ ἱατρικὸ ἔργο. Κατανοήθηκαν καλύτερα οἱ διάμεσες βαθμίδες μεταξὺ αἰτίου καὶ ἀποτελέσματος πάνω στὰ προβλήματα τῆς ὑγείας. Οἱ προβληματισμοὶ ὅμως πολλαπλασιάσθηκαν. Ὑπάρχει δὲ κάθε λόγος νὰ πιστεύει κανεὶς, ὅτι κατὰ τὸν ἴδιο τύπο θὰ ὑπάρχουν ὅλο καὶ ἐπαναστατικότερες ἐξελίξεις στὸ μέλλον. Καὶ γιὰ τὸ γιαντὸ δὲν ὑπάρχουν ἄλλοι βηματοδότες ἐκτὸς ἀπὸ τὸ κριτικὸ πνεῦμα, μὲ τὸ ὁποῖο ζυγίζεται ἡ ἀξία τῆς evidence, καὶ ἀπὸ τὴν ἀφοσίωσή του στὴν ἐπιστήμη καὶ τὸν ἄρρωστο.

Πρέπει ὅμως τελειώνοντας νὰ μὴν παραλείψω δύο ἰσχυρισμούς :

Ὁ πρῶτος προέρχεται ἀπὸ ἕνα Ἀμερικανικὸ ἱατρικὸ περιοδικό, τοῦ Μαρτίου 1983. Καὶ εἶναι :

«Οἱ ἀναμνήσεις μοιάζουν μὲ τὶς παρατηρήσεις ὠραίου οὐρανοῦ τῇ νύκτα. Ἄπειρα ἄστρα καὶ ἀστερισμοὶ συναγωνίζονται γιὰ νὰ ἀποσπάσουν τὴν προσοχὴ τοῦ παρατηρητῆ. Θυμᾶται κανεὶς ὅτι σὲ διάφορες ἐποχὲς ὁ οὐρανὸς εἶναι διάφορος καὶ ὅτι διάφοροι παρατηρητὲς δὲν βλέπουν κατὰ τὸν ἴδιο τρόπο;»

Ἔχει ἐπομένως κάτι τὸ ὑποκειμενικὸ πᾶσα ἀναδρομὴ. Καὶ ἂς ληφθεῖ αὐτὸ ὑπ' ὄψιν ὡς πρὸς τὴν ὁμιλίαν μου.

Ὁ δεῦτερος εἶναι —τίνος ἄλλον;— τοῦ Ἱπποκράτη, σχετικὰ μὲ τὴν Ἱατρικὴν: «Ὁ βίος βραχύς, ἡ δὲ τέχνη μακρά, ὁ δὲ καιρὸς ὀξύς, ἡ δὲ πείρα σφαλερή, ἡ δὲ κρίσις χαλεπή». Στὴν ἐνόρασή του σταματάει ὁ νοῦς τοῦ ἀνθρώπου.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Palmer, A. B., A treatise on the science and practise of Medicine. N. York 1983.*
2. *King, L. S., Medicine seeks to be scientific. JAMA 1983: 249 : 2475 - 2479.*
3. *Martin C. Moore, and oth., Circadian time Keeping in health and disease: Part 1. Basic properties of circadian pacemakers. N. Engl. J. Med. 1983: 309 : 469 - 477. Part 2. Time Keeping in health and disease - Clinical implications of circadian rhythmicity. N. Engl. J. Med. 1983: 309 : 530 - 536.*
4. *Ed. Improved imaging offers look at whole body. JAMA 1983: 249 : 994 - 996.*
5. *Mosley, I., Recent developments in imaging techniques. B. M. J. 1982: 248 : 1141.*
6. *Med. news, Pett scanners probe "frontier's brain". JAMA 1982: 248 : 627 - 632.*
7. *Ben z, E. J., Clinical management of gene expression. N. Engl. J. Med. 1982: 307 : 1515 - 1516.*
8. *Ed. Salvaggio, Primer on allergic and immunologic diseases. JAMA 1982: 248 : 2579 - 2579.*
9. *Diamond, B. and Scharf, M., Monoclonal antibodies. JAMA 1982: 248 : 3165 - 3169.*
10. *Kohler, G. and Milstein, C., Continuous cultures of fused cells secreting antibody et predefined specificity. Nature 1975: 256 : 495 - 497.*

11. *Roman Ciril and oth., Viral particles in hybridoma clones secreting mononuclear antibodies. Lancet 2 : 445 - 446.*
12. *Med. news, The emergent importance of lymphokines. JAMA 1983: 249 : 166 - 171.*
13. *Μποβρίκας, Γ., Μονοκλωνικά αντισώματα. Έλλην. Ίατρική, Μάιος - Ίούνιος 1982: 48 : 239 - 241.*
14. *Iversen, L. L., Neurotransmitters and c.n.s. disease. Lancet 1982: 2 : 914 - 919.*
15. *Synder, S. H., Neurotransmitters and schizofrenia. Lancet 1982: 2 : 970 - 974.*
16. *Braestrup, C. and Nielsen, M., Neurotransmitters and CNS disease. Lancet 1982: 2 : 1030 - 1034.*
17. *Jessell, T. M., Neurotransmitters and CNS Sain. Lancet 1982: 2 : 1084 - 1088.*
18. *Marsden, C. D., Neurotransmitters and basal ganglia disease. Lancet 1982: 2 : 1141 - 1147.*
19. *Rossor, M. N., Neurotransmitters and dementia. Lancet 1982: 2 : 1200 - 1204.*
20. *Van Praag, H. M., Neurotransmitters and depression. Lancet 1982: 2 : 1259 - 1264.*
21. *Spero, L., Neurotransmitters and epilepsy. Lancet 1982: 2 : 1319 - 1323.*
22. *Bloom, F. E., Neurotransmitters and the future. Lancet 1982: 2 : 1381 - 1385.*
23. *Οϊζονομίδου, Ι., Ασθενείς με ανοσοκαταστολή. Νοσοκ. Χρονικά. 1982 : Τ. 10 : Τεύχ. 4 : 307 - 311.*
24. *Edit., New clinical manifestations of Epstein - Barr virus infection. Lancet 1982: 2 : 1253 - 1255.*
25. *The Rock Carling Fellowship lecture. The abolition of infection. Hope or illusion? D.A.J. Tyrrel. London. The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1982.*
26. *Howie, J., Can infection be abolished. B. M. J. 1982: 285 : 1953 - 1954.*

27. *Med. news. V a n k s S w e l l i n g, Chemotherapeutic agents against RNA viruses. JAMA 1983: 249 : 989 - 992.*
28. *Viral hepatitis. An informal WHO meeting. Bull.Wed. Helth. Org. 1982: 60 : 661 - 691.*
29. *Prevention of primary liver cancer. Report on a meeting of a WHO scientific group. Lancet 1983: 12 : 463 - 465.*
30. *Μερίκας, Γ., Κρίσιμες κοινωνικές νόσοι στη χώρα μας και βασικές προϋποθέσεις για την αντιμετώπισή τους. Πρακτικά Ἀκαδημίας Ἀθηνῶν 1982: τ. 57 : 592 - 621.*
31. *I r v i n g, W. et al., Defective rheumatoid lymphocyte function assessed by Epstein - Barr virus infection in vitro. Lancet 1982: 2 : 1337 - 1338.*
32. *Ed. Immunotherapy of bovine eye cancer. Lancet 1982: 2 : 641.*
33. *B e r k e n, A., Case for adoptive immunotherapy in cancer. Lancet 1982: 2 : 1190 - 1193.*
34. *C r e a s y, W. A., An introduction. University of Pensylvania school of medicine, Philad. Oxford. Univ. Press, 1982, pp. 271.*
35. *R u d d o n, R., Frederic cancer research center. Frederic Maryland. Oxford and N. York 1981, p. 344.*
36. *V o n K a m p e n and oth., Immunologic therapy of squamous cell carcinoma: Preliminary report. Am. J. Obst. Gynec. 1973: 116 : 569 - 574.*
37. *R o s s i n i, A., Immunotherapy for insulin dependent diabetics. N. Engl. J. Med. 1983: 308 : 333 - 335.*
38. *L i k e, A. A. and oth., Spontaneous diabetes mellitus: reversal and prevention in the BB/W rat with antiserum to rat lymphocytes. Science 1979: 206 : 1421 - 1423.*
39. *J a c k s o n, R. A. and oth., Increased circulating Ia antigen bearing T cells in type I diabetes mellitus. N. Engl. J. Med. 306 : 785 - 788.*
40. *C a h i l, C. F., Jr. and M c D e v i t t, H. O., Insuline dependend diabetes mellitus: the initial lesion. N. Engl. J. Med. 1981: 304 : 1454 - 1465.*
41. *Ed. Prevention of insulin dependent diabetes. Lancet 1983: 1 : 104.*

42. *Anderson, J. H. Jr., and oth., Diabetes and hypoglycemia due to insuline antibodies. Am. J. Med. 1978: 64 : 868 - 873.*
43. *Goldman, J. et al., Characterization of circulating insulin and proinsulin-binding antibodies in autoimmune hypoglycemia. J. Cl. Invest 1979: 63 : 1050 - 1059.*
44. *Arky, R. A., Antibodies and disorders of glucose metabolism. N. Engl. J. Med. 1982: 307 : 1444 - 1445.*
45. *Volper, The role of autoimmunity in hypoendocrine and hyperendocrine function: with special emphasis on autoimmunity thyroid disease. Ann. Intern. Med. 1974: 291 : 905 - 906.*
46. *Doniach, D. and oth., The autoimmune endocrinopathies. In Lachman P. J. and oth.—Clinical aspects and immune, 4th Ed. 1982: 903.*
47. *Trokel, S. L. and Jacobiec, F. A., Correlation of CT scanning and pathologic features of ophtalmic Graves' disease. Ophtalmology 1981: 88 : 553 - 564.*
48. *Kodama, K. and oth., Demonstration of a circulating antibodies against a soluble eye-muscle antigen in Graves' ophtalmopathy. Lancet 1982: 2 : 1353 - 1356.*
49. *Molecular neurobiology and Psychiatry. Lancet 1983: 1 : 85.*
50. *Mathews, K., Calvallo Tito, Immune aspects of renal diseases. JAMA 1982: 248 : 2701 - 2704.*
51. *Zweiman, B., Patten, E., Immunohematologic diseases. JAMA 1982: 248 : 2677 - 2683.*
52. *Bloch, K., Franklin, E., Plasma cell dyseracias and cryoglobulins. JAMA 1982: 248 : 2670 - 2677.*
53. *Hirschhorn, R., Metabolic deffects and immunodeficiency disorders. Ed. N. Engl. J. Med. 1983: 308 : 714 - 716.*
54. *Cooper, M. D. and oth., Developmental immunology and the immunodeficiency diseases. JAMA 1982: 248 : 2658 - 2669.*
55. *Siegal, F. P. and oth. Severe aquired immunodeficiency in male homosexual, manifested by chronic perianal simplex lesions. N. Engl. J. Med. 1981: 305 : 1349 - 1444.*

56. *Vieirra, J. and Frank, E., Aquired immune deficiency in Haitians: Opportunistic infections in previously healthy Haitian immigrants. N. Engl. J. M. 1983: 308 : 125 - 129.*
57. *Ed. Autoimmune disease: infections, HLA and complement. Lancet 1982: 2 : 199.*
58. *Pitchenik, A. E. and oth., Aquired immune deficiency syndrome in risk patients. JAMA 1983: 250 : 1310 - 1312.*
59. *Roeves, W. G., Development of clinical immunology and allergy in the U. K.—Common problems and solutions. Lancet 1983: 2 : 721 - 724.*
60. *Curran, J.W., Two years later. N. Engl. J. M. 1983: 309 : 609 - 611.*
61. *Kobberling, J. and Tattersall, R., The genetics of diabetes mellitus. London Acad. Press, 1982.*
62. *Rossini, A. A., Immunotherapy for insuline dependent diabetes. N. Engl. J. Med. 1983: 308 : 333 - 335.*
63. *Teplitz, R. L. and oth., Quantitative DNA Comparative studies of a cellular marker for bronchogenic carcinoma. JAMA 1983: 249 : 1046 - 1049.*
64. *Anonymous, Human virus hepatic cancer. Lancet 1981: 2 : 1394 - 1395.*
65. *Zuckerman, A. V., Viral hepatitis, the b antigen and liver cancer. Cell 1979: 1 : 65 - 67.*
66. *Birnie, G. D. and oth. A new approach to the classification of human leukaemias: Measurement of the relative abundance of a specific RNA sequence by means of molecular hybridization.*
67. *Huebner, R. J. and Todaro, J. C., Oncogenes of RNA tumor viruses determinants of cancer. Proc. Natl. Acad. Sci. USA 64 : 1087 - 1094.*
68. *Med. news: 1982 JAMA (a) 247 : 1098 - 1103, (b) 247 : 2418 - 2424.*
69. *Med. news, JAMA 1982: 247 : 178 - 181.*
70. *Med. news, JAMA 1982: 247 : 1103.*
71. *Med news. JAMA 1982: 2799 - 2800.*

- 71a. *Hamlyn, P. and Sikora, K. Oncogenes: Lancet 1983: 2: 326-330.*
- 71b. *Krantiris, G. T., The emerging genetics of human Cancer. N. Engl. J. Med. 1983: 309 : 404 - 410.*
72. *Marx, J. L., One gene related to growth factor gene. Science 1982: 221 : 248.*
73. *Inglehart, J. K., Another chance for technology assesement. N. Engl. J. Med. 1983: 309 : 509 - 512.*
74. *Patterson, R. and oth. Immunotherapy - Immunomodulation. JAMA 1982: 248 : 2759 - 2772.*
75. *Ed. Clinical applications of biomaterials. JAMA 1983: 249 : 1050 - 1054.*
76. *Melman, K. L. and Blascke, T. P. The undereducated Physician's therapeutic decisions. N. Engl. J. Med. 1983: 308 : 1473 - 1474.*
77. *Ed. New ways with old drugs. Lancet 1982: 2 : 259 - 261.*
78. *Acheson, R. and Williams, D. R., Does consumption on fruit and vegetables protect against stroke? Lancet 1983: 1: 1191 - 1194.*
79. *Ed. Why has stroke mortality declined? Lancet 1983: 1 : 1195 - 1196.*
80. *Ed. Nutrition in medical education. Lancet 1983: 1 : 1422.*
81. *Ed. Nutrition in medical education. Lancet 1983: 1 : 166.*
82. *Nutrition in medical education. Report of a task force under the chairmanship of Mr. J. Rank. Ed. by J. Gray. British Nutrition Foundation. London.*
83. *King, L., Medicine seeks to be "scientific". JAMA 1983: 249 : 2475 - 2479.*
84. *Johnson, A. R., Watching the doctor. N. Eng. J. Med. 1983: 308 : 1531 - 1535.*
85. *Sounding Boards. Misuse of laboratory tests and diagnostic procedures. N. Engl. J. Med. 1982: 307 : 1336 - 1339.*
86. *Computers in Medicine. A practitioners comment. JAMA 1983: 249 : 2027 - 2028.*
87. *Sounding Board. Engineers, Cranks, physicians, magicians. N. Eng. J. Med. 1983: 308 : 960 - 964.*
88. *Porkert, M., Chinese medicine: a traditional healing science. In: Sobel D. S. ed. pp. 152 - 153.*

89. *Pear ts, W. S., Rebirth of the prof. of Medicine. Lancet 1983: 1 : 810 - 812.*
 90. *Ed. H a r t, J. T., A new type of general practitioner. Lancet, 1 : 27 - 29.*
 91. *R a k e l, R., Ed. Family Medicine: The need for research. JAMA 1983 : 249 : 75 - 76.*
 92. *B i l l, J. A., Mercy for the terminally patient. JAMA 1983: 249 : 288.*
 93. *H i s c o e, H. B., Does being natural make it good? N. Engl. J. Med. 1983: 308 : 1174 - 1176.*
 94. *V i c k e r y, T. L., Our art, our herituge. JAMA 1983: 250 : 913 - 915.*
 95. *Ed. Rationing human life. JAMA 1983: 249 : 2223 - 2224.*
 96. *Council report medical.—Medical evaluations of health. JAMA 1983: 249 : 1626 - 1633.*
 97. *Royal college of general practitioners working party on prevention, report No 18. Health and prevention in primary care: London. Royal College of general practitions, 1981.*
 98. *Royal college of general practitioners working party on prevention in childhood report No 22. Haelthier children: thin king prevention. London. Royal college of general practitioners. 1982.*
-