

ΕΚΤΑΚΤΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΤΗΣ 27<sup>ΗΣ</sup> ΜΑΪΟΥ 1982

ΠΡΟΕΔΡΙΑ ΠΕΡΙΚΛΗ ΘΕΟΧΑΡΗ

---

ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ  
ΤΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΗΣ

ΟΜΙΛΙΑ ΤΟΥ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ Κ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΜΕΡΙΚΑ

Υπάρχει ένας ψυχοβιολογικός κανόνας με λίγες εξαιρέσεις: ότι οι άνθρωποι, οι οποίοι φθάνουν υγιείς στην ηλικία, πού, κατά τις κοινωνικές ρυθμίσεις, διαχωρίζει την ενεργό από την μη ενεργό περίοδο της ζωής τους, συνηθίζουν να αναπολούν και να επικρίνουν το παρελθόν του τομέα στον οποίο αφιέρωσαν τη ζωή τους· και ακόμη να στοχάζονται και να εκφέρουν προβλέψεις για την πιθανή εξέλιξή του στο μέλλον. Ακολουθώντας τον κανόνα αυτόν είχα την τιμή, πριν από πέντε χρόνια, να διαπραγματευθώ από το ίδιο αυτό βήμα το θέμα: «Εσωτερική Παθολογία (παρελθόν, παρόν, μέλλον)», και να υπομνήσω τις μεγάλες φάσεις από τις οποίες πέρασε ή βασική της υποδομή, πού ήταν κατά σειρά ή μαγικοθεοκρατική, ή εμπειρική, ή εμπειρικοεπιστημονική και τελευταία, από την Αναγέννηση και ύστερα, ή επιστημονική [1].

Κατά τη σημερινή μου ομιλία, της οποίας ο τίτλος είναι «Πρόσφατες εξελίξεις της Εσωτερικής Παθολογίας και προοπτικές της», πρόκειται να περιορισθώ σε μιὰ πολύ μικρή χρονική φάση της, στα δέκα και κυρίως στα πέντε τελευταία χρόνια. Και με το ίδιο πνεύμα, όπως και κατά την παλαιότερη ομιλία μου, να εντοπισθώ μόνο στα επιστημονικά επιτεύγματα, πού αποτελούν κλασσικούς σταθμούς στην εξέλιξη. Όπως θα φανεϊ, παρόλο πού πραγματοποιήθηκαν μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, τὰ επιτεύγματα αυτά δὲν εἶναι λίγα. Και τοῦτο

χάρη στη ραγδαία και χωρίς προηγούμενο εξέλιξη τῶν θετικῶν ἐπιστημῶν και τῆς βιολογίας κατὰ τὶς ἡμέρες μας. Ὡς μικρὴ παρέκκλιση ἀπὸ τὸν αὐστηρὰ ὀρθόδοξο ἐπιστημονικὸ τύπο ἄς θεωρηθεῖ ἡ ὑπόμνηση ἐλάχιστων ἐλληνικῶν δεδομένων. Τὴν ὑπαγόρευσε ἡ σκοπιμότητα.

Ἴδου ὁ σκελετὸς τῆς ὁμιλίας : Ἀρχικὰ θὰ ὑπομνησθοῦν και θὰ σχολιασθοῦν οἱ κυριότερες νεώτερες μέθοδοι, μὲ τὴν ἀνακάλυψη τῶν ὁποίων συντελέσθηκαν οἱ τελευταῖες βασικὲς πρόοδοι τῆς ἐσωτερικῆς παθολογίας. Κατόπιν θὰ γίνῃ λόγος γιὰ τὰ σπουδαιότερα ἐπιτεύγματα στὸ πεδίο τῶν βιολογικῶν παραγόντων, οἱ ὁποῖοι καθορίζουν τὴν ὑγεία και τὴ νόσο και ἔχουν ἰσχὺ σὲ ὅλα τὰ ὀργανικὰ συστήματα. Ἐπειτα θὰ περιγραφοῦν οἱ σημαντικότερες καθ' ἕκαστα νοσολογικὲς ἐξελίξεις, μὲ τὶς θετικὲς και τὶς ἀρνητικὲς τους ἐπιπτώσεις στὴ διαγνωστικὴ, στὴ θεραπευτικὴ και στὴν πρόληψη τῶν ἀσθενειῶν. Καὶ στὸ τέλος θὰ ἀποτολμηθεῖ μία σύντομη ἀναφορά στὶς κυριότερες ἐξελίξεις ποὺ ἀναμένονται γιὰ τὸ ἄμεσο μέλλον.

### I. ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Εἶναι γνωστὸ ὅτι οἱ σπουδαῖες ἀνακαλύψεις στὴ βιολογία, και φυσικὰ και στὸ παρακλάδι τῆς, τὴν παθολογία, ἀπὸ τὴν ἐποχὴ ποὺ ἡ δεύτερη θεμελιώθηκε ἐπάνω στὴν πρώτη, καταλόονται κυριολεκτικὰ ἀπὸ τὴν ἐπινόηση νεώτερον ἐργαστηριακῶν μεθόδων.

Κατὰ τὴν ἐντελῶς πρόσφατη χρονικὴ περίοδο τῆς ἔκρηξης στὴν τεχνολογία, ποὺ συνεχίζεται ὄλο και μὲ γοργότερο ρυθμὸ, σημειώθηκαν θαυμάσιες πρόοδοι τόσο στὸ βασικὸ, ὅσο και στὸ κλινικὸ ἐργαστηριακὸ πεδίο τῆς Ἰατρικῆς.

Καὶ ἡ βασικὴ βιοϊατρικὴ ἔρευνα ἔγινε πολὺ περίπλοκη στὴ θεωρία και στὴν πράξη. Νέες μέθοδοι, νέα ὄργανα, νέα συστήματα ἐλέγχου καθιερώθηκαν, μὲ ἀποτέλεσμα νὰ βελτιωθοῦν σημαντικὰ οἱ ἐρευνητικὲς και κλινικὲς δυνατότητες τοῦ γιατροῦ. Συγχρόνως, ὄχι σπάνια, ἡ ἐφαρμογὴ τῆς νέας ἐργαστηριακῆς γνώσης, ὀδήγησε σὲ δυσεπίλυτα ἐπιστημονικὰ, οἰκονομικὰ, νομικὰ, ἠθικὰ και κοινωνικὰ προβλήματα. Καὶ γιὰ τὴν ἐλάττωση τοῦ ἐργαστηριακοῦ σφάλματος και τῶν ἀνεπιθύμητων ἐπιπτώσεων, ποὺ μπορεῖ νὰ ἔχει, κριθῆκαν ἀπαραίτητα νέα συστήματα τοῦ καθόλου ἐργαστηριακοῦ ἔργου. Ἡ ἀνάλυση και ἐφαρμογὴ τῶν συστημάτων αὐτῶν προϋποθέτει τεχνικὲς, μὲ τὶς ὁποῖες ἀσχολεῖται ἕνας καινούργιος κλάδος, ἡ ἐπιστήμη τῶν ἱατρικῶν πληροφοριῶν (*medical information science*). Ἡ ὕλη του εἶναι μείγμα κλινικῆς ἱατρικῆς, ἐπιχειρησιακῆς ἐπιστήμης, βιομηχανικῆς και ἠλεκτρικῆς μηχανικῆς και ἐπιστήμης τῶν ἠλεκτρονικῶν ὑπολογιστῶν (XX)· και στόχος του ἡ ὀρθὴ ἀξιολόγηση κάθε ὑγειονομικῆς δραστηριότητος. Δὲν εἶναι

δύσκολο νὰ ἀντιληφθεῖ κανεὶς, ἀπὸ τὴν ἀπλὴ ὑπενθύμηση τῶν καθ' ἕκαστα ὑποκλάδων τῆς ἐπιστήμης τῶν ἰατρικῶν πληροφοριῶν πόσο δύσκολο ἔργο χρειάζεται, γιὰ νὰ ἀσκηθεῖ ἔλεγχος καὶ ἀξιοποίηση, ἐρευνητικὴ, κλινικὴ καὶ προληπτικὴ, τοῦ πλήθους τῶν ποικίλων ἐργαστηριακῶν δεδομένων, μετὰ τὴν ἐπινόηση ἀναρίθμητων νεώτερων ἐργαστηριακῶν μεθόδων σὲ ἓνα βιολογικὸ πεδίο τόσο εὐρὺ, ὅσο τῆς Ἑσωτερικῆς Παθολογίας.

Ἐκτὸς αὐτῶν τῶν μεθόδων, ποὺ εἶναι πολλὰ καὶ ποικίλα (πίν. 1), θὰ σχολιάσουμε τὶς πρὸ πρόσφατες καὶ μέσα στὰ πλαίσια τῆς ὀμιλίας μου κατ' ἐξοχὴν σημαντικὰς γιὰ τὶς τελευταῖες ἐξελίξεις. Καὶ σ' αὐτὰς ἀνήκουν οἱ γενετικὰς, οἱ ἀνοσολογικὰς, οἱ ἀκτινολογικὰς καὶ οἱ στατιστικὰς.

#### Π Ι Ν Α Κ Α Σ 1.

##### ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Βιοχημικὰς  
Ἱστολογικὰς  
Γενετικὰς  
Ἀνοσολογικὰς  
Ἀκτινολογικὰς  
Στατιστικὰς  
Υπολογιστῶν

#### α) Γενετικὰς μέθοδοι.

Ἀσύλληπτη εἶναι ἡ ἐξέλιξη τῶν γενετικῶν μεθόδων καὶ τοῦ κλάδου τῆς Γενετικῆς. Ἀφετηρία γιὰ τὴν πρόοδο ὑπῆρξε ἡ ταυτοποίηση τῆς χημικῆς δομῆς τοῦ δεσοξυριβονουκλεϊκοῦ ὀξεύς, τοῦ γνωστότατου DNA, τὸ 1953, ἀπὸ τοὺς Watson καὶ Crick [2].

Εἶναι τὸ μεγαλομοριακὸ κληρονομικὸ ἕλικὸ τῶν χρωματισμῶν, ὅπως διαμορφώθηκε μὲ τὶς προσαρμογὰς τεσσάρων δισεκατομμυρίων χρόνων ζωῆς στὸν πλανήτη μας. Τὶς ἀλυσίδες του ἀποτελοῦν οἱ γόνοι, ποὺ περιέχονται σὲ μεγάλο ἀριθμὸ μέσα σὲ κάθε χρωματισμῶμα. Ἡ ἀνακάλυψη τοῦ DNA εἶναι, πιστεύω, ἡ μεγαλύτερη βιολογικὴ ἀνακάλυψη τοῦ αἰῶνα μας. Ἀποτελεῖ τὸ δεῦτερο μεγάλο σταθμὸ τῆς βιολογίας ἔπειτα ἀπὸ τὸν πρῶτο τῶν Darwin καὶ Wallace τοῦ προηγούμενου αἰῶνα (1859) γιὰ τὴ θεωρίαν τῆς φυσικῆς ἐπιλογῆς.

Κατόπιν : Έγινε καθορισμός τής θέσεως και διαρθρώσεως τῶν καθ' ἕκαστα γόνων μέσα στο μόριο τοῦ ΔΝΑ, ὁ ὁποῖος κατέληξε σέ χαρτογράφηση τῶν χρωματοσωμάτων. Διευκρινίστηκαν ἀρκετὰ ἡ φυσιολογικὴ ἀποστολὴ τῶν γόνων καὶ οἱ μηχανισμοὶ καὶ οἱ παράγοντες ποὺ τὴν ἐπηρεάζουν. Κατορθώθηκε ἀκόμη μὲ τὴ βοήθεια ἐνζύμων ἡ ἀπομόνωση τῶν καθ' ἕκαστα γόνων· καὶ πραγματοποιήθηκε ἡ ἀνασύνθεση τοῦ ὕλικου των, τοῦ ΔΝΑ (*Recombinant DNA*), καὶ ἡ μεταφορὰ του ἔξω ἀπὸ τὴν ἐστία του [3], τὰ χρωματοσώματα.

Σήμερα περνᾶμε μία περίοδο καθημερινῶν βελτιώσεων τῶν γενετικῶν μεθόδων. Εἶναι νὰ μένει κανεὶς ἐκστατικὸς μὲ τὶς ἐπιτεύξεις τῆς διασπάσεως καὶ ἀνασυνθέσεως τοῦ γενετικοῦ ὕλικου (*genetic engineering*) [4, 4α]. Θεωρητικὰ πλέον δικαιούται κανεὶς νὰ πιστεῦει ὅτι ὁ γενετιστὴς θὰ εἶναι σὲ θέση νὰ βηματοδοτεῖ διάφορες σωματικὲς, πνευματικὲς καὶ ψυχικὲς ἐπεξεργασίαι τοῦ ὄργανισμοῦ μὲ ἀσύλληπτα εὐεργετικὲς ἢ ἀνεπιθύμητες ἐπιπτώσεις.

Ἴδού, πῶς συγκεκριμένα, μερικὲς δευτερογενεῖς ἐπιτυχίαι ποὺ ἔγιναν ἤδη ἡ βρίσκονται ἐν ἐξελίξει. Μία εἶναι ἡ χορήγηση τοῦ κατάλληλου γενετικοῦ ὕλικου σὲ πάσχοντες ἀπὸ ἔλλειψή του. Ἄλλη, ἡ δημιουργία τῶν λεγομένων «βιολογικῶν βιομηχανιῶν» γιὰ φθηνή, μαζικὴ παραγωγή διαφόρων βιολογικῶν ὕλικῶν, ὅπως ἐνζυμα, ὁρμόνες [5, 6], πρωτεΐνες, ἀντιγόνα, ἀντισώματα κ.λπ. Ἄλλη, ἡ ἐπίσης μαζικὴ παραγωγή φυτικῶν προϊόντων χωρὶς λίπασμα. Ἄλλη, μὲ ἐξέχουσα βιολογικὴ σημασία, ἡ διαλεύκανση πάρα πολλῶν νοσολογικῶν προβλημάτων, ἀγνωστων ὡς πρὸς τὴ φύση τους ἕως τώρα, μὲ ἐπικεφαλῆς τὸν καρκίνο. Καὶ ἄλλη, ὁ κλωνισμὸς τῆς βιταλιστικῆς θεωρίας στὴν ὄντογένεση καὶ ἡ προσδοκώμενη δυνατότητα γιὰ ἐπέμβαση τοῦ ἀνθρώπου στὴν ἐξέλιξη τῶν ὄντων. Οἱ γιατροὶ τοῦ ἀκροατηρίου ἀντιλαμβάνονται εὐκολότερα ποιά σημασία μπορεῖ νὰ ἔχουν ἔρευναι βιοχημικὲς, φαρμακολογικὲς, κυτταρολογικὲς, ἀνοσολογικὲς, σὲ συνδυασμὸ μὲ γενετικὲς γιὰ τὴν ἀνακάλυψη τῆς παθογένεσης νόσων καὶ ἐπεξεργασιῶν, ὅπως οἱ κολλαγονώσεις, οἱ αὐτοανοσολογικὲς, οἱ ἐνζυματικὲς μειονεκτικότητες, ὁ καρκίνος, ἡ μεταλλαξιογένεση, ἡ τερατογένεση, οἱ ἱστοσυμβατότητες τῶν μεταμοσχεύσεων [7, 8, 9], οἱ ἀσθένειαι ποὺ σχετίζονται μὲ τὸ γενετικὸ τύπο *HLA* [10] κ.λπ. Δὲν εἶναι ὑπερβολή, ὅτι ἡ γενετικὴ εἶναι ἡ μεγάλη ἐλπίδα τῆς Παθολογίας.

β) Ἀνοσολογικὲς μέθοδοι.

Πέρα ἀπὸ πολλὰς λαμπρὰς ἀνοσολογικὰς μεθόδους (Πίν. 2), κατὰ τὴ δεκαετία τοῦ 1970 - 1980 ἐπινοήθηκαν ἀκόμη δύο εἰδῶν μέθοδοι, ἀνοσογενετικὲς, ποὺ ἀνοιξαν λαμπροὺς βιολογικοὺς ὁρίζοντες [11].

## Π Ι Ν Α Κ Α Σ 2.

## ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

- Μέτρησης ανοσοσφαιρινῶν  
 Ἀνοσηλεκτρικῆς ἀνάλυσης ανοσοσφαιρινῶν  
 Μέτρησης ὀλικῆς καὶ εἰδικῆς I $\zeta$ . E  
 Μέτρησης συμπληρώματος  
 Ἀποκάλυψης ανοσοσυμπλεγμάτων  
 Ἀνοσοφθορισμοῦ (γιὰ ἀντισώματα)  
 Καθορισμοῦ B καὶ T λεμφοκυττάρων  
 Λεμφοκυτταρικῆς ἀνταπόκρισης εἰς τὰ μιτογόνα.

Πρῶτον : Οἱ μέθοδοι γιὰ τὴν ἀπομόνωση τῶν γόνων, πὸν ἐποπτεύουν τὴ χημικὴ (ἀντισώματα) καὶ τὴν κυτταρικὴ (T λεμφοκύτταρα) [12] ἀνοσία καὶ τὸν καθορισμὸ τῆς σειρᾶς τους στὶς ἀλυσίδες τοῦ DNA.

Δεύτερον : Ἡ τεχνολογία τοῦ ὑβριδώματος [13] πὸν εἶναι ἕνας τύπος κυτταροκαλλιέργειας, μὲ τὴν ὁποία πραγματοποιήθηκε ὁ πολλαπλασιασμὸς τῶν ἀνοσοαρμοδίων ἢ ἀνοσοεπαρκῶν (immunocompetent) κυττάρων τῆς χημικῆς καὶ κυτταρικῆς ἀνοσίας· καὶ ἔγινε ἐφικτὴ ἡ παραγωγή ἀντισωμάτων, πολὺ ἀνοσολογικὰ εἰδικῶν, τῶν μονοκλωνικῶν, ὅπως λέγονται (monoclonic antibodies), καθὼς καὶ διαφόρων ὑποτύπων ἀνοσοκυττάρων τῆς κυτταρικῆς σειρᾶς.

Σὲ ἐγκυκλοπαιδικὸ ἐπίπεδο ἡ παραπάνω ἐξέλιξη σημαίνει : ὅτι αὐτὴ τὴ στιγμή δὲν εἶναι γνωστὸ, ὅπως ἔως πρόσφατα, μόνο ποιά χημικὰ καὶ κυτταρικὰ στοιχεῖα (ανοσοσφαιρίνες, ἀνοσοκύτταρα) μετέχουν καὶ καθορίζουν τὶς τόσο βιολογικὰ σπουδαῖες ἀνοσολογικὲς ἀντιδράσεις τοῦ ὄργανισμοῦ, ἀλλὰ ἔχουν καθορισθεῖ ἀκόμη ποιοὶ εἶναι οἱ γόνοι πὸν τὶς ἐποπτεύουν· καὶ ποιά εἶναι ἡ θέση τῶν τελευταίων αὐτῶν μέσα στοῦ γενετικὸ ὕλικό. Καί, ἂν χρειάζεται, εἶναι δυνατὸν νὰ τοὺς ἀπομακρύνουμε, ἂν εἶναι ἀνεπιθύμητοι, ἢ νὰ τοὺς ἀναπληρώσουμε, ἂν λείπουν· καὶ μὲ τὸν τρόπο αὐτὸν νὰ παράγουμε τύπους ἀντισωμάτων καὶ T λεμφοκυττάρων κατὰ βούληση· καὶ ἀκόμη νὰ ἐντοπίσουμε ἀντιγόνα, ὅπου ὑπάρχουν.

Σὲ συνολικὴ ἐκτίμηση, μὲ τὴ βοήθεια τῶν νεώτερων ἀνοσολογικῶν μεθόδων [14] : ἐκτιμᾶται ἱκανοποιητικὸτάτα ἡ ἀνοσολογικὴ κατάσταση τοῦ ὄργανισμοῦ· διακρίβωνεται δηλαδὴ ἂν ὑπόκειται ἀνοσοκαταστολὴ ἢ ἀνοσοδιέγερση καὶ ἐπομένως ἀνοσολογικὴ συνδρομὴ καὶ ἐξασφαλίζεται στερεὴ βάση γιὰ ἐφαρμογὴ καὶ ἀξιολόγηση τῆς ἀνοσοθεραπείας, ἐνεργητικῆς ἢ παθητικῆς ἢ προσαρμοστικῆς, εἰδικῆς ἢ μὴ, πέρα ἀπὸ τὸ πειραματικὸ πεδίο, καὶ στὸν ἄνθρωπο. Ἐξάλλου ὁ σύγ-

χρονος εργαστηριακός εξοπλισμός, με τη δυνατότητα να ταυτοποιεί τους καθ' ἑκαστα εἰδικούς τύπους τῶν ἀνοσοκυττάρων καὶ τῶν ἀντιγονικῶν καὶ ἀντισωματικῶν παραγόντων, ἀνοίγει τὸ δρόμο γιὰ ἕνα τεκμηριωμένο καθορισμὸ τῆς σημασίας τοῦ ἀνοσολογικοῦ παράγοντα στὴν παθογονία ποικίλων νόσων, οἱ ὁποῖες ἀπὸ ἀγνοιά μας παραμένουν ἰδιοπαθεῖς. Καὶ καθιστᾷ δυνατὴ τὴν ἐφαρμογὴ ἀνοσοθεραπειῶν σὲ πολλὰς ἀσθένειες, ἀκόμη καὶ στὸν καρκῖνο [14, 15, 16, 17], στὶς λευχαιμίες [17α], καὶ στὸ διαβήτη [18]. Οἱ ἐπιπτώσεις αὐτὲς εἶναι πιθανότατα οἱ σπουδαιότερες.

γ) Ἀκτινολογικὲς μέθοδοι.

Ἡ δεκαετία 1970 - 1980, χρυσὴ περίοδος τῆς ἀκτινολογίας, χαρακτηρίζεται ἀπὸ μία ἐπινόηση καὶ ἀδιάκοπη βελτίωση τῶν μεθόδων τῆς με ἀπαράμιλλη διαγνωστικῇ, θεραπευτικῇ καὶ βιολογικῇ συμβολῇ (Πίν. 3).

### Π Ι Ν Α Κ Α Σ 3.

#### ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

- Ἐπερηχοτομογραφία
- Ἐπολογιστικὴ τομογραφία
- Μέθοδοι ἐπεμβατικῆς ἀκτινολογίας
- Μέθοδοι πυρηνικῆς ἀκτινολογίας
- Μέθοδοι πυρηνικοῦ συντονισμοῦ
- Τομογραφία ἐκπομπῆς ποζιτρονίου
- Ψηφιακὴ ἀγγειογραφία.

Ἡ διαγνωστικὴ ὑπεροχὴ τῶν μεθόδων αὐτῶν σὲ σύγκριση μετὰ τὶς παλαιότερες, ἀπὸ ἀποψη εὐαισθησίας, δὲν χρειάζεται νὰ ἐπισημανθεῖ· πρέπει ὅμως νὰ τονισθεῖ ἡ εὐρύτερη βιολογικὴ συμβολὴ τῶν μεθόδων αὐτῶν καὶ εἰδικὰ τοῦ πυρηνικοῦ μαγνητικοῦ συντονισμοῦ καὶ τῆς τομογραφίας ἐκπομπῆς ποζιτρονίου. Μετὰ τὴν πρώτη ἐπιτυγχάνονται ὀπτικὲς εἰκόνες στὸ ὑπερμικροσκοπικὸ πεδίο τῆς κυτταρικῆς χημείας καὶ γίνεται δυνατὴ ἡ ἐκτίμηση ὄχι μόνο τῶν ὑπερμικροσκοπικῶν ἀνατομικῶν ἀνωμαλιῶν, ἀλλὰ καὶ τῶν λειτουργικῶν φυσιολογικοχημικῶν στοὺς ἰστούς. Ἡ δευτέρα ἐξάλλου ὑπόσχεται πολλὰ γιὰ μεταβολικὲς μελέτες. Ἀνοίγεται ἔτσι μία νέα λεωφόρος γιὰ τὴν ἔρευνα καὶ γιὰ τὴν διάγνωση [19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27] σὲ πολλοὺς τομεῖς τῆς Παθολογίας.

## δ) Στατιστικές μέθοδοι - Ηλεκτρονικός Υπολογιστής.

Οι στατιστικές μέθοδοι βοήθησαν και βοηθούν όλο και περισσότερο τις βιολογικές προόδους. Χωρίς τη στατιστική κατοχύρωση δέν νοείται αξιοπιστία· είναι *conceptio sine qua non*. Μάλιστα τὰ πολυσήμαντα δεδομένα τῶν ποικιλότατων προβλημάτων τῆς παθολογίας μόνο μὲ τὸ στατιστικὸ ἔλεγχο μποροῦν νὰ τεκμηριωθοῦν.

Ὁ ἠλεκτρονικὸς ὑπολογιστὴς ἐξάλλου ὑπεισέρχεται μὲ μεγάλα βήματα ὅλο και σὲ περισσότερους τομεῖς τῆς [28] μὲ τὸν ἓνα ἢ τὸν ἄλλο τύπο του, ὅπως ὁ ψηφιακὸς (*digital*), ὁ ὑβριδικὸς (*hybrid*) και ὁ ἀναλογικὸς (*analog*). Τέτοιοι τομεῖς εἶναι: τὰ ἱστορικά τῶν ἀσθενῶν, οἱ διαγνωστικὲς ἐπεξεργασίες, τὰ συστήματα ἠλεκτρονικῆς καταγραφῆς (*monitoring systems*), τὰ κλινικὰ ἐργαστήρια, ἡ ἱατρικὴ ἔρευνα και πράξις, τὸ νοσοκομειακὸ σύστημα πληροφοριῶν και τὸ σύστημα ἱατρικῆς ἐκπαιδεύσεως [29, 30].

Αὐτὰ ὡς πρὸς τὶς νεώτερες ἐργαστηριακὲς θεραπευαίνιδες τῆς ἐσωτερικῆς Παθολογίας.

## II. ΚΥΡΙΑ ΒΑΣΙΚΑ ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ

Ἡ χρησιμοποίηση τῶν νεώτερων ἐργαστηριακῶν μεθόδων ὀδήγησε σὲ πολλὰ και ποικίλα ἐπιτεύγματα μὲ βασικὴ βιολογικὴ ἀξία—ἱστολογικά, φυσιολογικά, παθολογικά, διαγνωστικά και φαρμακολογικά—ποῦ ἐνδιαφέρουν κατὰ κύριο λόγο τὴν ἔρευνα και τὴν πράξις τῆς ἐσωτερικῆς Παθολογίας.

α) Ἡ ἱστολογία τῶν ἰσθῶν και τῶν κντάρων, στατικὴ κατὰ τὸ παρελθόν, ἐξελίχθηκε σὲ δυναμικὴ ἱστολογία τῶν ὑποκντταρικῶν μορφωμάτων. Μὲ τὴν ἴδια ἔννοια προσαρμόσθηκε ἡ Παθολογικὴ Ἀνατομία, ὥστε νὰ διακρίνονται πρωιμότερα οἱ βλάβες τῆς.

β) Ἡ φυσιολογία, ἀπὸ ἀδρῆ πειραματικὴ τοῦ παρελθόντος και χημικὴ τοῦ πρόσφατου, ἔγινε μοριακὴ, ἂν ὄχι ὑπομοριακὴ. Ἀπὸ τὴ λειτουργία τοῦ ὄργανου και τοῦ κντάρου προωθήθηκε στὸ μοριακὸ μεταβολισμό τῶν ἐνδοκντταρικῶν μορφωμάτων, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν πολὺ ἱκανοποιητικότερη ἐξήγησις πολλῶν φυσιολογικῶν φαινομένων. Ἡ ὁμοιοστασία τοῦ ὄργανισμοῦ δὲν τοποθετεῖται πλέον μόνο σὲ ἐπίπεδο ρυθμιστικῶν ἀλληλεπιδράσεων διαφόρων ὄργάνων μὲ διαβιβαστὲς τὸ νευρικὸ σύστημα και τοὺς ἐνδοκρινεῖς ἀδένες. Ὑπάρχουν βιοχημικὰ στοιχεῖα ποῦ ἐξασφαλίζουν διακντταρικὴ ἐπικοινωνία στὸ ὄργανο, ὅπως μαρτυρεῖται ἀπὸ τὸ φαινόμενο τῆς «παρακρῖνίας» σὲ διάφορα ὄργανα (πάγκρεας, ἔντερα). Ἡ ἐνδο-

κρυνική λειτουργικότητα, κατά την οποία ουσία που παράγεται σε ένα όργανο επηρεάζει τη λειτουργία άλλων οργάνων, που βρίσκονται μακριά, δεν θεωρείται πια προνόμιο των ενδοκρινών αδένων, όπως τους καθορίζαμε ως τώρα. Είναι δυνατόν να ασκείται και από κύτταρα άλλων οργάνων, που δεν είναι κατά τα κλασσικά ενδοκρινικά. Σαφής είναι η ανατομικολειτουργική μετάπτωση νευρικού και ενδοκρινικού συστήματος, ενδοκρινών και εξωκρινών μηχανισμών, ορμονών και ιστικών παραγόντων, φυσιολογικής και έκτοπου ορμονικής παραγωγής κ.λπ.

Η ρευστότητα αυτή και η χημική λειτουργική συγγένεια των διαφόρων ιστών και οργάνων είναι συμβατή προς την αντίληψη, που με τις νεότερες εργαστηριακές δυνατότητες επιβεβαιώνεται όλο και περισσότερο, ότι το άρχεγονο γεννητικό κύτταρο, σε ό,τι αφορά τουλάχιστον το ορμονικό στοιχείο, είναι πολυδύναμο ομοίωμα του οργανισμού. Με μόνη διαφορά ότι στον τελειωμένο οργανισμό επιτελέσθηκε διαφοροποίηση και ειδίκευση καταβολών του άρχεγονου κυττάρου και διάπλαση ειδικών ενδοκρινών αδένων. Η έννοια της βιολογικής αυτής ενότητας του οργανισμού [31] επιβάλλει τη στήριξη της έσωτερικής Παθολογίας σε μία συνειρμική βιολογική βάση, που μόνη εξασφαλίζει την καλή αντιμετώπιση του άρρώστου.

Η παθογονία, η καλύτερα η αιτιοπαθογονία, πολλών νόσων της έσωτερικής Παθολογίας διαλευκάνθηκε ικανοποιητικά κατά τα τελευταία χρόνια. Προηγουμένως ο γιατρός γνώριζε μικροβιακά, τοξικά, φυσικά και τραυματικά αίτια των νόσων και αντίστοιχους παθογενετικούς μηχανισμούς· και δεν ήταν σαφώς κατατοπισμένος για τον αιτιοπαθογενετικό ρόλο του γενετικού, ανοσολογικού, ενδοκρινικού και περιβαλλοντικού στοιχείου. Δεν μπορούσε επομένως να εισέλθει κατά ικανοποιητικό τρόπο στην ουσία τους. Για όλα αυτά τώρα υπάρχει μία στερεή, συγκεκριμένη γενετική, ανοσολογική και παθολογοφυσιολογική γνώση, που επιτρέπει πορεία με επίγνωση.

Συγκεκριμένα : Σε μία σειρά ασθενειών αναγνωρίζεται η συμβολή του γενετικού παράγοντα ως αποκλειστικά καθοριστική. Υπάρχει ως αίτιο μία ανωμαλία ορισμένου γόνου και ακολουθεί συγκεκριμένη νόσος (αίμοσφαιρωπάθειαι, αιμορροφιλία κ.λπ.). Σε άλλη σειρά η γενετική ανωμαλία είναι συνεργητική (νεανικός διαβήτης), που συνεπάγεται ευπάθεια προς τη μία ή την άλλη ασθένεια και ευδώνει την εξέλιξή της, αν συντρέξουν περιβαλλοντικοί παράγοντες (π.χ. ιοί). Πρόκειται για συμβολή παθογενετική, η οποία, είναι δυνατόν, όπως πιστεύω, να έχει ρόλο σε πολλές ασθένειες. Κάθε άνθρωπος αρρωσταίνει κατά διαφορετικό τρόπο σύμφωνα με το γενετικό του υπόστρωμα, το σωματικό, το πνευματικό ή ψυχικό. Ειδικότερα, αξίζει να εξαρθεί η σημασία του γενετικού παράγοντα στη μεγάλη



κοινωνική νόσο τοῦ καρκίνου χωρὶς νὰ παραγνωρίζεται ἡ συμβολὴ τῶν περιβαλλοντολογικῶν παραγόντων. Αὐτοὶ εἶναι οἱ σημαντικότεροι αὐτορρογοί. Ἔτσι ἢ ἀλλιῶς ἡ ἐφαρμογὴ τῆς ἀνασύνθεσης τοῦ ΔΝΑ πρὸς θεραπευτικὴ καὶ προληπτικὴ κατεύθυνση ὑπόσχεται εὐχάριστες ἐκπλήξεις.

Ἀπὸ πολὺ καιρὸ θεωροῦσαν ἀξιολογότετους τοὺς ἀνοσολογικοὺς μηχανισμούς, στὸ πεδίο τῶν λοιμωδῶν νόσων (ὄρολογικὲς ἀντιδράσεις, ἐμβόλια, ὄροι), τὴν ὥρα ὅμως πρὸ πέρα ἀπὸ τὴν ἀντιγόνο - ἀντισωματικὴ γιὰ τὰ μικρόβια τοὺς ἀναγνωρίζεται εὐρύτερη σημασία. Ἀποδείχθηκε ὅτι ἰσχύουν καὶ γιὰ παράγοντες τοῦ ἴδιου τοῦ σώματος. Γιὰ γνωστούς, ἄγνωστους ἢ πιθανολογούμενους λόγους ἐγκαθίσταται μία ἀνώμαλη ἀνοσολογικὴ ἀνταπόκριση τοῦ ὄργανισμοῦ πρὸς φυσιολογικὰ στοιχεῖα τοῦ σώματος ὑπὸ τύπον ἀυξημένης ἀνταπόκρισης (ἀνοσοδιέγερσης) ἢ μειωμένης (ἀνοσοκαταστολῆ) καὶ ἀκολουθοῦν νόσοι, οἱ αὐτοανοσολογικῆς.

Εἶναι βέβαιο ὅτι τέτοιοι μηχανισμοὶ ἀπαντῶνται πολὺ συχνότερα ἀπ' ὅ,τι καρεῖς φαντάζεται. Καὶ ὁ γιατρός, καὶ κατ' ἐξοχὴν ὁ παθολόγος, πρὸς ἔχει νὰ κάνει μὲ ὅλα τὰ ὄργανικὰ συστήματα, πρέπει σὲ κάθε περίπτωσι νόσου σκοτεινῆς αἰτιολογίας καὶ ὄχι σινηθισμένης συμπεριφορᾶς, νὰ μεριμᾷ ἐπίμονα γιὰ τὴν κατὰ τὸ δυνατόν ἀποκάλυψη τῶν μηχανισμῶν αὐτῶν καὶ τῶν παραγόντων τους.

Ἐπιγραμματικὰ τονίζω ὅτι γόνοι, ἀνοσολογικὲς ἀντιδράσεις καὶ περιβαλλοντολογικοὶ παράγοντες εἶναι σήμερα πόλοι ἀνεκτίμητοι γιὰ τὴν καθοδήγησι τῆς ἱατρικῆς σκέψεως. Ἡ τριάδα αὐτὴ φαίνεται ὅτι καταλυτικὰ καθορίζει τὴν καρκινογένεση.

Ὡς πρὸς τὸ περιβάλλον εἰδικότερα, ἡ αἰτιοπαθογενετικὴ του σημασία ὑπολογίζεται ὅλο καὶ περισσότερο. Ἡ μόλυνση κατάντησε ἐφιάλης. Καύσιμα, ὀργανοφωσφορικά, παρασιτοζόνα, βαρῖα μέταλλα, ὑπερσιτισμός, χημικὲς οὐσίες τροφίμων, οἰνόπνευμα, νικοτίνη, φάρμακα, ναρκωτικά, στρές, πυρηνικὴ ἐνέργεια καὶ πολλὰ ἄλλα ὀδηγοῦν σὲ διάφορες ἀσθένειες καὶ μεταξὺ αὐτῶν καὶ στὸν καρκίνου.

Εἶναι περιπτώ, παρ' ὅλο τοῦτο, νὰ ἐπεκταθῶ στοὺς παράγοντες τῆς καρκινογένεσης καὶ τῶν συγγενῶν ὄντοτήτων τῆς τερατογένεσης καὶ μεταλλαξιογένεσης, πρὸς ἔχουν κοινὸ παρανομαστὴ ὅτι ἐγκαθίστανται λόγω βλάβης τοῦ ΔΝΑ, πρὸς προκαλεῖται ἀπὸ τοὺς περιβαλλοντολογικοὺς παράγοντες.

δ καὶ ε) Ἡ διαγνωστικὴ καὶ ἡ Φαρμακολογία δὲν ὑστέρησαν σὲ ἐπιτεύγματα βασικῆς σημασίας. Ἡ πρώτη, μὲ τὴ βοήθεια τῶν σύγχρονων ἐργαστηριακῶν μεθόδων, διευκρινίζει ἤδη τὰ αἰτιοπαθογενετικὰ καὶ φυσιοπαθολογικὰ συμβάματα τῶν νόσων σὲ μοριακὸ χημικὸ ἐπίπεδο. Βρίσκεται σὲ θανάσια πορεία.

Ἡ φαρμακολογία ἐξάλλου προσοδεύει καλπαστικά. Δὲν περιορίζεται στὴ γνώση τῆς χημικῆς σύνθεσης τοῦ φαρμάκου, τῆς ἀπλῆς φαρμακολογικῆς του δρά-

σης και τῶν τελικῶν προϊόντων τῆς ἀποικοδόμησής του. Τῆς εἶναι προσιτὴ βῆμα πρὸς βῆμα ἢ καθόλου τύχη οἰουδήποτε φαρμάκου μέσα στὸν ὄργανισμό. Ὑπάρχει δυνατότητα γιὰ τὸν καθορισμὸ σὲ χημικὴ βάση τῆς κάθε φαρμακολογικῆς φάσης. Καὶ ταυτοποιοῦνται οἱ ἐνζυματικοὶ καὶ ἄλλοι διάφοροι παράγοντες πὸν ἐπηρεάζουν τὸν μεταβολισμό καὶ τὴν εὐδοτικὴ ἢ ἀνασταλτικὴ σὲ μία λειτουργία ἐπίδραση τοῦ φαρμάκου, ἔτσι ὥστε νὰ μὴ διαφεύγουν εὐκολὰ οἱ ὅποιεσδήποτε παρενέργειές του. Ὅλες οἱ βασικὲς βιολογικὲς πρόοδοι, πὸν ἀναφέρθηκαν, εἶναι κατ' οὐσίαν πρόοδοι τῆς παθολογίας.

Κύριε Πρόεδρε,

Ἦρθε ἡ στιγμή νὰ διαπραγματευθῶ τὸ κυριότερο κεφάλαιο τῆς ὀμιλίας, πὸν ἐνδιαφέρει ἐξ ἴσου εἰδικὸς καὶ ἀνειδίκευτος, καὶ ἔχει ὡς θέμα τίς: «Σπουδαιότερες νοσολογικὲς ἐξελίξεις». Εἶναι στὴν ὕλη του ἀπέραντο. Θὰ περιορισθῶ ὅμως στὰ κυριότερα παράμετρα του, πὸν ἀρκοῦν νὰ ἀπαρτίσουν ἓνα ἀπλὸ σκιαγράφημα τῆς ἐσωτερικῆς Παθολογίας.

### III. ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΕΡΕΣ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

#### α) Πληθώρα νοσολογικῶν ὄντοτήτων.

Οἱ πρόοδοι πὸν ἀναφέραμε, ἀνέδειξαν νοσολογικὲς ὀντότητες, πολλαπλάσιες ἀπὸ ἐκεῖνες πὸν ξέραμε. Νέες κατηγορίες ἤρθαν σὲ φῶς (γενετικές, ἀνοσολογικὲς, μεταβολικὲς, ἰατρογενεῖς) καὶ ταυτοποιήθηκε πορεία ὑποτύπων τῶν γνωστῶν ἀσθενειῶν.

Γιὰ νὰ προσεγγίσει τὸ τεράστιο σημερινὸ νοσολογικὸ του φάσμα ὁ παθολόγος, πρέπει νὰ διαθέτει ἄρτια γνώση τῶν κλινικῶν συνδρόμων καὶ τῆς βιολογικῆς τους φύσης.

#### β) Εἰδικότητες.

Ἡ πληθώρα τῆς ὕλης τῆς ἐσωτερικῆς Παθολογίας ἐπέβαλε τὴν κατάταμή της σὲ ἓνα πλῆθος ἀπὸ εἰδικότητες καὶ ὑποειδικότητες (Πίν. 4), (Πίν. 5).

## Π Ι Ν Α Κ Α Σ 4.

Γηριατρική  
 Ἱατρικὴ ἐφήβου  
 Οἰκογενειακὴ ἱατρικὴ  
 Ἐπεύγουσα ἱατρικὴ  
 Ὀγκολογία

## Π Ι Ν Α Κ Α Σ 5.

## ΝΕΕΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΙΛΙΚΟΤΗΤΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Τράπεζες αἵματος  
 Αἱματολογία  
 Ἀνοσολογία  
 Γενετικὴ

Ἡ μεταβολὴ αὐτὴ ὑπῆρξε ἀπαραίτητη τόσο γιὰ τὴν εἰς βάθος ἔρευνα ὅσο καὶ γιὰ τὴ διαγνωστικὴ καὶ θεραπευτικὴ ἀντιμετώπιση τῶν ἀσθενειῶν, μὲ τὴ βοήθεια ἐιδικῶν γνώσεων καὶ τεχνικῶν. Καὶ συνεχὴς εἶναι ἡ τάση γιὰ ὑποειδικότητες καὶ αὐτοματισμό. Ἀπὸ τὴν ἄλλη ὁμως σκοπιὰ ὑπῆρξε παράγοντας ἀποπροσωποποίησης τῆς ἱατρικῆς. Ἐπιτακτικὴ κρίνεται ἡ ἀνάγκη μιᾶς στενῆς συνεργασίας μεταξὺ τῶν καθ' ἕκαστα ἐιδικῶν γιὰ τὴν καλὴν θεραπεία τῶν ἀρρώστων [32].

## γ) Λοιμώδη νοσήματα.

Μικρὰ εἶναι τὰ πρόσφατα βήματα προόδου στὸν τομέα των κατὰ τὴν τελευταία δεκαετία, ἔπειτα ἀπὸ τὰ μεγάλα τῆς προηγούμενης τριακονταετίας μὲ τὰ ἀντιβιοτικά, τὰ ἐντομοκτόνα καὶ τὴ βελτίωση τῶν ὑγειονομικῶν συνθηκῶν διαβίωσης σὲ πολλὰς χῶρες καὶ στὴν Ἑλλάδα.

Οἱ θεραπευτικὲς ἐπιτυχίαι τῶν ἰώσεων εἶναι πενιχρές. Ἀξιολογότερες εἶναι οἱ ἐπιτυχίαι στὴν πρόληψη μὲ τὰ ἐμβόλια, κατ' ἐξοχὴν γιὰ τὴν ἰλαρά, ἀλλὰ καὶ γιὰ τὸν κοκκίτη καὶ τὴν ἐπιδημικὴ παρωτίτιδα [33]. Ἀκόμη σὰν εὐεργετικὴ καὶ πολλὰ ὑποσχομένην ἄς χαρακτηρίσουμε τὴν ἐπινόηση τοῦ ἐμβολίου τῆς ἡπατίτιδος Β, πὸ ἔχει ἰδιαίτερο ἐνδιαφέρον γιὰ τὴ χώρα μας.

## δ) Χρόνιες εκφυλιστικές νόσοι και γήρας.

Σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες και στην Ελλάδα [34] σημειώθηκε σταθερή αύξηση συχνότητας των νόσων αυτής της κατηγορίας, κυριότερες από τις οποίες από υγειονομική άποψη είναι οι μεγάλες κοινωνικές, δηλαδή οι αγγειακές παθήσεις, η υπέρταση, ο καρκίνος, η παχυσαρκία, ο διαβήτης, ο αλκοολισμός. Είναι βέβαιο ότι για τη γένεσή τους συντρέχουν, εκτός από τους κληρονομικούς και παράγοντες περιβάλλοντος ή τύπου ζωής. Και δεν χρειάζεται να τονίσουμε ποιά βλαβερή επίδραση ασκεΐ ή ανθυγιεινή διαίτα, το κάπνισμα, η μόλυνση του περιβάλλοντος, ή έλλειψη φυσικής άσκησης κ.λπ. "Ας τονισθεΐ όμως κάτι: "Οτι δεν πρέπει να μās διακατέχει μοιρολατρική άπαισιοδοξία από το γεγονός ότι τη γένεσή τους επηρεάζει το γενετικό στοιχείο, πού επί του παρόντος δεν αντιμετώπισθηκε στην πράξη. Αντίθετα ή γνώση αυτή πρέπει να μās χαλυβδώνει το σεβασμό στην αξία πού έχει ή άποφυγή των βλαπτικών αυτών παραγόντων. Τα πρόσφατα εργαστηριακά και επιδημιολογικά δεδομένα, κυρίως στην Αμερική, μās πείθουν ότι ή αρτηριοσκλήρωση, ή μεγαλύτερη άπειλή του ανθρώπου, δεν είναι άναπόφευκτος και μη ύποστρέψιμος καρπός του γήρατος και του γενετικού ύποστρώματος, αλλά τουναντίον ότι σε ικανό βαθμό προλαμβάνεται [35, 36, 37]. Κάτι παρόμοιο ισχύει και για την υπέρταση και τον καρκίνο. Η προληπτική αντιμετώπιση έχει ιδιαίτερη σημασία [38, 39, 40], ενώ ή φαρμακευτική άγωγή στις πλείστες εκφυλιστικές νόσους και μάλιστα στις αγγειακές λίγα έχει προσφέρει ως τώρα [41].

Στις κακοήθεις νεοπλασίες οι πού άξιωμασημόνευτες πρόοδοι είναι οι επόμενες :

I. Πρώιμη διάγνωση των κακοήθων νεοπλασιών με κύρια βήματα πρόοδου : την αντίχρευση πεπτιδικών ούσιών στο αίμα, πού παράγονται από τα νεοπλαστικά κύτταρα (α-εμβρυϊκή σφαιρίνη, καρκινοεμβρυϊκόν αντιγόνο)· τον πρώιμο έντοπισμό των νεοπλασιών με ραδιοσεσημασμένα αντισώματα και ευαίσθητοποιημένα T λεμφοκύτταρα· την παραγωγή πρόσφατα μονοκλωνικών ύβριδιακών αντιογκωτικών αντισωμάτων με μεγάλη διαγνωστική αξία [42] και ένδεχομένως και θεραπευτική [43].

II. Αποκάλυψη αιτιολογικής ή παθογονικής σχέσεως ιών και καρκίνου, πέρα από τα ζώα και στον άνθρωπο, με διαπίστωση ύπαρξης («όργανόνων») πού είναι όμοια στους πρώτους και στον δεύτερο. Καί,

III. Λαμπρά θεραπευτικά άποτελέσματα των χημειοθεραπευτικών στα λεμφώματα και τις λευχαιμίες και άμφίβολα με interferon στον καρκίνο.

Τὸ γῆρας, μὲ τὸ μεγαλύτερο ἀπ' ὅτι παλαιότερα καὶ ὄλο ἀξινόμενον ποσοστὸ τοῦ πληθυσμοῦ του, δημιούργησε μεγάλα ὑγειονομικά, κοινωνικά καὶ οἰκονομικά προβλήματα. Ἡ προληπτικὴ ἀντιμετώπισή του, κατὰ τὶς ἐπιταγὰς τῆς ἐπιστήμης γιὰ τὸν τύπο διαβίωσης, ἐπιτρέπει αἰσιόδοξες προοπτικὲς, τουλάχιστον γιὰ μιὰ περισσότερο μακροχρόνια καὶ πιὸ εὐχάριστη ποιότητα ζωῆς. Ἄς προσθέσωμε ὅμως ὅτι ὡς σήμερα, παρὰ τὴν ἔντονη ἔρευνα τοῦ γενετικοῦ καὶ ὁρμονικοῦ στοιχείου καὶ τοῦ λεγόμενου βιολογικοῦ ὥρολογίου, οἱ μηχανισμοὶ του παραμένουν σκοτεινοί. Ἡ χωρὶς ἐξαίρεση σὲ τακτὸ χρόνο ἐγκατάσταση καὶ ἀδυσώπητα νομοτελῆς ἀπόληξή του σὲ ὅλα τὰ ἔμβια ὄντα, ἀνεξάρτητα ἀπὸ τὸ περιβάλλον, δὲν ἀφήρουν περιθώρια γιὰ μαλθουσιακὰς πληθυσμιακὰς προβλέψεις.

ε) Νέες νοσολογικὲς ὀντότητες.

Ἐχει λεχθεῖ ὅτι εἶναι πολλὲς καὶ ποικίλες. Καὶ ἀναμένονται περισσότερες, ὅσο πολλαπλασιάζονται οἱ ἐνδογενεῖς καὶ ἐξωγενεῖς παράγοντες τῆς ὑγείας μὲ τὴν ἐπιστημονικὴ πρόοδο.

Χαρακτηριστικότερες ἀπὸ τὶς νέες νόσους εἶναι οἱ ἑξῆς :

1. Οἱ κολλαγονώσεις. Στὸ πεδίο αὐτὸ ἡ ἀνακάλυψη νέων τύπων κολλαγόνου πέρα ἀπὸ τοὺς δύο παλαιούς (α1, α2) καὶ ἡ μελέτη τῆς κατασκευῆς τῶν ἀντίστοιχων γόνων, καθὼς καὶ τῶν ἐνζύμων των (προτεϊνάσαι), καθόρισε νέες νοσολογικὲς δυνατότητες (π.χ. *osteogenesis imperfecta*, σύνδρομο Ehler Danlos) [44].

2. Οἱ ἱατρογενεῖς νόσοι. Αὐτὲς προκαλοῦνται ἀπὸ φάρμακα, χειρουργικὲς πράξεις καὶ ἄλλες θεραπείες καὶ ἔχουν διαφορετικὴ κάθε φορὰ ἔκβαση. Πολλὲς φορὲς διαφεύγουν [45].

3. Ἀκόμη οἱ αὐτοανοσολογικὲς νόσοι καὶ τὰ σύνδρομα ἱστούσυματότητας [46, 47], ποὺ δὲν εἶναι δυνατόν νὰ μᾶς ἀπασχολήσουν, παρὰ τὴν κανστικὴ βιολογικὴ τους σημασία.

Περιορίζομαι στὸ νὰ δείξω ἓνα πῖνακα τῶν αὐτοανόσων νοσημάτων (Πίν. 7).

στ) Στ ρ ο φ ἡ π ρ ὀ ς τ ἡ ν π ρ ὀ λ ῆ ψ ἡ.

Παλιά, ὅσο καὶ ἡ ἱατρικὴ, εἶναι ἡ προτίμηση τοῦ γιαιτροῦ στὸ προληπτικὸ ἀπέναντι στὸ θεραπευτικὸ ἔργο.

Μόνο ὅμως κατὰ τὰ τελευταῖα χρόνια ἡ κατεύθυνση αὐτὴ ἔγινε ἐπιστημονικὸ αἴτημα [48, 49]. Καὶ αὐτὸ χάρις στὰ πρόσφατα πειστικὰ δεδομένα καὶ στὶς ἐμπειρίες γιαιτρῶν καὶ κοινοῦ γιὰ τὴ θετικὴ ἢ ἀρνητικὴ ἐπίδραση στὴν ὑγεία παρα-

## Π Ι Ν Α Κ Α Σ 7.

## ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

## I. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

1. Συστηματικός έρπηματώδης λύκος
2. Ρευματοειδής αρθρίτις
3. Όρισμένες μορφές νεκρωτικών άγγειϊτίδων
4. Μικτή νόσος του συνδετικού ιστού
5. Συνδρομή Sjogren
6. Δερματομυοσίτις - Πολυμυοσίτις;
7. Προοδευτική συστηματική σκλήρυνση;

## II. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1. Αύτάνοση αίμολυτική άναιμία
2. Αύτάνοση λευκοπενία
3. Ίδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα

## III. ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1. Θυρεοειδίτις Hashimoto
2. Θυρεοειδίτις με καρκίνωμα του θυρεοειδούς
3. Ύπερθυρεοειδισμός
4. Ίνσουλινοεξαρτώμενος σακχ. διαβήτης

## IV. ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΛΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1. Βαριά μυσθένεια
2. Σκλήρυνση κατά πλάκες
3. Διάφοροι τύποι σπειραματονεφρίτιδων
4. Άνοσοσυμπλεγματική νόσος τής ήπατίτιδος Β
5. Χρόνια ενεργός ήπατίτις
6. Πρωτοπαθής χολική κίρρωση

γόντων πού είναι δυνατόν νά προληφθοῦν. Χάρη στήν πρόληψη, τεράστιες κοινωνικές ἀρρώστιες ἐξαφανίστηκαν στό πρόσφατο παρελθόν ἢ περιορίστηκαν (ἐλονοσία, πολυομελίτιδα, εὐλογία, χολέρα). Οἱ περισσότεροι ἄνθρωποι πεθαίνουν πρόωρα ἀπό τίς σύγχρονες κοινωνικές ἀσθένειες, γιατί παραβλέπουν προληπτούς βλαπτικούς παράγοντες στή ζωή τους, ὅπως ἡ πολυφαγία, τὸ οἰνόπνευμα, τὸ κάπνισμα, τὰ ναρκωτικά καί οἱ παράγοντες ρύπανσης. Ὑπολογίζεται ὅτι πάνω ἀπό 100.000 Ἀμερικανοὶ πεθαίνουν κάθε χρόνο ἀπό αἰτίες πού μποροῦν νά προληφθοῦν.

Τὰ σκέλη τῆς σύγχρονης πρόληψης εἶναι δύο. Ἐνα κλινικό καί ἓνα ἐργαστηριακό. Ἡ ἐπιδημιολογία στοὺς ἀνθρώπους, τὸ πειραματικό ἐργαστήριό στὰ ζῶα. Ἡ πρώτη διαπιστώνει τοὺς παράγοντες πού μᾶς ἐκθέτουν σέ κίνδυνο (risk factors) καί τοὺς παράγοντες πού μᾶς προστατεύουν (antirisk factors) καί διεξάγει τοὺς γνωστοὺς σέ ὄλους μας «προσυμπτωματικούς» ἐλέγχους (check up) [50] γιὰ πρόωμη διάγνωση ἀσθενειῶν, πού δὲν ἐκδηλώθηκαν ἀκόμη. Ἐλέγχους τοὺς ὁποίους πολλοὶ θεωροῦν ἐλιξήριο ζωῆς, ἐνῶ οἱ ἴδιοι δὲν συμμορφώνονται στοὺς κλασσικοὺς κανόνες τῆς ὑγιεινῆς διαβίωσης, λὲς καί οἱ δεῦτεροι εἶναι ἀπρόσωποι. Οἱ παραπάνω ἐπιδημιολογικοὶ στόχοι προϋποθέτουν συνεργασία ἐπιδημιολόγου - παθολόγου ἢ ἀξιόλογη ὑποδομὴ παθολογίας ἀπὸ τὸν ἐπιδημιολόγο.

Στὸ πειραματικό ἐργαστήριό γίνεται καθαρὸς βιολογικὸς ἔλεγχος γιὰ παράγοντες, πού μὲ βάση ἐνδεικτικὰ ἐπιδημιολογικὰ ἢ κλινικὰ κριτήρια, χαρακτηρίζονται ὑποπτοὶ βλαπτικοί. Καί ἂν ἀποδειχθοῦν βλαπτικοί, τότε ἀκολουθεῖ ἔλεγχος συστηματικὸς ἐπιδημιολογικοῦ τύπου στὸν ἄνθρωπο. Ἐπίσης ἐρευνῶνται ὄλο καί πῶς πολλοὶ οἱ γενετικοὶ παράγοντες, πού συντρέχουν γιὰ τὴ γένεση τῶν διαφόρων νοσολογικῶν ὄντοτήτων.

### ζ) Μεταβολὲς στὸ ἔργο τοῦ Παθολόγου.

Κατὰ τίς ἡμέρες μας, καί ἰδίως ἐντελῶς πρόσφατα, τὸ ἔργο τοῦ παθολόγου παραμορφώθηκε. Ἐπὶ χιλιετηρίδες ἦταν ἐξ ἴσου κλινικό καί μεταφυσικό, μὲ σχέση τυφλῆς ἐμπιστοσύνης τοῦ ἀρρώστου στό γιατρό. Κατὰ τίς δύο τελευταῖες ἑκατονταετηρίδες συνεχίστηκε ὡς κλινικό, χαλαρώθηκε ὁμως τὸ μεταφυσικό του σκέλος καί προστέθηκε ὡς νέος παράγοντας τὸ ἐργαστήριό. Πρόσφατα, μὲ τὴν ἔντονη διεύρυνση τῆς τεχνολογίας, τὸ κλινικό μέρος, χωρὶς νά τὸ ἀντιληφθοῦμε, ὑποτονώθηκε, τὸ ἐργαστηριακὸ ὑπερτράφηκε καί τὸ μεταφυσικὸ μαράθηκε, γιατί ἡ ἱατρικὴ ἐξ αἰτίας τῆς εἰδίκευσης, τῆς κοινωνικοποίησής της κ.λπ. ἀποπροσωποιοῦθηκε. Ἀκόμη ἡ γλῶσσα της παραμορφώθηκε [51]. Οἱ ἀσθενεῖς ἔγιναν «διδασκτικὸ ὑλικό», ἡ ἱατρικὴ πράξη «ἐπιχείρηση», ἡ παροχὴ περιθαλψῆς «προϊόν» καί οἱ ἀνθρώπινες

ἀλληλεπιδράσεις «οικονομικές πράξεις». Τὰ ἀποτελέσματα τῶν μεταβολῶν αὐτῶν ὑπῆρξαν ἀφ' ἑνὸς θετικά καὶ ἀφ' ἑτέρου ἀρνητικά. Τὰ θετικά τὰ ἀκούσαμε ἤδη. Τὰ ἀρνητικά εἶναι ἡ ὑπεριδίκευση, ἡ μόλυνση τοῦ περιβάλλοντος, ἡ πολυφαρμακία, οἱ τεράστιες δαπάνες τῆς ὕγειονομικῆς περίθαλψης, τὸ ἀνικανοποίητο τῶν γιατρῶν καὶ ἀσθενῶν, τὰ ἠθικοδεοντολογικὰ διλήμματα, οἱ προβληματισμοὶ τῆς πολιτείας καὶ πρὸ πάντων ἡ ἐξαφάνιση τοῦ ἀναντικατάστατου φαρμάκου, τοῦ στενοῦ συναισθηματικοῦ δεσμοῦ ἄρρωστον καὶ γιατροῦ.

Αὐτὰ γιὰ τὶς ἔως σήμερα ἐξελίξεις τῆς Παθολογίας. Καὶ τώρα γιὰ τὶς προσδοκώμενες.

#### IV. ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Πρόκειται νὰ τὶς διαχωρίσω: 1) σὲ ὅσες ἀφοροῦν τὴν ἐσωτερικὴν Παθολογία ὡς ἐπιστήμη, 2) σὲ ὅσες ὡς πράξη καὶ 3) σὲ ὅσες στὴ σχέση της μὲ συνολικὴν ἰατρικὴν.

Ὡς ἐπιστήμη ἡ Παθολογία θὰ ἔχει πάντοτε γιὰ ἀσάλευτη ὑπόδομή τὶς θετικὲς ἐπιστῆμες, τὴν τεχνολογία καὶ τὴν βιολογία. Μὲ τὴ βοήθειά τους θὰ διεισδύσει ὄλο καὶ βαθύτερα στὴ δομὴ καὶ τὴ λειτουργία τοῦ σώματος χρησιμοποιώντας τελειότερες τεχνικὲς μεθόδους. Τὸ ἠλεκτρονικὸ μικροσκόπιο, οἱ ἱστοχημικὲς, ραδιοαναστολογικὲς, ἀκτινολογικὲς καὶ ἄλλες λεπτὲς τεχνικὲς τοῦ σήμερα θὰ εἶναι αὔριο ἀδρῆς μέθοδοι. Ἡ μοριακὴ βιολογία θὰ ξεπεραστεῖ ἀπὸ μιὰ ἄλλη, πιὸ προχωρημένη. Καὶ θὰ ταυτοποιηθοῦν πιὸ μικρὰ σωμάτια δομῆς, ἕνας πιὸ μικρὸς μικροκοσμος. Θὰ διαμορφωθοῦν νέα Ἱστολογία, νέα Φυσιολογία καὶ κατὰ συνέπεια νέες αἰτιοπαθογενέσεις καὶ νέες φνσιοπαθολογικὲς ρυθμίσεις. Οἱ σημερινοὶ λαμπροὶ παράγοντες τῆς μοριακῆς Γενετικῆς καὶ Ἀνοσολογίας θὰ φωτισθοῦν πιὸ ἀπλετα. Καὶ θὰ φανοῦν καὶ ἄλλοι, πὸν θὰ ὀδηγήσουν σὲ ἐρμηνεῖες ἱκανοποιητικότερες γιὰ τὰ βιολογικὰ φαινόμενα τῆς ζωῆς. Εὐλόγα θὰ ἀποκαλυφθεῖ πλῆθος ἀπὸ ποικίλες νοσηρῆς ὀντότητες, θὰ ἐπινοηθοῦν ἀποδοτικότερες μέθοδοι διάγνωσης, θεραπείας καὶ πρόληψης καὶ θὰ λυθοῦν πάμπολλα βραχυπρόθεσμα προβλήματα ὑγείας. Ἡ κλινικὴ ὅμως ἰατρικὴ μάλιστα στὴν περιοχὴ τῆς Παθολογίας θὰ ἔχει πάντοτε τὸν πρῶτο λόγο κατὰ τὴν ἰατρικὴν πράξη. Σύμφωνα δὲ μὲ ὅλες τὶς ἐνδείξεις, δὲν θὰ ὑπάρξει δυνατότητα, ἔξω ἀπὸ τὴ θεότητα, γιὰ τὴ διακρίβωση τῆς ἀρχῆς τῆς ζωῆς οὔτε ριζικὴ λύση τῶν μακροπρόθεσμων (ψυχικῶν, οικολογικῶν, κοινωνικῶν) προβλημάτων της. Οὔτε καὶ οἱ βασικοὶ βιολογικοὶ ρυθμοὶ τῶν προβλημάτων τούτων θὰ φωτισθοῦν ριζικά. Δόθηκαν κι αὐτοὶ ἀπὸ τὸ Θεό. Γιὰ τὴν πρόβλεψη αὐτὴ συνηγοροῦν ὁ πανάρχαιος μῦθος τῆς τιμωρίας τοῦ Ἀσκληπιοῦ



ἀπὸ τὸν Δία γιὰ τὴν ἰατρικὴν του κομπορημοσύνη, καθὼς καὶ τὸ πρόσφατο φιλοσοφικὸ «πιστεύω» τοῦ Einstein: «Θὰ γνωρίσουμε στὸ μέλλον περισσότερα ἀπ' ὅ,τι ὡς τώρα, ὅχι ὁμως καὶ τὴν πραγματικὴ φύση τῶν πραγμάτων».

Στὴν ἰατρικὴ πράξη πιθανολογῶ ὅτι ἡ παθολογία θὰ κινεῖται σὲ μοντέλο πὸν θὰ ἔχει γιὰ βάση τὸ σημερινὸ βιολογικὸ στοιχεῖο, θὰ περιλαμβάνει ὁμως καὶ τὸν ψυχικὸ καὶ κοινωνικὸ παράγοντα. Θὰ εἶναι βιολογικοψυχοκοινωνικό.

Ὁ Παθολόγος θὰ ἔχει νὰ ἀντιμετωπίσει πάντοτε τὰ ἐξῆς προβλήματα: Τί τρέχει μὲ τὸν ἄρρωστο; Τί μπορεῖ νὰ κάνει γι' αὐτόν; Ποιὰ θὰ εἶναι ἡ ἐξέλιξη τῆς ἀρρώστιας του; Καὶ γιατί ἤρθε ἡ ἀρρώστια; Γιὰ νὰ ἀνταποκριθεῖ σωστὰ σ' αὐτά, καὶ κυρίως στὸ πρῶτο, τὴ διάγνωση, θὰ πρέπει νὰ πλησιάζει τὸν ἀσθενὴ ὀπλισμένος ἄφογα κατ' ἐπιστήμη καὶ τέχνη. Τὸ πρῶτο ἀπ' αὐτὰ τὰ ὄπλα εἶναι ἀπρόσωπο, ταυτισμένο μὲ τὴ βιολογικὴ, τὴν κλινικὴ καὶ τὴν ἐργαστηριακὴ του συγκρότηση. Τὸ δεύτερο, ἡ ἰατρικὴ τέχνη, εἶναι προσωπικό. Προϋποθέτει τὴν κατανόηση ἀπὸ τὸ γιατρὸ τῆς συνολικῆς προσωπικότητος τοῦ ἀρρώστου. Τὴ φύση αὐτῆς τὴν καθόρισε πολλὴ ὥραϊα ὁ Peabody πρὶν ἀπὸ τριάντα πέντε χρόνια. Ἐγραφε: «Ὅ,τι λέγεται κλινικὴ εἰκόνα δὲν εἶναι ἀκριβῶς μία φωτογραφία τοῦ ἀσθενοῦς στὸ κρεβάτι. Εἶναι μία ἱμπρεσσιονιστικὴ ζωγραφιὰ πὸν πλαισιώνεται ἀπὸ τὸ σπίτι του, τὴν ἐργασία του, τοὺς φίλους του, τὶς σχέσεις, τὶς χαρῆς, τὶς λύπες, τὶς ἐλπίδες καὶ τοὺς φόβους του [52].

Ὁ Παθολόγος τοῦ μέλλοντος θὰ ἀντιμετωπίζει μὲ ἐνδιαφέρον ἐκτὸς ἀπὸ τὸ σωματικὸ στοιχεῖο, τὴν «ἀνημποριά» ὅπως προτίμησα νὰ ἀποδώσω τὸ "Suffering" τῶν Ἀγγλων στὴ γλώσσα μας. Τὴ δυσάρεστη αὐτὴ κατάσταση πὸν διαταράσσει τὴν ἀκεραιότητά του, τὴν ψυχολογία καὶ κοινωνικότητά του, καὶ πὸν μπορεῖ νὰ ὀφείλεται σὲ ποικίλους παράγοντες ἐκτὸς ἀπὸ τὴ σωματικὴ βλάβη, ὅπως τὰ θλιβερὰ γεγονότα, ἡ ἔλλειψη βοήθειας ἢ ἐλπίδας, ἡ ἀπειλὴ ἀνεργίας, ἡ οἰκονομικὴ δυσπραγία, ἡ ἀμνησία, ἡ ἀπομόνωση, ἡ νοσταλγία, ὁ φόβος καὶ ἄλλα πολλὰ, θλιβεροὶ σύντροφοι τῆς ἀρρώστιας. Καὶ θὰ βηματοδοτεῖται στὸ ἔργο του ὄχι ἀπὸ τὸν ἀπὸ χρόνια καθιερωμένο ἱστορικὸ δυισμό σώματος καὶ πνεύματος, ὑποκειμενικοῦ καὶ ἀντικειμενικοῦ, κατὰ τὶς φιλοσοφικοθεολογικὰς ἰδέες τοῦ Καρτεσιού. Ἀλλὰ ἀπὸ τὴν ἀντίληψη ἐνότητος σώματος καὶ προσωπικότητος τοῦ ἀρρώστου. Θὰ δεσπόσει συνδυασμὸς τῶν δύο ριζῶν, ντετερμινισμοῦ καὶ ἀνθρωπισμοῦ, κατὰ τὸν Νεοἰπποκρατισμὸ τοῦ δυτικοῦ πνεύματος καὶ σεβασμὸς στὴν ἰατρικὴ ἠθικολογία [53]. Ὅλα αὐτὰ εἶναι νοητὰ μόνο ὑπὸ κατάλληλο προσανατολισμὸ τῆς Ἰατρικῆς παιδείας, πὸν θὰ ἐξασφαλίζει ἢ συνεργασία τῶν γιατρῶν μὲ ψυχιάτρους καὶ ψυχοκοινωνιολόγους [54].

Ὡς πρὸς τὴ θέσιν τῆς Ἑσωτερικῆς Παθολογίας κατὰ τὸ μέλλον στήν καθόλου ἰατρικὴ ὁ καθένας διερωτᾶται : Μὲ τὴν ἀναμενομένην πῶς πολὺ ἀκόμῃ ἀπ' ὅ,τι, ὡς τώρα διόγκωσις τῆς ὕλης τῆς, θὰ εἶναι δυνατὸν νὰ ὑπάρχουν παθολόγοι, ὅπως τοὺς ἐννοοῦμε σήμερον. Θὰ κατανεμηθεῖ τὸ περιεχόμενον τῆς ὕλης τοὺς σὲ εἰδικούς καὶ ὑποειδικούς; Καὶ ἂν ναὶ ποιά θὰ εἶναι ἡ σχέση παθολόγων καὶ εἰδικῶν; Καὶ ποιά ἢ προσφορὰ τοῦ καθενός; Οἱ ἀπαντήσεις στὰ ἐρωτήματα αὐτὰ θὰ πρέπει νὰ συμβιβάζονται μὲ τὸ γεγονὸς ὅτι ἡ ἐφαρμογὴ τῶν νέων ἐπιστημονικῶν γνώσεων στὸ ὑγειονομικὸ πεδίο ἄγει κατὰ κανόνα σὲ ἐπιστημονικοὺς ἠθικοδεοντολογικοὺς, νομικοὺς καὶ κοινωνικοὺς προβληματισμούς.

Πιστεύω ὅτι δὲν θὰ λείπουν στὸ μέλλον οἱ Παθολόγοι, γιατί σὲ μεγάλο ποσοστὸ τῶν ἀσθενῶν ἡ ἀντιμετώπιση τῆς νόσου τοὺς προϋποθέτει καλὴ κατανόηση καὶ ἰκανότητα γιὰ ρύθμιση τῆς διαταραγμένης συνολικῆς βιολογικῆς καὶ ψυχικῆς ὁμοιοστασίας τοὺς, πὸν μόνον ὁ Παθολόγος ἢ ὁ εἰδικὸς μὲ ἄρτια κατάρτιση στήν Παθολογία εἶναι σὲ θέσιν νὰ προσφέρει. Καὶ ἀκόμῃ ὅτι ἡ συμβολὴ τοὺς στήν πρόληψη, ἂν προηγηθεῖ ἡ κατάλληλη ἐκπαίδευση, θὰ εἶναι ὀλοένα καὶ πῶς σημαντικὴ.

Λογικὸ εἶναι νὰ ἀπορεῖ κανεὶς ἂν, λόγῳ μεγέθους τῆς ὕλης τῆς στὸ μέλλον, δὲν θὰ καταστεῖ ἀναγκαῖο νὰ κατατμηθεῖ ἡ παθολογία σὲ εἰδικότητες. Σίγουρα μὲ αὐτὲς θὰ ὑπάρξει ἀνεκτίμητη συμβολὴ τόσο στήν ἔρευνα ὅσο καὶ στοὺς τομεῖς τῆς ἐργαστηριακῆς διαγνωστικῆς καὶ τῆς λεπτῆς τεχνολογικῆς θεραπευτικῆς. Καὶ κατὰ λογικὴ ὄλο καὶ θὰ πληθύνονται οἱ εἰδικότητες, τὴ στιγμὴ πὸν ὁ γνωσιολογικὸς μερισμὸς ὄλο καὶ μεγαλώνει. Ἀπὸ τὴν ἄλλη ὅμως ὄψη, ἂν οἱ τόσο χρήσιμοι εἰδικοὶ δὲν εἶναι ἐξοπλισμένοι μὲ στερεὸ ὑπόστρωμα παθολογίας, θὰ διατρέχουν τὸν κίνδυνον νὰ κολοβωθεῖ ἡ ἐρευνητικὴ τοὺς φαντασία καὶ νὰ ἐπακολουθήσουν ἀνεπιθύμητα ὀλισθήματα στήν πράξη. Οἱ εἰδικοὶ τοῦ μέλλοντος καὶ μάλιστα οἱ εἰδικοὶ τῆς σφαίρας τῆς Παθολογίας, θὰ εἶναι ἀπαραίτητο νὰ βιολογοῦν καὶ νὰ παθολογοῦν. Καὶ οἱ παθολόγοι, μάλιστα οἱ νοσοκομειακοὶ καὶ οἱ μὲ ἀκαδημαϊκὴ σταδιοδρομία, θὰ χρειάζονται, ἐκτὸς ἀπὸ τὴν κλινικὴν, στερεὴ βιολογικὴ, ἀλλὰ καὶ οὐμανιστικὴ κατάρτιση, πὸν μόνον μὲ συστηματικὴ παιδεία νοεῖται [55], ὅπως εὔστοχα τὰ ἐπεσήμαναν ὁ Osler, ὁ μεγαλύτερος Ἀμερικανὸς κλινικὸς γιὰ τρὸς καὶ ὁ Μιχαὴλ Ἀγγελοσ λέγοντας ὁ πρῶτος :

“Every day do some reading or work apart from your profession”· καὶ ὁ δεῦτερος : “There are sciences which demand the whole of the man; without leaving the least portion of his spirit free for other distractions : but you will be a better man and not a worse practitioner for an avocation. I care not what it may be : gardening or farming, literature or his-

tory or bibliography, any one which will bring you into contact with books”.

Κύριε Πρόεδρε,

Κατὰ τὴ μακροαίωνα διαδρομὴ τῆς Κλινικῆς Ἱατρικῆς οἱ μεγάλοι σταθμοὶ τῆς εἶναι ἐνωμένοι μὲ τὰ ὀνόματα τοῦ Ἱπποκράτη, τοῦ Γαληνοῦ, Κέλσον, Ἀβικένα, Sydenham, Laenec καὶ Osler, πὸν ὁ καθένας τους ὑπῆρξε ὁ μέγας Παθολόγος τῆς χώρας του. Ὁ Ἱπποκράτης τῆς.

Ὁ Παθολόγος θὰ ἔχει πάντοτε σπουδαίους τομεῖς δράσης μέσα στὴν Ἱατρική. Θὰ εἶναι ὁ ἀρμοδιότερος γιατρός γιὰ τὴν ἀρχικὴ ἀναγνώριση τοῦ προβλήματος τοῦ ἀρρώστου καὶ τῶν μακροπρόθεσμων προβλημάτων τῆς υγείας. Ὁ οἰκογενειακὸς γιατρός, ὁ γιατρός στοῦ χωριό, ὁ σύμβουλος σὲ κάθε δύσκολη περίπτωση ἀσθένειας. Ὁ συνεργάτης τοῦ ἐπιδημιολόγου καὶ τοῦ γενετιστῆ στὴν πρόληψη [56]. Ὁ ἐκπαιδευτὴς τῶν εἰδικῶν γιὰ τὴ γενικὴ κλινικὴ τους κατάρτιση. Ὁ συνεργάτης τῶν ἐρευνητῶν στὴν κατάστροση τῶν μεγάλων προγραμμάτων τους. Ἀλλὰ πρὸ πάντων, ὁ γιατρός τοῦ πονεμένου στοῦ σῶμα καὶ στὴν ψυχὴ. Ὁ γιατρός.

#### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γ. Μερικάς, Ἑσωτερικὴ Παθολογία (παρελθόν, παρόν, μέλλον). Πρακτικὰ Ἀκαδημίας Ἀθηνῶν 1978, 53 : 265 - 285.
2. J. D. Watson and F. H. C. Crick, Molecular structure of nucleic acids : a structure for deoxyribosenucleic acid. *Nature*, 1953, 171 : 737 - 738.
3. S. Scherer and R. W. Davis, Replacement chromosomal segments with advanced DNA sequences constructed in vitro. *Proc. Nat. Ac. Sci. USA* 1979, 76, 4951 - 4958.
4. J. Shapiro, Molecular model for the transposition and replication of bacteriophage *Ma* and other transposable elements. *Proc. Nat. Acad. Sci. USA* 1979, 76, 1933 - 1937.
- 4a. D. Gardner and J. Baxter, Recombinant DNA : *Am. J. Med.* 1982, 72 : 551 - 553.
5. Ph. G unb y, Bacteria detected to produce insulin in the application of genetic code. *JAMA* 1978, *Med. News*, 1697 - 1698.

6. *Med. News, Insuline and human groth hormone. JAMA 1981, 246 : 1724.*
7. *Med. News, Genetic compability counceling. JAMA 1981, 245 : 315.*
8. *Med. News, Cause of graft rejection. JAMA 1981, 245, 316.*
9. *J. Goldman, M. Goldman, What the clinician should know about the major histocompatibility complex. JAMA 1981, 246, 873.*
10. *R. Harris, Genetics Alzheimer's disease B. N. J. 1982, 282 : 1065 - 1066.*
11. *Report of an IUIS/WHO working group 1981. Use and abuse of laboratory tests in clinical immunology.*
12. *Edit, T-lymphocytes. Lancet 1982, 1, 778 - 779.*
13. *A. Fanci, The revolution in clinical immunology. JAMA 1981, 246, 2567 - 2582.*
14. *R. A. Good, Immunology. JAMA 1981, 2197 - 2198.*
15. *Symposium on immunotherapy in malignant disease. Med. Clin. North. America 1976, 387 - 651.*
16. *E. M. Hersh and oth., Immunodeficiency in Cancer and the importance of immune evolution of the cancer patient. Med. Clin. North America 1976, 623 - 639.*
17. *H. Sears and oth., Phase 1. Clinical trial of monoclonal antibody in treatment of intestinal tumours. Lancet 1982, 1, 762 - 769.*
- 17a. *Edit, Monoclonal antibodies in leukamia and lumphomas. Lancet 1982, I, 1055 - 1056.*
18. *Edit, Genetics of insulin dependent diabetes. Lancet 1982, I, 263.*
19. *I. Mosley, Regular review : Recent developments in imaging techniques. B. M. J. 1982, 284 : 1141 - 1144.*
20. *R. Edwards and oth., Clinical use of nuclear magnetic resonance in the investigation of myopathy. Lancet 1982, I, 725 - 731.*
21. *H. Berger and B. Zaret, Nuclear cardiology. N. Engl. J. Med., 305 : 799 - 808.*
22. *E. James and oth., Nuclear magnetic resonance imaging. JAMA 1982, 247, 1331 - 1334.*
23. *M. L. Lecklitner and oth., Nuclear medicine. The internist's view. JAMA 245, 220 - 2203.*
24. *L. M. Freeman, Nuclear Medicine. The radiologist's view. JAMA 245, 2203 - 2205.*

25. *Med. News, The new wave in medicine : nuclar magnetic resonance. JAMA 1982, 247, 151 - 164.*
26. *Med. News, C T scanning of the brain : a revolution in only eight years. JAMA 1981, 246, 2667 - 2675.*
27. *Med. News, Printpointing the progress of atherosclerosis. JAMA 1982, 247, 1804 - 1806.*
28. *L. Whittly, A general review of computer applications. p. 58 - 72.*
29. *G. Horowitz and H. Bleich, Paper chase : A computer Program to search the medical literature. N. Engl. J. Med. 1981, 305, 924 - 931.*
30. *A. Krieg, Computers in the clinical laboratory new problems and new solutions. JAMA 1981, 245, 2242 - 2244.*
31. *J. Roth and o th., The evolution, origins of hormones, neurotransmitters and other extracellular chemique messangers. N. Engl. J. Med. 1982, 306 - 523.*
32. *R. Heilman, Sounding boards : What's wrong with radiology? N. Engl. J. Med. 1982, 306, 477 - 479.*
33. *A. B. Sabin, Evaluation of some currently available and prospective vaccines. JAMA 1981, 246, 236 - 241.*
34. *Γ. Μερίκας, Τὸ πρόβλημα τῆς Ὑγείας στὴν Ἑλλάδα. Πρακτ. Ἀκαδημίας Ἀθηνῶν 1980, 55, 219.*
35. *Med. News, Regression of atherosclerosis : Preliminary but encouraging news. JAMA 1981, 246, 2309 - 2315.*
36. *W. B. Kannel, Meaning of the dawnward trend in cardiovascular mortality. JAMA 1982, 247, 877 - 880.*
37. *J. A. Shoenberger, The dawnward trend in cardiovascular mortality : Challenge and opportunity for the practitioner. JAMA 2 - 7 : 836.*
38. *Prevention of cerenary heart disease, report of the 11th Bethesda conference. Am. J. Cardiol. 1981, 47, 713 - 776.*
39. *Review, Prevention of caronary heart disease in the United Kingdom, Lancet 1982, I, 846.*
40. *G. Lambert and o th., Risk factors and life style : A state wide health-interview survey. N. Engl. J. Med. 1982, 306, 1048 - 1051.*
41. *P. Cook and J. James, Drug therapy : Cereberar rasodilators. a) N. Engl. J. Med. 1981, 305, 1508 - 1513, b) N. Engl. J. Med. 1981, 305, 1560 - 1564.*
42. *Mc Kelve y, Oncology. JAMA 1981, 245, 2209 - 2210.*

- 42a. *J. Wands and o th., Demonstration of previously underected hepaticity B viral determinants in an Australian aboriginal population by monoclonal anti-HBS-antibody Radioimmunoassays. Lancet 1982, I, 977 - 980.*
43. *Med. News, Oncology: new evidence on ling to the cancer. JAMA 1982, 247, 1098 - 1103.*
44. *C. L. Mainards and A. H. Kang, Edit: Collagen disease: A new perspective. Am. J. Med. 1982, 71, 913 - 915.*
45. *R. Moser, Diseases of medical progress. N. Engl. J. Med. 1956, 255, 606 - 614.*
46. *R. Good, Toward safer marrow transplantation. N. Engl. J. Med. 1982, 306, 421 - 423.*
47. *N. K. C. Ramsey, A rantomized study of the provention of acute graft versus host disease. N. Engl. J. Med. 1982, 306, 392 - 397.*
48. *K. Taylor, Preventine medicine in general practice. BMJ 1982, 921 - 922.*
49. *G. Fowler, What is preventable? JAMA 1982, 284, 1017 - 1019.*
50. *R. I. S. Bayliss, The medical check up. B.M.J. 1981, 631 - 634.*
51. *R. Fein, What is wrong with the language of medicine. N. Engl. J. Med. 1982, 306, 863 - 864.*
52. *Pea body, The care of the patient. JAMA 88 : 877.*
53. *Ed. Medical ethics. Lancet 1982, 1, 261 - 262.*
54. *G. Engel, The biopsychosocial model and medical education: Who are to be the teachers? N. Engl. J. Med. 1982, 306, 802 - 805.*
55. *G. Levey, Sounds boards: The development of a physician investigator training program. N. Engl. J. Med. 1981, 305 - 887. Ed: Regional genetic services. Lancet 1982, I, 663 - 664.*
-