

ΕΚΤΑΚΤΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΤΗΣ 21^{ΗΣ} ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1986

ΠΡΟΕΔΡΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΤΡΥΠΑΝΗ

Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ

(I. Θεωρητική της επίκριση. II. Στην Πράξη)

ΟΜΙΛΙΑ ΤΟΥ ΑΚΑΔΗΜΑΓΓΚΟΥ Κ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΜΕΡΙΚΑ

*Ἡ ὁμιλία μου ἀφορᾷ στὴ διάγνωση, τὴν πεμπτουσία τοῦ Ἱατρικοῦ ἔργου [1].
Πεμπτουσία γιατί ἀπ' αὐτὴν ἐξαρτᾶται ἡ θεραπεία καὶ σ' ἓνα βαθμὸ ἡ πρόβλεψη
τῆς νόσου, τουτέστι τὸ δίδυμο τῆς υγείας, ὅπως τὸ καθορίζει ὁ W.H.O [2].*

Ἀποβλέπει σὲ δύο σκοπούς:

*Πρῶτον, στὴ θεμελιώδη θεωρητικὴ της κατανόηση. Αὐτὴ ἐπιδιώκεται στὸ ὑπὸ
τὸν τίτλο: Ἡ διάγνωση κατὰ θεωρία, πρῶτο, θεωρητικὸ μέρος τῆς ὁμιλίας μου,
μὲ κεφάλαια: Ὁρισμὸς τῆς διάγνωσης, ἱστορικὴ της ἀνασκόπηση, νοητικὴ της
διάρθρωση, σκοποὶ καὶ στόχοι της (Πίν. 1),*

*Καὶ δεύτερον, τὴν ἀδρῆ σκιαγράφηση τῆς διάγνωσης στὴν πράξη, ὅπως πρέπει
νὰ γίνεταί σήμερα. Αὐτὸ τὸ στόχο καλύπτει τὸ ὑπὸ τὸν τίτλο: Ἡ διάγνωση
στὴν πράξη, δεύτερο μέρος, μὲ κεφάλαια: Συλλογὴ στοιχείων, ἀνάλυση στοι-
χείων καὶ συμπερασματικὲς ἀπόψεις (Πίν. 1).*

Σκόπιμο εἶναι νὰ προταθοῦν οἱ παρακάτω ἐπισημάνσεις:

*I. Θὰ ὑπάρξουν καὶ ἀναφορὲς σχετικὲς μὲ τὸ παρελθὸν καὶ τὸ μέλλον, παρὰ τὴν
ἐπικέντρωση τοῦ ἐνδιαφέροντός μας στὸ παρὸν.*

*II. Θὰ θιγοῦν προβλήματα πέρα ἀπὸ τὰ διαγνωστικά, μόνο ἂν σχετίζονται μὲ τὴ
διάγνωση, καὶ*

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΤΗΣ 12ΗΣ ΙΟΥΝΙΟΥ 1986

ΠΡΟΕΔΡΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΤΡΥΠΑΝΗ

ΤΟ Ε΄ ΠΑΝΙΟΝΙΟΝ ΣΥΝΕΔΡΙΟΝ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ

ΟΜΙΛΙΑ ΤΟΥ ΑΚΑΔΗΜΑΓΓΕΟΥ Κ. ΔΙΟΝΥΣΙΟΥ ΖΑΚΥΘΗΝΟΥ*

* Τò κείμενον δημοσιεύεται εις τὸ τέλος τοῦ Τεύχους.

III. Ἡ ὕλη τῆς διάγνωσης εἶναι ἀσύλληπτη κατὰ ποιὸν καὶ ποσό, ὥστε νὰ δικαιολογεῖται ἡ παράκλησή μου γιὰ συγκαταβατικὴν σὰς ἀνταπόκρισην.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ἡ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΣΚΟΠΟΙ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΟΜΙΛΙΑΣ

I

ΘΕΜΕΛΙΩΔΗΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ

ἽΟρισμὸς
ἽΙστορικὴ ἀνασκόπηση
Νοητικὴ τῆς διάρθρωσης
Στόχοι καὶ τύποι τῆς

II

Ἡ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

Συλλογὴ στοιχείων
ἽΕπεξεργασία τους
Συμπερασματικὲς ἀπόψεις

ΜΕΡΟΣ I

Ἡ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΘΕΩΡΙΑ

Α. ΟΡΙΣΜΟΣ

Γιὰ τὸν ὄρο «διάγνωση», ποὺ προέρχεται ἀπὸ τὶς ἐλληνικὰς λέξεις «διὰ» καὶ «γιγνώσκω» καὶ χρησιμοποιήθηκε ἀπὸ τὸν Ὅμηρον (Πίν. 2) καὶ τὸν Ἱπποκράτη (Πίν. 3) ἔχουν προταθεῖ πάμπολλοι μέχρι τώρα ὀρισμοί[3].

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

«Ἐῶ διαγιγνώσκοντες...»

ἽΙλ. Ψ. 240

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

«Τὴν δὲ διάγνωσιν χρὴ ἐκάτερον ὄδῳ
ποιεῖν»

Ἰπποκρ. Περὶ φύσεως ἀνθρώπου

Στὸ ἀνακοινούμενο σήμερα μελέτημά μας διαμορφώσαμε τὸν ἐξῆς ὄρισμό (Πίν. 4):

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Διάγνωση εἶναι ἡ συλλογιστικὴ καὶ ἡ μεθοδικὴ τοῦ γιατροῦ, μὲ τὶς ὁποῖες ἐκτιμᾶται ἡ δομικὴ καὶ λειτουργικὴ κατάσταση τῆς ὑγείας τοῦ ὄργανισμοῦ.

Ὡς θετικὰ στοιχεῖα αὐτοῦ τοῦ ὄρισμοῦ θεωρῶ:

Ὅτι παρὰ τὴ συντομία του ἔχει ἐννοιολογικὴ πληρότητα, γιατί περιλαμβάνει τόσο τὸ νοητικὸ στοιχεῖο «συλλογιστικὴ», ὅσο καὶ τὸ ἐκτελεστικὸ «μεθοδικὴ» τοῦ γιατροῦ. Συγχρόνως δείχνει μὲ σαφήνεια τὸ σκοπὸ τῆς διαγνωστικῆς πράξης.

Ὅτι ἐπισημαίνει πὼς ὁ διαγνωστικὸς στόχος κατευθύνεται: α) πέρα τοῦ δομικοῦ τομέως τῆς ὑγείας, ὅπως συνέβαινε μέχρι πρόσφατα, ὅταν ἡ ἱστοπαθολογικὴ διάγνωση ἐξαρκοῦσε καὶ β) πρὸς τὸ λειτουργικὸ στοιχεῖο, τὸ τόσο σημαντικὸ αἰτιοπαθογενετικῶς καὶ παθολογοφυσιολογικῶς.

Ὅτι μὲ τὴν ἐπισήμανση τοῦ λειτουργικοῦ παράγοντος τῆς ὑγείας ὑποδηλοῦται ἡ ἀνάγκη ἀντιμετώπισης καθεμίας νοσηρῆς συνδρομῆς, ὄχι μόνον ὑπὸ τὴν ἔννοια τῆς σωματικῆς βλάβης, τῆς disease τῶν Ἀγγλοσαξῶνων, ἀλλὰ καὶ τῆς σωματοφυικῆς, τῆς illness.

Καὶ ὅτι, πράγμα κατ' ἐξοχὴν σημαντικό, ὁ διαγνωστικὸς σκοπὸς δὲν περιορίζεται μόνον στὴ νοσηρὴ κατάσταση, ἀλλ' ἀφορᾷ καὶ στὴ φυσιολογικὴ, σύμφωνα μὲ τὴ σύγχρονη στροφή τῆς Ἰατρικῆς πρὸς τὴν πρόληψη [4].

B. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στὴν ἱστορικὴ ἐξέλιξη τῆς διαγνωστικῆς διακρίνονται ἀδρῶς τρεῖς φάσεις:

Κατὰ τὴν ἀρχικὴ μακρόχρονη φάση, ἀπὸ τῆς παρουσίας ἀνθρώπου στὴ γῆ μέχρι τῆς ἐποχῆς τοῦ σιδήρου καὶ εἰδικότερα μέχρι τὸν ἔβδομο π.Χ. αἰῶνα, πὸν ἀνάτειλε τὸ λογικοκρατικὸ πνεῦμα τῶν Ἰώνων φιλοσόφων, ἡ διάγνωση ἦταν τὸ ὑποανάπτυκτο σκέλος τῆς ἱατρικῆς τέχνης, μὲ ἰσχυρὸ σκέλος τὴ θεραπευτικὴ. Ταντιζόταν μὲ μία ἄλογη νόηση, ὅπως ὁ πρόεδρος κ. Τσάτσος ἀντιλαμβάνεται

τὴν οὐσία τῆς τέχνης. Βραδύτερα, κατὰ τὸ πνεῦμα τοῦ ἰδίου, ὑπὸ ἓνα ἐκστατικὸ ἀσθενικὸ τύπο νόησης πέρασε στὴ μαγικὴ καὶ θεοκρατικὴ τῆς φάσης, χωρὶς ὑπολογισμό γνωσιολογικὸ ὑπόστρωμα, ποὺ νὰ ἐπιτρέπει κριτικὸ στοχασμὸ [5, 6, 7].

Στὴν ἐπόμενη δευτέρη φάση, ἀπὸ τὸ 700 π.Χ. μέχρι τὸ 1800 μ.Χ., εἰσχώρησε στὸ διαγνωστικὸ ἔργον ἡ ἔλλογη νόηση, ὡς ἐμπειρία ἀπλή μέχρι τὸν Ἰπποκράτη καὶ ὡς ἐπιστημονίζουσα κατόπιν, ὑπὸ ἀνελικτικὸ ρυθμὸ μέχρι τὴν ἐπιστημονικὴ περίοδο (1800 μ.Χ.). Οἱ πρακτικοί, ἐμπειρικοὶ γιατροί, ἐβασίζοντο στὰ πενιχρά, γνωστά, κλινικὰ δεδομένα τῆς ἐποχῆς τους, ἔχοντες μόνον θεραπευτικὸ προσανατολισμό. Οἱ λίγοι ἐπιστημονίζοντες ἀναζητοῦσαν περισσότερα κλινικὰ δεδομένα, εἶχαν λίγες βασικὲς βιολογικὲς γνώσεις, συνήθως ἀνατομικοῦ τύπου, καὶ διέθεταν, ἰδίως ἀπὸ τὸν ὄψιμον Μεσαίωνα καὶ ἔπειτα, μία λογιότητα ἐνισχυτικὴ τῆς διαγνωστικῆς τους. Μία λογιότητα ποὺ τὴν συνιστοῦν ἡ περιέργεια, ἡ ἐμμονή, ἡ πρωτοβουλία καὶ ἡ πρωτοτυπία[8]. Καὶ σὲ μικρὸ μόνον βαθμὸ ἐβοηθοῦντο ἀπὸ τὸ ἐργαστήριον. Ὡστόσο καὶ οἱ μὲν καὶ οἱ δὲ ἀσκοῦσαν διαγνωστικὴν στὰ πλαίσια τῆς ἰατρικῆς τέχνης, ὅπως τὴν εἶχαν διαμορφώσει οἱ ἀρχαῖοι Ἕλληνες. Ἐπεδίωκαν τὴν ἀδρῆ νοσηλογικὴ κατανόηση τοῦ παθολογικοῦ προβλήματος μὲ τὴ βοήθεια μίας ἀναλογικῆς, ἐφαρμοσμένης κρίσης, χωρὶς νομολογικὴ στήριξη τῶν ἀντιλήψεών τους καὶ μὲ μικρὸ ἐνδιαφέρον πρὸς τὴν αἰτιολογία καὶ τοὺς μηχανισμοὺς τῶν νόσων. Καὶ αὐτὸ μόνον σὲ πλαίσια κλινικά.

Τὰ κατὰ τὴ διάγνωση ἄλλαξαν ριζικὰ κατὰ τὴν τρίτη, τὴν ἐπιστημονικὴ φάση τῆς Ἰατρικῆς, ἔπειτα ἀπὸ τὴν ἄνθηση τῶν θετικῶν ἐπιστημῶν καὶ τῆς βιολογίας. Ὁ γιατρὸς προσπέλασε τὴ δομὴ καὶ τὴ λειτουργία τοῦ σώματος μὲ τὴν ἱστολογία, τὴ χημεία, τὴν πειραματικὴ φυσιολογία, τὴ μοριακὴ βιολογία. Ἐπενόησε ποικίλες διαγνωστικὲς μεθόδους. Κατηρθύνθη πρὸς τὴν ἐπιστημονικὴ διαγνωστικὴ, ἐλαυνόμενος ἀπὸ ἀφαιρετικὸ συμπερασματικὸ, θετικὸ, λογικὸ, πνεῦμα, μὲ ἐπιδίωξη ὄχι ἀπλῶς νὰ κατανοεῖ ἀλλὰ καὶ νὰ ἐξηγεῖ τὰ βιολογικὰ φαινόμενα, τόσο ὡς πρὸς τὴν αἰτιολογία τους ὅσο καὶ ὡς πρὸς τοὺς μηχανισμοὺς τους [9]. Στήριξε τὴ σκέψη του τελικὰ σὲ ἓνα εὐρύτατο βιολογικοψυχοκοινωνικὸ μοντέλο. Ἡ τροπὴ αὐτὴ τοῦ διαγνωστικοῦ λογισμοῦ δὲν πρέπει νὰ νοηθεῖ ὅτι ἀκολουθήθηκε ἀπὸ τὴν ἀπεμπόληση τοῦ τεχνικοῦ στοιχείου, γιατί στὸ πρότυπο ποὺ ὑπομνήσαμε ὑπάρχει καὶ τὸ πνευματικὸ καὶ τὸ ψυχικὸ στοιχεῖο μὲ τὶς ὑποκειμενικὲς ἐκδηλώσεις, τὶς ὁποῖες προσεγγίζει καὶ καθοδηγεῖ καλύτερα ἢ διαισθητικὴ, τεχνικὴ σκέψη.

Κατὰ τὰ ἀνωτέρω ἡ διαγνωστικὴ παρέμεινε μέχρι τώρα, κατ' ἐξοχὴν τόσο ὡς ἐπιστήμη, ὅσο καὶ ὡς τέχνη, ὅπως πρῶτος μὲ σαφήνεια συνέλαβε ὁ Παράκελσος.

Γ. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΩΣ ΝΟΗΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Ἡ διάγνωση εἶναι ἕνας συλλογισμός. Μία σύνθετη πνευματικὴ διεργασία, πὸν καταλήγει σ' ἕνα συμπέρασμα ἰκανοποιητικῆς λογικῆς ἀξίας.

Γιὰ τὴν πραγμάτωσή της εἶναι ἀναγκαῖα ὅλα τὰ βασικά στοιχεῖα τῆς νόησης, πὸν περιλαμβάνονται στὸ εὐρὸν διάγραμμα τῆς δομῆς τῆς νοημοσύνης, ὅπως τὸ συνέλαβε ὁ Guilford (Πίν. 5), [10].

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΗΣΗΣ

(Ἐξαρτήσεις γιὰ τὴν διάγνωση)

Κατανόηση

Μνήμη

Συγκλίνουσα νόηση

Ἀποκλίνουσα νόηση

Ἀξιολόγηση νοητικοῦ συμπεράσματος

Ἦτοι, ἡ κατανόηση, περιλαμβάνουσα τὴν παρατήρηση, τὴν προσοχή, τὴν ἀντίληψη καὶ ἐρμηνεῖα τῶν παραστάσεων· ἡ μνήμη, ταυτιζόμενη μὲ τὴν ἰκανότητα γιὰ ἐντύπωση, διατήρηση καὶ ἀνάπλαση παραστάσεων· ἡ συγκλίνουσα νόηση, ἢτοι ἡ ἰκανότητα γιὰ ἀνάλυση, σύνθεση, σύγκριση καὶ ταξινομήση τῶν παραστάσεων καὶ ἐννοιῶν κατὰ τοὺς κανόνες τῆς λογικῆς, μὲ στόχο τὴν εὕρεση λογικῆς λύσεως· ἡ ἀποκλίνουσα νόηση, τουτέστι ἡ διὰ τῆς φαντασίας ἰκανότητα σύλληψης ἐνὸς μεγάλου ἀριθμοῦ πιθανῶν λύσεων· καὶ ἡ ἀξιολόγηση πρὸς ἐκτίμηση τῆς ὀρθότητος καὶ πληρότητος τοῦ διαγνωστικοῦ συμπεράσματος [11]. Ἀκόμα πρέπει νὰ συντρέχουν οἱ βασικὲς ἀρχὲς τῆς λογικῆς, ἢ μία ἢ περισσότερες κατὰ περίπτωσιν, ἢτοι ἡ ἀρχὴ τῆς ταυτότητος, ἡ ἀρχὴ τῆς μὴ ἀντίφασιν καὶ ἡ ἀρχὴ τοῦ ἐπαρκοῦς λόγου, γιὰτι χωρὶς αὐτὲς δὲν ἐξασφαλίζεται ἀποτέλεσμα ἰκανοποιητικῆς λογικῆς ἀξίας.

Ἡ διάγνωση ἐντάσσεται στὸ μεικτὸ τύπο συλλογισμοῦ. Ἐνέχει τὸ χαρακτηριστὸν τοῦ ἐπαγωγικοῦ, γιὰτι κατ' αὐτὴν, μὲ ἐκκίνηση ἀπὸ τὰ καθ' ἕκαστα, τὰ μερικὰ, (ὑποκειμενικὰ συμπτώματα καὶ ἀντικειμενικὰ εὑρήματα ἀσθενοῦς ἢ ὑγιοῦς) καὶ μετὰ τὴν ἐκτίμησή τους ἀκολουθεῖ, ἔπειτα ἀπὸ συλλογιστικὴ ἐπεξεργασία, κατάληξι στὸ ζητούμενο, τὸ σύνθετο, ἢτοι στὸν καθορισμὸ τῆς κατάστασης τῆς υγείας (φυσιολογικῆς ἢ παθολογικῆς) τοῦ ὑπὸ διαγνωστικὸ ἔλεγχον ἀτόμου.

Περιλαμβάνει ὅμως καὶ τὸ στοιχεῖο τοῦ παραγωγικοῦ συλλογισμοῦ ἀπὸ τὸ ὅλο στὸ μέρος, γιὰτι, μετὰ τὴν ἐπαγωγικὴν κατάληξιν σὲ μία πιθανὸν διαγνωστικὴ θέση,

είναι απαραίτητο να αποκλεισθούν διά διαφορικοδιαγνωστικοῦ λογισμοῦ ἄλλες νοσολογικὲς ὀντότητες, ὁμοιάζουσες μὲ τὴν καθορισθεῖσα. Καὶ ἐπὶ πλέον, ὄχι σπάνια, συντρέχει καὶ ἀναλογικὸς συλλογισμὸς, λόγῳ ἐμπειρικῶν ἀναμνηστικῶν εἰκόνων ἀπὸ τὸ διαγνωστικὸ τοῦ ἔργο κατὰ τὸ παρελθόν. Σὲ σύνθετα δὲ διαγνωστικὰ προβλήματα κατὰ κανόνα, μὲ τὴν προσθήκη κατὰ τὴ διαδρομὴ τῆς νόσου προσθέτων εἰρημάτων, κλινικῶν καὶ παρακλινικῶν, τὸν ἕνα τύπο συλλογισμοῦ διαδέχεται ὁ ἄλλος ἀμφίδρομα καὶ ἡ διάγνωση ἀποβαίνει μίᾳ πολυφασικῇ διαδικασίᾳ. Διὰ τοὺς συναδέλφους γιατροὺς τοῦ ἀκροατηρίου ἐπισημαίνω ὅτι μὲ τὴν ἐπαγωγικὴ συλλογιστικὴ ὁ γιατρός φθάνει συχνὰ ἀπὸ τὸ σύμπτωμα στὸ σύνδρομο καὶ μὲ τὴν παραγωγικὴ ἀπὸ τὸ σύνδρομο στὴ νόσο.

Κύριε Πρόεδρε,

Νομίζω ὅτι ἔπειτα ἀπὸ τὰ ὅσα θίξαμε γιὰ τὴ διαγνωστικὴ νοητικὴ λειτουργία καὶ λαμβανομένης ὑπ' ὄψης τῆς ποικιλίας καὶ τῆς πληθώρας τῶν κλινικοεργαστηριακῶν στοιχείων τὰ ὁποῖα τῆς προσφέρονται πρὸς ἐπεξεργασία, ὁ καθένας ἀντιλαμβάνεται πόσο δύσκολο πρόβλημα εἶναι ἡ διάγνωση. Τὴν συνοδεύουν σὲ κάθε τῆς βαθμίδα οἱ ἀβεβαιότητες [12, 13, 14]. Μερικοὶ τὴν χαρακτηρίζουν σὰν ὑποθετικὴ διαδικασία [15]. Γι' ἄλλους μοιάζει μὲ μίᾳ καλλιτεχνικῇ σύνθεσιν, γιὰ τὴν πραγματοποιήσῃ τῆς ὁποίας κατ' ἐξοχὴν συμβάλλει ἡ διαίσθησις, σὲ μερικὲς μάλιστα περιπτώσεις, χωρὶς βαρύνουσα συμβολὴ τοῦ λογικοῦ στοιχείου, μέσω ἀναμνήσεως καὶ ἀλληλουχιῶν σκέψης [16], μὲ μεταφορὰ στὸ μεταφυσικὸ [17] καὶ μὲ μικρὴ ἐπικουρία ἀπὸ τὶς αἰσθήσεις [18]. Πιὸ πειστικὴ εἶναι ἡ ἀποψη ὅτι πρόκειται περὶ πολυπλοκότητας νοητικῆς ἐπεξεργασίας, στὰ δίκτυα τῆς ὁποίας τώρα μόλις προσπελάζουμε, μὲ τὰ πρόσφατα δεδομένα τῶν ἠλεκτρονικῶν ὑπολογιστῶν στὴν Ἱατρικὴ. Ὅμως δὲν πρέπει νὰ παραγνωρίζεται, σ' ἕνα ποσοστὸ περιπτώσεων, ὁ ρόλος τοῦ ἰδιάζοντος παραλογικοῦ νοητικοῦ στοιχείου, πὸν τὸ ἐξέφρασε ὠραῖα ὁ ὄρος «*esprit clinique*» τῶν Γάλλων συγγραφέων. Σὰν κλινικὸς γιατρός θυμᾶμαι, κάθε τόσο καὶ τόσο, προκειμένου γιὰ τὶς διαγνωστικὲς δυσχέρειες, τὰ λόγια πὸν εἶπε ὁ Τσώρτσιλ γιὰ τὴ Ρωσία: "Ὅτι «εἶναι ἕνας γρίφος, τυλιγμένος στὸ μυστήριον, μέσα σ' ἕνα ἀίνιγμα». (*A riddle wrapped in a mystery inside an enigma*). Καὶ ἀκόμα, ἂς μὴ παραβλέπουμε ὅτι, παρὰ πάσα προσπάθεια, δὲν εἴμεθα μερικὲς φορὲς σὲ θέση νὰ ἐπιτυγχάνουμε διάγνωση, ἀφοῦ οὐδὲ κατὰ διάνοια εἶναι δυνατὸ νὰ ξέροντε πόσες εἶναι οἱ νοσολογικὲς ὀντότητες, καὶ κατὰ τὴ λογικὴ δὲν πρέπει νὰ ὑπάρχει ἀριθμὸς τους. Ἡ εἶναι τόσες ὅσοι καὶ οἱ ἄνθρωποι στὸν πλανήτη μας, ἐπιβεβαιουμένου τοῦ ἀποφθέγματος τοῦ *Laenec* ὅτι δὲν ὑπάρχουν ἀσθένειες ἀλλ' ἀσθενεῖς.

Κατά τὴν πίστη μου: *I.* Ἡ διάγνωση εἶναι πάντοτε μιὰ ἀναλυτικὴ συλλογιστικὴ καὶ ἐκεῖ πού ἡ διαίσθηση προβάλλεται ὡς ἀναντίρρηση. Πρόκειται ἐπίσης γιὰ νομοτελή λογικὴ συλλογιστικὴ, πού ἐπιτελεῖται ὑποσυνείδητα, ἀστραπιαῖα, διὰ νευρικών ἐγκεφαλικῶν διαβιβάσεων καὶ προϋπαρχουσῶν ἐγγραφῶν, κατὰ τινα τρόπο ὡς ἐπὶ πράξεως ἠλεκτρονικοῦ ὑπολογιστοῦ. Καὶ *II.* Κάθε γιατρός, καὶ ὁ πῶς συγκρατημένος, ὑπόκειται σὲ διαγνωστικὲς πλάνες.

Δ. ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ

Πάγιοι στόχοι τῆς διαγνωστικῆς ἦταν ἀνέκαθεν ἡ ταυτοποίηση τῆς νόσου καὶ ἡ ἐκτίμηση τῆς βαρύτητάς της, γιὰτι χωρὶς τὴν πρώτη δὲν νοεῖται ἀναζήτηση τῆς αἰτιολογίας της οὐδὲ θεραπευτικὴ ἀντιμετώπιση καὶ χωρὶς τὴ δεύτερη ἀναπόφευκτα προκρίπτει θλιβερὴ ἀμηχανία τοῦ πάσχοντος καὶ τοῦ περιβάλλοντός του. Μόλις δὲ κατὰ τὰ τελευταῖα σαράντα χρόνια ὁ στόχος διευρύνθη καὶ πρὸς τὴν ἐκτίμηση τῆς ὑγείας τοῦ κατὰ συνθήκη φυσιολογικοῦ ἀτόμου στὰ πλαίσια τῆς πρόληψης.

Οἱ γενικοῦ τύπου ὡς ἄνω διαγνωστικοὶ στόχοι εὐλόγα ἐποίκιλλαν στὶς διάφορες ἐποχὲς κατὰ τὸ εὖρος καὶ τὸ βάθος τῆς ἐκάστοτε ἰατρικῆς γνώσης, μὲ ἀποτελεσματὶς διαφορῶν εἰδῶν καὶ οἰαφῶν βαθμῶν προσπελάσεις τῶν διαγνωστικῶν στόχων ὑπὸ διαφόρους τύπους διαγνωστικῆς.

Κατὰ τὴ μακροαῖωνη προεπαναστατικὴ περίοδο ἴσχυε ὁ ἀδρὸς κλινικὸς τύπος διαγνωστικῆς, ὑπὸ πενιχρὴ μορφολογικὴ (ἀνατομικὴ) βίαση, χαλαρὴ ἀναζήτηση τῆς αἰτιολογίας καὶ παντελὴ ἀγνοία τῶν παθογονικῶν καὶ παθολογοφυσιολογικῶν μηχανισμῶν, μὲ διαγνωστικὰ μέσα τὰ αἰσθητήρια τοῦ γιατροῦ. Βραδύτερα, ὑπὸ τὸ φῶς τοῦ μικροσκοπίου, τῆς Χημείας καὶ τοῦ ἠλεκτρισμοῦ, κατὰ τὸ δέκατο ἔνατο αἶώνα, διαμορφώθηκαν, πρὸς συμπλήρωση τῆς κλινικῆς, δύο τύποι διαγνωστικῆς, ὁ τῆς αἰτιολογικῆς καὶ τῆς παθολογανατομικῆς ἀρχικὰ διὰ τῆς μικροβιολογίας καὶ ἱστολογίας καὶ ὁ τῆς βιοχημικῆς κλινικοεργαστηριακῆς λίγο βραδύτερα.

Ριζικὲς μεταβολὲς ἐπῆλθαν στὸν τύπο τῆς διαγνωστικῆς κατὰ τὶς ἡμέρες μας, χάρις στὰ ἄλλατα τῆς βιολογίας, τὰ κατ' ἀρχὴν γνωστὰ σὲ ὄλους. Ὁ τύπος τῆς διαγνωστικῆς, καθοριζόμενος σήμερα ἀπὸ τὸν ὀλιστικὸ στόχο τῆς Ἰατρικῆς, πού ἀντιμετωπίζει θεωρητικὰ καὶ πρακτικὰ τὰ προβλήματα της πάνω σὲ ἓνα πολυπαραγοντικὸ βιολογικοψυχοκοινωνικὸ πρότυπο, κατέστη μεικτός. Δι' αὐτοῦ ἐπιδιώκεται, μὲ τὴ βοήθεια πολυειδῶν διαγνωστικῶν μεθόδων, πού συνεχῶς πολλαπλασιάζονται, ἐκτίμηση ἐν ταυτῷ τοῦ σωματικοῦ, ψυχικοῦ καὶ κοινωνικοῦ στοιχείου τῆς ὑγείας τοῦ ἀτόμου. Καὶ εἰδικότερα, κατανόηση καὶ καθορισμός, τόσο τῶν αἰτιολογικῶν καὶ παθογονικῶν παραγόντων, ἐνδογενῶν καὶ ἐξωγενῶν, οἱ ὅποιοι

ἐπηρεάζουν τοὺς παθογονικοὺς καὶ παθολογοφυσιολογικοὺς μηχανισμοὺς τῶν νόσων καὶ ὀδηγοῦν στὴν νοσολογικὴ εἰκόνα, ὅσο καὶ ὅλων τῶν παθολογικῶν ἐκδηλώσεων πὸν ἀπαντῶνται στὸν ὄργανισμό. Τὸ βιοψυχοκοινωνικὸ πρότυπο προτάθηκε γιὰ τὴν ἰατρικὴ ἀπὸ τὸν Engels [19], κατ' ἐπέκταση τῆς θεωρίας τῶν συστημάτων τῆς φύσης τῶν Weiss καὶ Bertalfanty (Πίν. 6), [20α].

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΘΕΩΡΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Βίοςφαιρα	}	περιβάλλον
Ἔθνος		
Κοινότητα		
Οἰκογένεια		
Δύο ἄτομα		

ΠΡΟΣΩΠΟ

Νευρικό σύστημα	}	ὄργανισμός
Ὄργανα		
Ὄργανύλια		
Μόρια		
Γονύλια		
Ἄτομα		

Μιά μόνο ματιὰ στὸν Πίνακα ἀρκεῖ γιὰ νὰ διαπιστώσει κανεὶς ὅτι ὁ ἄνθρωπος, ἄρα καὶ ἡ υἰγεία του, ἀποτελεῖ μιὰ συνισταμένη ἐνὸς ἐνδογενοῦς σκέλους τοῦ ὄργανισμοῦ, μέχρι τὰ ἀπειροελάχιστα του σωματίδια, τὰ γονύλια, καὶ ἐνὸς ἐξωγενοῦς, περιβαλλοντικοῦ, μὲ φυσικοχημικῆς, ψυχικῆς καὶ κοινωνικῆς συνιστώσεως, πὸν ἐπεκτείνεται μέχρι τὴ βίοςφαιρα.

Ὁ σύγχρονος μεικτὸς τύπος διαγνωστικῆς, πὸν εἶναι γέννημα τῆς βιολογικο-ψυχο-κοινωνικῆς φιλοσοφίας τῆς Ἰατρικῆς κατὰ τὶς ἡμέρες μας, περιλαμβάνει πλειάδα ὑποτύπων, πὸν συνεχῶς γίνονται πολυαριθμότεροι μὲ τὴ διόγκωση τῆς Ἰατρικῆς γνώσης. Στὸν Πίνακα 7 περιλαμβάνονται οἱ κυριότεροι ὑπότυποί της, οἱ εἰδικοὶ της τύποι, γιὰ τοὺς ὁποίους θὰ ὑπάρξουν σχόλια στὶς οἰκειῆς θέσεις τοῦ δευτέρου μέρους τῆς ὁμίλιας μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΕΙΔΙΚΟΙ ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ

Προγνωστική
 Προληπτική
 Ίστολογική
 Αίματολογική
 Βιοχημική - Μικροβιολογική
 Γενετική
 Ύανοσολογική
 Ύακτινολογική
 Ύενδοκρινολογική
 Ύιατροδικαστική

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

ΎΟ γιατρός, έκτελώντας τὸ διαγνωστικὸ του ἔργο ἔχει στὴ διάθεσή του, ὅπως ἀναφέραμε, ἕνα ὕλικὸ πρὸς ἐπεξεργασία καὶ κατὰ νοῦν ὀρισμένους στόχους.

Τὸ ὕλικὸ του ἀποτελοῦν τὰ στοιχεῖα τοῦ ἀτομικοῦ ἀναμνηστικοῦ καὶ τῆς παρούσης νόσου τοῦ ὑπὸ ἐξέταση ἀτόμου, τὰ εἰρήματα τῆς ἀντικειμενικῆς κλινικῆς ἐξετάσεώς του καὶ τὰ ἀποτελέσματα τῶν ἐργαστηριακῶν ἐξετάσεων, τῶν ὁποίων τὴν ἐκτέλεση συνέστησε διὰ νὰ βοηθηθεῖ στὴ διάγνωσή του (Πίν. 8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

Στοιχεῖα ἀτομικοῦ ἀναμνηστικοῦ καὶ παρούσης νόσου
 Εἰρήματα ἀντικειμενικῆς κλινικῆς ἐξέτασης
 ΎΑποτελέσματα ἐργαστηριακῶν ἐξετάσεων

Οἱ στόχοι τοῦ δ' εἶναι: Ποιὰ ἢ νόσος ἢ ποιὲς οἱ νόσοι τοῦ ἀτόμου; Ποιὰ ἢ αἰτιολογία τους; Ποιὸ τὸ φάσμα της, δηλαδὴ οἱ ἐπιπλοκές της; Ποιὰ ἢ βαρύτητα καὶ πρόγνωσή της; (Πίν. 9), [21].

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Ποιά ἢ ποιὲς οἱ ἀσθένειες
 Ποιά ἢ αἰτιολογία
 Ποιὲς οἱ ἐπιπτώσεις τους
 Ποιά ἢ βαρῦτητα - (πρόγνωση)

Ἐν ὄψει τῶν παραπάνω, ὄλικοῦ καὶ στόχων, διαμορφώνονται οἱ ἐπόμενες διαγνωστικὲς βαθμίδες [22] καὶ ἡ ἀντίστοιχη μεθοδολογία (Πίν. 10).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΒΑΘΜΙΔΕΣ

I

ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Κλινικὴ ἱστορία
 • Ἀντικειμενικὴ ἐξέταση
 Παρακλινικὲς ἐξετάσεις
 Παρατήρηση διαδρομῆς νόσου

II

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΒΑΘΜΙΔΕΣ

ΑΝΑΛΥΣΗ (—ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ) ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Κριτικὴ ἐκτίμηση δεδομένων
 Καταγραφή τους κατὰ τάξη σημασίας
 Ἐπιλογή ἐνὸς ἢ περισσοτέρων, ὡς πρὸς σημαντικῶν
 Διαγνωστικὴ κατάληξη (καθορισμὸς νόσου)
 Ξανὰ ἐπίκριση στοιχείων

Ἴδου περὶ τῶν βαθμίδων αὐτῶν στὴν πράξη, κατὰ τὴ σειρά τους.

I. ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Α. ΚΛΙΝΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ

Ἀποτελεῖ κατὰ κανόνα θεμελιώδη λίθο τῆς διάγνωσης· συνδυαζομένη δὲ μὲ τὴν ἀντικειμενικὴ ἐξέταση, συνιστᾷ τὸ στοιχεῖο τῆς τέχνης του γιατροῦ, κορυφαῖο

χαρακτηριστικό του μέσα στους αιώνες. Χωρίς καλή πληροφόρηση δὲν νοεῖται καλή διάγνωση, ὅπως χωρίς ἐνδελεχῆ ἀνάκριση εἶναι ἀνέφικτη μία δίκαια δικαστική ἀπόφαση.

Ὁ γιατρός πρέπει νὰ ἀκούει ὑπομονετικά τὸν ἀσθενή του καὶ νὰ τὸν βοηθάει νὰ ἀποφεύγει τὶς ἀνακρίβειες, τὶς ἀσάφειες καὶ τὶς γενικότητες. Καὶ μὲ ἐπιμονὴ νὰ ἐλέγχει τὶς πληροφορίες του, πὸν σὺν ὑποκειμενικῆς ἢ χρονικὰ παλιῆς ἢ κακῶς ἐκτιμημένους ἀπὸ τὸν ἴδιο, εἶναι συχνὰ παραπλανητικῆς.

Σὰν πρώτη φάση τῆς κλινικῆς του πληροφόρησης νομίζω ὅτι ὁ γιατρός πρέπει νὰ διαλέγει τὴν ἀφορώσα στὴν π α ρ ο ὄ σ α ν ὄ σ ο, τόσο γιατί εἶναι τὸ κανονικὸ πρόβλημα τοῦ ἀσθενοῦς, ὅσο καὶ διότι, ξεκινώντας ἀπ' αὐτή, προσπελάζει οὐσιαστικότερα στὸ παρελθόν του. Ἐκφράζοντας τὴν προσωπικὴ μου ἐμπειρία, ἐπισημαίνω μὲ ἔμφαση ὅτι σημαντικὸς ἀριθμὸς διαγνωστικῶν ἀδιεξόδων ἢ σφαλμάτων εἶναι ἀποτέλεσμα μειονεκτικῆς κατατόπισης γιὰ τὴν παρούσα νόσο.

Ἐπόμενη βαθμίδα τῆς κλινικῆς ἱστορίας εἶναι τὸ ἀ τ ο μ ι κ ὸ ἀ ν α μ ν η σ τ ι κ ὸ μὲ δύο τομεῖς: τὸ κληρονομικὸ καὶ τὶς προηγηθεῖσες νόσους.

Κ λ η ρ ο ν ο μ ι κ ὸ

Πάσα νόσος, ἀκόμα καὶ αὐτὴ μὲ τὴν πιὸ διευκρινισμένη αἰτιολογία, ἐνδέχεται νὰ συνδέεται μὲ διάφορα βιολογικὰ στοιχεῖα (μορφολογικά, ὁρμονικά, βιοχημικά, ἐνζυματικά, ἀνοσολογικά), κληρονομηθέντα δι' εἰδικῶν γονυλίων ἀπὸ τοὺς προγόνους[23]. Διὰ τῆς συμβολῆς τοῦ κληρονομικοῦ παράγοντος, διαμορφοῦται ἡ ἀντίληψη ὅτι πολλῆς ἀσθένειας πέραν τοῦ ὅτι ἀποτελοῦν μία τελικὴ ἀντίδραση ἀπὸ βλαβερῆ ἐπίδραση αἰτιολογικοῦ παράγοντος, ἐκφράζονται ἀκόμη κατὰ κάποιο ἀτομικὸ τρόπο, λόγῳ εἰδικοῦ κατ' ἄτομο κληρονομικοῦ ὑποστρώματος, ἐπιβεβαιουμένου τοῦ ἀφορισμοῦ τοῦ Dielafois, ὅτι «δὲν ὑπάρχουν ἀσθένειες ἀλλ' ἀσθενεῖς», χωρὶς φυσικὰ νὰ ἀποκλείεται ἡ συμβολὴ τοῦ περιβαλλοντικοῦ στοιχείου. Μὲ τὴν πάροδο μάλιστα τοῦ χρόνου καὶ τὴν ἐπαναστατικὴ ἀνάπτυξη τῆς βιολογίας ἔχει ὑποστηρικθεῖ σθεναρὰ ἡ ἀντίληψη τῆς ἐξελικτικῆς βιολογικῆς ἀνάπτυξης κάθε ἀτόμου ἀπὸ ἓνα πρωτόγονο πρόγονο πρὸς μία ἀτομικὰ ἐξειδικευμένη δομὴ καὶ λειτουργία, ἔτσι ὥστε νὰ συνιστᾶται ἀντίστοιχη ἐκπαίδευση τοῦ γιατροῦ[24] μὲ πρότυπο πολλὸ πιὸ πολὺπλοκο ἀπὸ τὸ παλαιότερο τοῦ Flexner [25]. Ἀναδρομῆ ἐπομένως στὸ κληρονομικὸ στοιχεῖο.

Προηγηθεϊσεις νόσοι

Οι περισσότερες ασθένειες, με εξαίρεση τις όξειες λοιμώδεις, τις όξειες δηλητηριάσεις και τὰ τραύματα, έχουν μία σχέση με παλιότερες. Και συχνά-πυκνά περιπίπτει σὲ σφάλμα ὁ γιατρός γιατί ἀγνόησε τὸ παρελθόν [26]. Χωρὶς νὰ ἀναφερθῶ σὲ ἄπειρα παραδείγματα ἀδίστακτα θὰ διεκλήρυντα: Μὴν ἐμπιστεύεσθε τοὺς βιαστικούς γιατρούς.

Δύο ὁμως τομεῖς τοῦ ἀτομικοῦ ἀναμνηστικοῦ πρέπει νὰ ἐξαρθοῦν ἐμφαντικά. Ὁ περιβαλλοντικός και ὁ ψυχικός.

Ὡς πρὸς τὸν πρῶτο εἶναι κοινὸς τύπος ὅτι ζοῦμε σ' ἓνα βλαπτικὸ πολυπαραγοντικὸ φυσικοχημικὸ, οἰκολογικὸ περιβάλλον· ὅτι οἱ μεγάλες σύγχρονες κοινωνικὲς ασθένειες σχετίζονται αἰτιοπαθογενετικά πρὸς αὐτό. Καὶ ὅτι ἡ μεγάλη ἐλπίδα γιὰ ἀντιμετώπισή τους ἐμπίπτει στὴν πρόληψη. Ἐπιτακτικὴ ἐπομένως εἶναι ἡ ὑποχρέωση τοῦ γιατροῦ νὰ ἐρευνᾷ τὸ περιβαλλοντικὸ στοιχεῖο κάθε ἀσθενοῦς του σχολαστικά. Ὅχι σπάνια μέσα σ' αὐτὸ βρίσκεται τὸ διαγνωστικὸ κλειδί.

Ὑπὸ εὐρύτερη θεώρηση στὸ περιβαλλοντικὸ σκέλος ἐμπίπτουν τὰ φάρμακα, πὸν ἔχει πάρει πρὸ μακροῦ και κυρίως πρόσφατα ὁ ἀσθενής. Πολλῶν νοσολογικῶν καταστάσεων ἡ αἰτιολογία εἶναι φαρμακευτικὴ. Πάρα πολλῶν. Καὶ πάμπολλες ἐπιπλοκὲς ὀφείλονται σὲ φαρμακευτικούς παράγοντες, μάλιστα στὰ χρόνια μας μετὴν ἀχαλίνωτη πολυφαρμακία [27], ἡ ὁποία ὁμως δὲν εἶχε διαφύγει στὸν Ἰπποκράτη και τὸν W. Osler, πὸν τὴν κατεδίκαζαν μετ' ἐμφαση. Ὁ γιατρός ποτὲ νὰ μὴ ξεχνᾷ ὅτι κάτι διαγνωστικῶς δυσεξήγητο μπορεῖ νὰ εἶναι φαρμακογενές. (Πίν. 11), [28].

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Ὁ γιατρός ποτὲ νὰ μὴ ξεχνᾷ
ὅτι κάτι διαγνωστικῶς σκοτεινὸ
ἐνδέχεται νὰ εἶναι φαρμακογενές

Τὸ ἴδιο ἰσχύει κατὰ τὴ λήψη τοῦ ἀτομικοῦ ἀναμνηστικοῦ, γιὰ τὸ ψυχικὸ παρελθόν τοῦ ἀρρώστου. Ὅποιοδήποτε και ἂν εἶναι αὐτό. Καὶ εἶναι τόσες πολλὲς οἱ μορφές του, συνεπαγόμενες παθολογικὴ συμπεριφορὰ σὲ μεγάλο ποσοστὸ τοῦ πληθυσμοῦ (Πίν. 12).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

I. ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ

*Ἀγχώδης νεύρωση**Φοβίες**Ψυχαναγκ. νεύρωση**Ἐποχονδρία**Νευροσωματική κατάθλιψη**Ψυχογενεῖς διαταραχές**Ἐστερία*

II. ΨΥΧΩΣΕΙΣ

*Σχιζοφρένεια**Παράνοια**Μανία, μελαγχολία*

III. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

*Πράξεις ἀντικείμενες στοῦ**ἠθικοῦ καὶ κοινωνικοῦ καθιερωμένο*

IV. ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΕΣ

Συχνὰ τὸ ψυχικὸ στοιχεῖο ἐπηρεάζει πρωτογενῶς τὴ σωματικὴ ἢ κοινωνικὴ ὑγεία τοῦ ἀτόμου, καταβάλλοντας τὴν ἀνθεκτικότητά του πρὸς τὶς ἀναπόφευκτες κατὰ τὴ διαβίωση οἰσodήποτε ἀντιφατικότητες [29]. ἢ ἐπιφαίνεται δευτερογενῶς ἔπειτα ἀπὸ ψυχικὴ ἢ κοινωνικὴ νόσηση καὶ συνιστᾷ στοιχεῖο τῆς νόσου, πρωταρχικῆς σημασίας. Μόνο μὲ τὴ στερεὴ προσπέλαση στὸν ἀνώμαλο ψυχισμὸ τοῦ ἀσθενοῦς ὁ γιατρὸς θὰ ὀλοκληρώσει τὴ διάγνωσή του, καταλογίζοντας τί ἀνήκει στὸν ψυχικό, τί στοῦ σωματικοῦ καὶ τί στὸν κοινωνικό κόσμον τοῦ ἀρρώστου του [30, 31], ὅπως καταδείχθηκε πρόσφατα μὲ ἀθθεντικές, εἰδικές, συγχρόνου τύπου ἔρευνες.

Καὶ μόνο ἔτσι θὰ ἀποφευχθεῖ τὸ κατ' ἐξοχὴν συχνὸ κατὰ τὴν ἐποχὴ μας σὴνδρομο τῆς δυσεπικοινωνίας —θὰ τολμοῦσα νὰ τὸ ἀποκαλέσω στίγμα τοῦ ἱατρικοῦ ἔργου— τὸ ὁποῖο μὲ μεγάλη ἐπιτυχία περιέγραψε στὸ παρελθὸν ὁ Τζῶν Ἀλιβιζάτος [32] καὶ πρόσφατα ὁ Κ. Γαρδικας [32α]. Ὁ Λοῦρος τὴν χαρακτήρισε

ὡς βαρὺ δεοντολογικὸ σφάλμα [33]. Κατὰ τὰ ἀνωτέρω θεωρῶ ἀπόλυτα ἐνδεικνύμενη τῇ σύστασι τοῦ Πίνακα 13.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

Ἐπιβάλλεται διεξονυχιστικὴ ἀνάκρισις
γιὰ τὰ ψυχικὰ καὶ κοινωνικὰ προβλήματα
κάθε ἀσθενοῦς ἀπὸ κάθε γιατροῦ
καὶ ὄχι μόνο ἀπὸ τὸν ψυχίατρο.

Ἄς προστεθεῖ ὅμως, ὅτι ἡ ὑπόδειξις αὐτὴ προϋποθέτει ὠριμὴ, μετριοπαθὴ καὶ ἀφογὴ ἠθικο-δεοντολογικὴ προσωπικότητα τοῦ γιατροῦ [34] καὶ ἀξιόλογη ψυχοκοινωνιολογικὴ παιδεία του.

B. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ἡ δεύτερη αὐτῆ παράμετρος τῆς φάσεως, «συλλογὴ στοιχείων διαγνωστικῶν» καθιερώθηκε ἀπὸ τὴ μεγαλοφυῆ διάνοια τοῦ Ἰπποκράτη [35]. Καὶ ἐπιτυχῶς χαρακτηρίσθηκε ἀπὸ τὸν W. Osler ὡς ἡ πυξίδα τοῦ γιατροῦ. Θὰ ἰσχυρίζομαι ὅτι προσανατολίζει θετικὰ ἢ ὅτι ἐμπεδώνει τὸ διαγνωστικὸ συλλογισμό. Σὰν ἔργο τῶν αἰσθήσεων ποὺ εἶναι, περιλαμβάνει, κατὰ τὰ καθιερωμένα, τὴν ἐπισκόπηση, τὴν ψηλάφηση, τὴν ἐπίκρουση καὶ τὴν ἀκρόαση, ἀπὸ τίς ὁποῖες θὰ σχολιάσουμε μόνο τὴν πρώτη, λόγῳ μὴ ἀποκλειστικῆς σύνθεσης τοῦ ἀκροατηρίου μας ἀπὸ γιατρούς.

Ἡ ἐπισκόπηση ἢ δοκιμότερα ἢ παρατήρηση εἶναι μία συμφυῆς, ἐνστικτώδης ιδιότητα τοῦ ἀνθρώπου, ἀκόμα καὶ τοῦ πιὸ πρωτόγονου καὶ ἀδιαπαιδαγώγητου.

Ὁ γιατρός παρατηρεῖ τὴν ἐν γένει ἔκφραση τοῦ ἀρρώστου, τὴ μιμικὴ τοῦ προσώπου του, τίς χειρονομίες του, τὸν τύπο τῆς ἀναπνοῆς του, τὸ βᾶδισμά του, τὸν τρόπο ποὺ καπνίζει, τὸ ὄφρος τῆς ἀφήγησής του, τὸ χροῶμα τοῦ δέρματος κτλ. Καὶ μὲ τίς αἰσθησιακὰς πληροφορίες ποὺ ἀποκομίζει, βοηθίεται συχνότατα ἐξαιρετικὰ στὸ διαγνωστικὸ καὶ προγνωστικὸ του προσανατολισμό. Καὶ πολλὰ φορὲς μετανιώνει γιὰτὶ δὲν ἐπισκόπησε ἐπιμελῶς τὸ γυμνὸ σῶμα τοῦ ἀρρώστου ὑπὸ τὸ φῶς τῆς ἡμέρας. Ἡ παρατηρητικότητα, ἀπὸ φύση καὶ ἐκπαίδευση, εἶναι ἀξιολογώτατο διαγνωστικὸ στοιχεῖο.

Γ. ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ἡ παράμετρος αὐτὴ τῆς διαγνωστικῆς ὑπεισήλθε στὴ φαρέτρα τοῦ γιατροῦ

ἀπὸ τὴν ἀνατολὴ ἤδη τῆς ἐπιστημονικῆς περιόδου τῆς ἰατρικῆς. Ἐκτοτε δὲ ἀνε-
λίσσειται κατὰ γεωμετρικὴ πρόοδο [36].

Ἡ συμβολὴ τῆς ὑπῆρξε πρόσφατα ἀπαράμιλλη. Μ' αὐτὴ προσπελάσθηκε ἡ
αἰτιολογία, ἡ παθογονία καὶ παθολογοφυσιολογία τῶν νόσων μέχρι μοριακοῦ ἐπιπέ-
δου [37]. Ἄνοιξαν ἄπλετα ὁ βιολογικὸς καὶ ὁ διαγνωστικὸς ὀρίζων τῆς ἰατρικῆς.
Πολλαπλασιάσθησαν οἱ εἰδικότητες μὲ ἐξαιρετικὴ διαγνωστικὴ συμβολὴ τους. Κατέ-
στησαν ἐφικτὲς πρωϊμότερες διαγνώσεις καὶ θεσπίσθησαν ὑποταξινομήσεις τῶν
νόσων ἐπάνω σὲ πιὸ στερεὴ αἰτιοπαθογενετικὴ καὶ παθολογοφυσιολογικὴ βάση.
Δημιουργήθησαν ὅμως καὶ προβλήματα [38, 39]. Κυριότερη δυσμενὴς ἐπίπτωσή
τῆς εἶναι ὅτι ὑποτόνωσε τὴν κλινικὴ σκέψη [40]. Ἐπιβάρυνε ἐξ ἄλλου ἐπαχθῶς τὸ
κόστος τῆς ὑγειονομικῆς περίθαλψης [41, 42]. Καὶ κατὰ τινάς, μὲ ἐπικεφαλῆς τὸν
Illich, ἀπέβη ἀξιόλογα βλαπτικὴ [43].

Ὑπὸ τὰ παραπάνω δεδομένα χρειάζεται ἰσχυρὸς χαλινὸς κατὰ τὴ διεξαγωγὴ
τῆς παρακλινικῆς διαγνωστικῆς. Συντρέχει ἀνάγκη πιὸ τεκμηριωμένης ἐκτίμησης
τῶν παρακλινικῶν μεθόδων ἀπὸ τοὺς ἐρευνητὲς τῶν κλινικῶν καὶ τῶν συγγρα-
φῶν [44], γιὰ νὰ ἀποφεύγεται ὁ ἄσκοπος ἀν μὴ καὶ ἐπικίνδυνος ἐργαστηριακὸς
ὑπερκαταναλωτισμὸς. Τὰ ἀποτελέσματα τῶν ἐργαστηριακῶν ἐξετάσεων εἶναι
ἀνάγκη νὰ συνεκτιμῶνται μὲ τὶς κλινικὲς παρατηρήσεις.

Ἀδιάπτωτος νὰ εἶναι ὁ ἔλεγχος τῆς ἀξιοπιστίας καὶ τῆς ἐγκυρότητας ὡς
πρὸς τὴν εἰδικότητα καὶ τὴν εὐαισθησία τους διὰ τῶν συγχρόνων μεθόδων ἐκτί-
μησης τους. Ὡς μία ἀξιόσυστατὴ ὑπόδειξη εἶναι ἐκεῖνη κατὰ τὸν Πίν. 14:

ΠΙΝΑΚΑΣ 14

Οἱ νέες τεχνολογικὲς κατακτήσεις ἐπιβάλλεται νὰ ἐνσωματώνονται στὴν
παραδοσιακὴ ἰατρικὴ τέχνη [45, 46], χωρὶς νὰ τὴν παραμερίζουν ἔπειτα ἀπὸ
ἔλεγχο τῆς ἀξιοπιστίας τους ὡς πρὸς τὴν εἰδικότητα καὶ τὴν εὐαισθησία τους.

Ἴδου τῶρα, ἐν συντομίᾳ, λίγα σχόλια γιὰ τὴ σύγχρονη θέση τῶν καθ' ἑκα-
στα ἐργαστηριακῶν διαγνωστικῶν τύπων.

Βιοχημικὴ διαγνωστικὴ

Ἐδρύτερη καὶ ἐπαναστατικὴ εἶναι ἡ ἐπὶ μοριακοῦ ἐπιπέδου θεμελιωμένη
πλέον διαγνωστικὴ, ποὺ στηρίζεται στὴ μέτρηση ποικιλοτάτων βιοχημικῶν οὐ-
σιῶν τοῦ ὄργανισμοῦ μὲ ἄλλοτε ἄλλη, ὄχι σπάνια, παθολογνωμονικὴ διαγνωστικὴ
σημασία.

Λόγω πληθώρας και ποικιλίας τῶν βιοχημικῶν παραγόντων ὑποταξινομεῖται σὲ καθ' ἕκαστα διαγνωστικούς κλάδους, ὅπως ὁ πρωτεϊνικός, ὁ ἔνδοκρινικός, ὁ ἐνζυματικός, ὁ ἠλεκτρολυτικός κτλ., πὺν καθένας τους ἐξυπηρετεῖται ἀπὸ σωρεία μεθόδων.

Ἡ βιοχημικὴ διαγνωστικὴ ἐπιτρέπει τὴ μέγιστη δυνατὴ κατανόηση τῶν φαινομένων τῆς ζωῆς ὑπὸ τὴ σημερινὴ βιολογικὴ γνώση.

Μικροβιολογικὴ διαγνωστικὴ

Τὰ κατὰ τὴ μεθοδικὴ καὶ τὰ ἐπιτεύγματα τῆς ἐμφαίνονται στοὺς Πίνακες 15 καὶ 16.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

1. Ἀντίθετη ἠλεκτροφόρηση (Cl+E)
2. Ἀνοσοφθορισμὸς (IFT)
3. Ἀνοσοενζυματικὴ μ. (ELISA).
4. Ραστοανοσολογικὴ υμμ (SPRIA)
5. Western Glot.
6. Ἀνοσοηλεκτρομικροσκοπηση.
7. Τεχνικὲς ὕβριδισμοῦ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ

1. Διάκριση ὀξείας ἀπὸ χρόνια λοίμωξη
2. Ταχυτάτη ἐιδικὴ διαπίστωση τόπου ἀσυμπτωματικῆς λοιμώξεως καὶ εὐπάθειας πρὸς λοίμωξη
3. Τεκμηριωμένη διάγνωση πρὸς καθορισμὸ τῆς πρέπουσας ἀντιμικροβιακῆς ἀγωγῆς.
4. Αὐτοματοποίηση μαζικοῦ ἐλέγχου
5. Ἀνίχνευση ἐιδικῶν πυρηνικῶν ὀξέων

Γενετικὴ διαγνωστικὴ

Ἡ γενετικὴ διαγνωστικὴ μὲ τὴν τεχνολογία τῆς ἀνασύνθεσης τοῦ γενετικοῦ

ύλικού (*DNA*), σὲ συνδυασμὸ μὲ τὴν κυτταροβιολογία καὶ τὴν ἀνοσολογία, συνετέλεσε σὲ ἐπαναστατικὲς διαγνωστικὲς προόδους, ἀπερίγραπτης βιολογικῆς σημασίας, μέσα στὰ λίγα χρόνια ποὺ ἀκολούθησαν τῇ θαυμαστῇ ἀνακάλυψι τῆς δομῆς τοῦ *DNA* ἀπὸ τοὺς *J. Watson* καὶ *F. Crick* [47, 48], μὲ τὴν ἐπακόλουθη συγκεκριμενοποίηση τοῦ προηγουμένως ἀκαθόριστου κληρονομικοῦ παράγοντα. Τὸ *DNA* ἀποτελεῖ τὸ καύχημα τῆς ἐργαστηριακῆς διαγνωστικῆς.

Ἦδη ὑπάρχει στὴ διάθεση τῶν κλινικῶν ἐρευνητῶν μίᾳ πληθώρα γενετικῶν μεθόδων [49, 50], ποὺ ὄλο καὶ πληθαίνουν.

Τὰ κυριότερα γενετικά διαγνωστικά ἐπιτεύγματα ἔχουν ὡς ἐξῆς (Πίν. 17):

ΠΙΝΑΚΑΣ 17

ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ

Διάγνωση γενετικοῦ στοιχείου
πληθῆος μονογονιδιακῶν νόσων

Διάγνωση γενετικοῦ στοιχείου
πολλῶν πολυγονιδιακῶν νόσων

Διάγνωση βελτιωμένη νόσων ἰογενῶν,
βακτηριδιακῶν, μυκητιασικῶν, πρω-
τοζωϊκῶν καὶ μὴ λοιμωδῶν.

Κατὰ τὰ ἀνωτέρω, εἰδικότερα ἀναγνωρίσθηκαν ἤδη καὶ ἐπομένως διαγιγνώσκονται γενετικῶς περὶ τίς τρεῖς χιλιάδες μονογονιδιακὲς νόσοι [51]. Σὲ πεντακόσιες ἀπ' αὐτὲς ἐντοπίσθηκαν οἱ παθολογικοὶ γόνοι σὲ εἰδικὰ χρωματοσώματα, προσδοκᾶται δὲ ἡ χαρτογράφηση ὄλων τῶν ἀνθρωπίνων γόνων, μὲ προσδοκίεσ προληπτικὲς εὐδοίωνες. Πρέπει ὅμως νὰ τονισθεῖ ὅτι ἡ ὑπαρξὴ γενετικῆς ἀνωμαλίας δὲν συνεπάγεται πάντοτε ἀσθένεια [52].

Οἱ γενετικὲς νόσοι διαγιγνώσκονται προγεννητικά· καὶ ὡς πιὸ σημαίνουσες τῆς κατηγορίας τους εἶναι: ἡ β-θαλασσαιμία, ἡ δρεπάνωση, ἡ ἔλλειψη τοῦ παράγοντος IX (αἰμοφιλία B), ἡ ἔλλειψη ὀρنيθοτρανσκαρβαμυλάγης, ἡ ἔλλειψη α-ἀντιθρομβίνης, ἡ φενυλκετονουρία, ἡ ἔλλειψη ἀξητικῆς ὁρμόνης [53], ἡ χορεία Huntington, ἡ μυϊκὴ δυστροφία τοῦ Duchenne καὶ ἡ πολυκυστικὴ νόσος τῶν νεφρῶν [54].

Ἐπὶ πολυγονιδιακῶν νόσων, ἐπίσης, ὑπάρχουν γενετικὲς διαγνωστικὲς πρόοδοι [55], ὅπως ἐπὶ διαβήτου τύπου I, βαριᾶς μυασθενείας, πολλαπλῆς σκληρύνσεως, στεφανιαίας νόσου, αὐτοανόσων παθήσεων, καρκίνου, λεμφωμάτων, θυροειδίτιδος Hashimoto κτλ. Στὴν αἰτιοπαθογένεση ὅμως τούτων μετέχει καὶ τὸ περιβαλλοντικὸ στοιχεῖο.

Ἐναγνωρίζονται ἀκόμα, μὲ τὴ γενετικοανοσολογικὴ μέθοδο τῶν μονοκλωνικῶν ἀντισωμάτων, πολλοὶ μικροοργανισμοί, πρωϊμότερα καὶ ἀσφαλέστερα ἢ δι' ἄλλων μεθόδων ὅπως ἰοὶ (ἔρπητος ἀπλοῦ, κυτταρομεγαλοϊός), βακτηρίδια (β-στρεπτόκοκκος, γονόκοκκος, λεγιονέλα, πνευμονοκύστις *Carinii*) [56], μυκοβακτηρίδια καὶ πρωτόζωα (λεϊσμάνιες, πλασμώδια *falciparum* κτλ.).

Ἡ γενετικὴ διαγνωστικὴ, μὲ τὶς μεθόδους ἀνασύνθεσης τοῦ DNA, κλωνικοποιήσεως τοῦ DNA καὶ χρήσεως προϊόντων κλωνικοποιημένων γόνων, ἐπιτελεῖ προσφάτως ἐντυπωσιακὰ βήματα προόδου, τόσο ἐπὶ ὀξειῶν λοιμώξεων, ὅσο καὶ χρονίων, καὶ ἀκόμα ἐπὶ μὴ λοιμωδῶν νοσημάτων [57, 58].

ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ

Ἡ κατὰ τὴν τελευταία εἰκοσιπενταετία συνεχῶς πλουτιζόμενη ἀνοσοδιαγνωστικὴ ἔχει ἀποφέρει βιολογικὰ καὶ εἰδικῶς παθογενετικὰς προόδους ὅλων ἐξαιρετικῆς σημασίας.

Διὰ τῶν πολυαριθμῶν νεωτέρων μεθόδων τῆς (Πίν. 18) ἐν συνδυασμῶ μὲ τὶς πληροφορίες τῆς γενετικῆς [59, 60, 61] καὶ τῆς μοριακῆς βιολογίας κατανοεῖται, ἐπομένως διαγιγνώσκεται, ἡ αἰτιοπαθογονία σωρείας νόσων, προηγουμένως σκοτεινῶν, καὶ ἐπιτυγχάνεται ἡ ὀρθότερη ταξινόμηση, ἡ θεραπεία καὶ ἡ πρόληψί τους (Πίν. 19) [62], (Πίν. 20) [63, 64].

ΠΙΝΑΚΑΣ 18

ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ

- Ἐναδιάταξη γόνων τῶν ἀνοσοσφαιρινῶν καὶ B. κυττάρων (*Southern Blott*).
- Ἐναγνώριση προέλευσης τῶν λεμφοειδῶν κυττάρων καὶ τῆς μονοκλωνικότητος τῆς κυτταρ. ὑπερπλασίας.
- Κυτταρομετρικὴ ροή (*Laser Flow Cytometry-immunocytometry*).
- Τεχνικὴ *Western Blott* γι' ἀνίχνευση πρωτεϊνικῶν ἀντιγόνων καὶ ἀντισωμάτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19

ΝΕΩΤΕΡΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ

- Ἐνακάλυψη δομῆς καὶ λειτουργίας τοῦ ὑποδοχέα τῶν T-λεμφοκυττάρων.
- Ἐναγνώριση σημασίας κυττονικῶν-ἰντερλευκίνης 1 καὶ 2 κτλ. στὴ ρόθμιση τῆς ἀνοσολογικῆς ἀπάντησης.

Ἐναγνώριση ὀργανοειδικῶν αὐτοανύσεων νοσημάτων, ὀφειλομένων σὲ ἀντισώματα ἔναντι ὑποδοχέων.

Νεώτερες ἐφαρμογές στὸν τομέα τῶν ἐμβολίων.

Μελέτη γόνων συστήματος ἱστοσυμβατότητας.

Οἱ ἀξιολογότερες διαγνωστικὲς συμβολές τῆς ἀνοσολογικῆς διαγνωστικῆς ἀφοροῦν τὶς νοσολογικὲς ὀντότητες τοῦ Πίν. 20 [63, 64].

ΠΙΝΑΚΑΣ 20

ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΕΙΔΙΚΑ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ

Ρευματικὲς νόσοι
 Νόσοι συνδετικοῦ ἰστοῦ
 Αὐτοάνοσοι νόσοι
 Διαβήτης τύπου I
 Ὑπερθυρεοειδισμὸς
 Νεφροπάθειες
 Ἡπατοπάθειες
 Κακοήθειες νεοπλασίες
 Αἱματοπάθειες
 Βαρεῖα μασθένεια

ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ

Στὸν τομέα τῆς ἀκτινοδιαγνωστικῆς μὲ τὴν ἐκρηκτικὴν του ἀνάπτυξιν ὁ κλινικὸς γιατρὸς κάθε μέρα προβληματίζεται, προκειμένον νὰ διαλέξει σὲ ποιά ἀπὸ τὶς τόσο πολλὰς, νεώτερες κατὰ τὸ πλεῖστον μεθόδους, (Πίν. 21), [65], θὰ καταφύγει γὰρ νὰ βοηθηθεῖ διαγνωστικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21

ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ἀξονικὴ τομογραφία
 Ὑπερήχοι
 Τομογραφία δι' ἐκπομπῆς ποζιτρονίου
 Πυρηνικὴ μαγνητικὴ ἀντήχηση
 Ψηφιακὴ τομογραφία
 Ἀγγειογραφικὲς μέθοδοι
 Σπινθηρογραφικὲς μέθοδοι

Συχνά προσφέρονται πολλές. Καὶ δὲν ὑπάρχουν ἀκόμα συγκριτικὲς ἐκτιμήσεις τους μὲ ἀποκρυσταλλωμένα συμπεράσματα.

Δύο εἶναι ἐν προκειμένῳ οἱ συστάσεις μου ὡς πρὸς τὸ γενικὸ γιατρό. Πρῶτον νὰ εἶναι ἀρκετὰ κατατοπισμένος στὴν ἀκτινολογικὴ σημειολογία. Καὶ δεύτερον, ὡς πηγὴ προσανατολισμοῦ του νὰ χρησιμοποιεῖ τὸ σχετικὸ ἀξιολογικὸ κώδικα τοῦ WHO [66].

Ἡ συμβολὴ τῆς νεώτερης ἀκτινοδιαγνωστικῆς εἶναι ἀνώτερη πάσης περιγραφῆς. Τὸ γεγονός δὲ ὅτι δι' αὐτῆς, καὶ εἰδικότερα διὰ τῆς πυρηνικῆς μαγνητικῆς ἀντήχησης, προσπελάζονται καὶ βιοχημικὲς ἐπεξεργασίες στὸν ἐγκέφαλο ἐπὶ διαφόρων νόσων του, ἐμφαίνει τὴν ἐκπληκτικὴ τῆς ἐξέλιξη [67].

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ

Στοὺς δύο Πίνακες 22 καὶ 23, περιλαμβάνονται οἱ νεώτερες ἐνδοκρινολογικὲς μέθοδοι καὶ τὰ δι' αὐτῶν γενικότερης σημασίας ἐπιτεύγματα. Γιὰ τὶς ἀπειράριθμες εἰδικότερες ἐνδοκρινολογικὲς διαγνωστικὲς προσόδους δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ γίνῃ λόγος στὸ μελέτημά μας αὐτό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22

ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

1. Ραδιοανοσολογικὲς
2. Βιολογικοὶ προσεταιρισμοὶ ὁρμονῶν
3. Μέθοδοι ὑποθαλαμικῶν ἐκλυτικῶν παραγόντων
4. Ἀνίχνευση αὐτοαντισωμάτων κατὰ τῶν ὑποδοχέων τῶν ὁρμονῶν
5. Μέθοδοι ἀντιγόνων ἱστοσυμβατότητος H. L. A.

ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 23

ΝΕΩΤΕΡΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ

1. Ὑποθαλαμικοὶ παράγοντες.
2. Μελέτη μὴ «κλασικῶν» ὁρμονῶν.
3. Μελέτη ὑποδοχέων τῶν ὁρμονῶν.

4. Βιοσύνθεση ὁρμονῶν μὲ γενετική μηχανική.
5. Συσκευὲς χορήγησης ἰνσουλίνης.

ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ

Δυσκολοπερίγραπτοι εἶναι ἐπίσης οἱ πρόοδοι στὴν ἰατροδικαστική μεθοδική, ὅπως καὶ τὰ ἐπιτεύγματα τῆς (Πίν. 24, 25).

ΠΙΝΑΚΑΣ 24

ΜΕΘΟΔΟΙ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΕΣ

Φασματοφωτομετρία (I. V. — I. R).

Χρωματογραφία	}	ἐπὶ λεπτῆς στιβάδας (TLC).
		ἀεριο-υγροχρωματογραφία (G. C.).
Ἀνοσολογική	}	Ραδιο-ανασολογική (R. I. A).
		Ἐνζυμο-ανασολογική (E. M. I. T.).

Φασματοσκοπία (X-Rays).

Ἡλεκτρονική μικροσκοπηση.

Συγκριτική βολιδοσκόπηση.

Ἀεριοῦγροχρωματογραφία - Φασματοσκοπία μάζας (GS/MS).

ΠΙΝΑΚΑΣ 25

ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ

Ἀνίχνευση καὶ ποσοτικὸς προσδιορισμὸς
φαρμάκων καὶ δηλητηρίων στὰ βιολογικὰ ὑγρά.

Ἀνίχνευση καὶ ταυτοποίηση ἰχνῶν (κηλίδων
αἵματος, σπέρματος, τριχῶν, κλπ.).

Ταυτοποίηση ἱστικῶν ὑπολειμμάτων.

Ταυτοποίηση πυροβόλων ὄπλων καὶ βολίδων.

Ἀναγνώριση «ναρκωτικῶν».

Ἐγκληματολογικὴ ἔρευνα (χρώματα, πειστήρια
διάφορα κλπ.).

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ

Στὸ εὐρὸν πλαίσιο τῆς γοργὰ ἀναπτυσσόμενης προληπτικῆς ἱατρικῆς διαμορφώθηκε τὰ τελευταῖα χρόνια ἴδιος τύπος διαγνωστικῆς, ὁ τῆς προληπτικῆς, ποὺ

όλο και επεκτείνεται, ταυτιζόμενος με την κλινική και εργαστηριακή επιδημιολογία, η οποία παρουσιάζει άλματώδη πρόοδο, καλυπτόμενη στην έρευνα από τόν επιστημονοῦντα κλινικό (clinical scientist) γιατρό [68].

Οι κύριες συμβολές τῆς διαγνωστικῆς επιδημιολογίας ἀφοροῦν στὰ ἐξῆς (Πίν. 26), [69].

ΠΙΝΑΚΑΣ 26

ΣΥΜΒΟΛΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ (Προληπτική διαγνωστική)

- I Καθορισμός ορίων ὑγιῶν-πασχόντων
- II Ἀξιολόγηση διαγνωστικῶν διαδικασιῶν
- III Τεκμηρίωση νοσολογικῶν συνδρόμων
- IV Συγκέντρωση στοιχείων δι' ἠλεκτρονικούς ὑπολογιστές

Εἶναι γνωστὸ ὅτι ὁ πασίγνωστος προσυμπτωματικὸς ἔλεγχος (check up), ὅπως καὶ τὸ Paptest, εἶναι εἶδη προληπτικῆς διαγνωστικῆς. Καὶ ὅτι ὁ καθορισμὸς τῆς πρόγνωσης, πρῶιμα κατὰ τὴ νόσο, ἄρχισε ἤδη νὰ διαμορφώνεται σὲ ιδιαίτερο διαγνωστικὸ κλάδο, τὸν τῆς προληπτικῆς διαγνωστικῆς.

Γ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ ΔΙΑΔΡΟΜΗΣ ΝΟΣΟΥ

Συχνὰ ὁ γιατρός προσηλώνεται στὴν κατὰ τὴν κρίση καὶ ἔμπνευσή του ἀρχικὴ πιθανὴ διάγνωση καὶ ὑποτιμᾷ ἢ μᾶλλον παραβλέπει νεώτερα κλινικὰ καὶ ἐργαστηριακὰ δεδομένα, πὸν παρουσιάζονται κατὰ τὴ διαδρομὴ τῆς νόσου. Ἡ συστηματικὴ ἐπανεκτίμηση τούτων προφυλάσσει ἀπὸ διαγνωστικὲς πλάνες [70, 71] καὶ προϋποθέτει τὴν ἐπαρκὴ παραμονὴ τοῦ γιατροῦ κοντὰ στὸ κρεβάτι τοῦ ἀσθενοῦς [72]· καί, γενικότερα, τὴν ἀδιάπτωτη μ' αὐτὸν ἐπικοινωνία, κατ' ἐξοχὴν τώρα, πὸν ἐπιπολάζουν οἱ χρόνιες ἀσθένειες, οἱ ὁποῖες συχνὰ ἐξελισσονται χωρὶς ἄλματα, ὅπως κατὰ τὸ Λιναῖο καὶ πολλὰ φυσικὰ φαινόμενα [73]. Ἡ ἀρρώστια εἶναι κατ' ἐξοχὴν ἐξελικτικὸ βιολογικὸ φαινόμενο καὶ σὰν τέτοιο πρέπει ν' ἀντιμετωπίζεται, τόσο διαγνωστικῶς ὅσο καὶ θεραπευτικῶς.

II. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΒΑΘΜΙΔΕΣ

Ἡ δεύτερη καὶ δυσεκτέλεστη αὐτῆ διαγνωστικῆ βαθμίδα κατὰ τὴ συνεχιζόμενη παράδοση διατρέχει κατὰ στάδια ἐμφαινόμενα στὸν Πίν. 10. Ἐδῶ πρόκειται νὰ περιορισθῶ σὲ σύντομα γι' αὐτὴ σχόλια, ἐπεκτεινόμενος ἐκτενέστερα στὰ σύγχρονα.

Ἀπαραίτητη προϋπόθεση γιὰ καλὴ ἀρχὴ τῆς διαγνωστικῆς διαδικασίας εἶναι ὁ ἔλεγχος τῆς ἀξιοπιστίας τῶν κατὰ τὴν πρώτη φάση συλλεγέντων στοιχείων. Ὁ ἔλεγχος εἶναι νοητὸς μὲ παραμερισμὸ τῆς χαλαρῆς ἀναφορᾶς ἀπὸ τὸν ἄρρωστο ὡς πρὸς τὴν ὑποκειμενικὴ του συμπτωματολογία καὶ τὴ μειονεκτικὴ ἀντικειμενικὴ ἐξέταση ἀπὸ τὸ γιατρό. Σύμφωνα μὲ συνεχῶς πολλαπλασιαζόμενες ἐρευνες ὑπὸ τὸ φῶς τῶν ποικίλων νεωτέρων στατιστικῶν μεθόδων, τὰ κατὰ τὴ συνήθη πράξι συλλεγόμενα κλινικὰ καὶ παρακλινικὰ νοσογραφικὰ στοιχεῖα δὲν εἶναι κατ' ἀνάγκη πάντοτε ἀξιόπιστα. Ἐπηρεάζονται συχνὰ ἀπὸ τυχαῖες ποικιλίες (*random variations*) ἢ ἀπὸ σταθερὰ σφάλματα (*constant errors*) ἢ ἀπὸ ἀνασφαλεῖς προσωπικῆς (*intraobserver variations*) ἢ διαπροσωπικῆς (*interobserver variations*) ἐκτιμήσεις. Καὶ πρέπει νὰ ἐλέγχονται διὰ μετρήσεων μὲ τὴ βοήθεια ποικίλων κλιμάκων, ὅπως ἡ ποιοτικὴ (*nominal*), ἡ ἱεραρχικὴ (*ordinal*) καὶ ἡ ἀθροιστικὴ (*interval*), ἡ καταγραφικὴ (*itemized*), ἡ ὀπτικὴ (*visual*) καὶ ἡ ἀριθμητικὴ ἀξιολόγηση (*scoring system*) κτλ., γιὰ τὶς ὁποῖες ὅμως δὲν εἶναι δυνατό νὰ γίνῃ λόγος ἐκτενέστερα, παρ' ὅτι ἐμφαίνουν πειστικὰ τὶς ἀβεβαιότητες διαγνωστικῶν διαδικασιῶν [81].

Στὴ συνέχεια ἀναγκαῖα εἶναι ἡ ἐκτίμηση τῶν καθ' ἕκαστα συλλεγέντων στοιχείων καὶ ἡ ὀρθὴ καταγραφή τους. Ὑπάρχουν μερικὰ εὐρήματα καθοριστικὰ γιὰ τὴ διάγνωση. Τὰ λεγόμενα παθολογικὰ, ποῦ, παρὰ τὸν κανόνα τῆς μὴ προσκολλησεως τῆς διάνοιας τοῦ γιατροῦ σ' ἓνα μόνον σύμπτωμα, ἀρκοῦν γιὰ σωστὸ διαγνωστικὸ προσανατολισμὸ. Ἄλλα συνιστοῦν ἀρνητικῆς μαρτυρίας πρὸς ἀποκλεισμὸ διαφόρων νοσολογικῶν ὄντοτήτων. Καὶ συνήθως τὰ κλινικὰ στοιχεῖα εἶναι πιὸ χαρακτηριστικὰ τῶν παρακλινικῶν, γιὰτὶ ἔχουν περισσότερο ποιοτικὸ χαρακτήρα [74].

Μετὰ τὴν ἐπιλογὴ τῶν βαρύνουσας σημασίας ὑποκειμενικῶν συμπτωμάτων καὶ ἀντικειμενικῶν εὐρημάτων, ὁ γιατρὸς προχωρεῖ, ὑπὸ ἐπαγωγικὸ συλλογισμό, σὲ μία ἀρχικὴ, τρέχουσα, πιθανὴ —θὰ προτιμοῦσα νὰ τὴν ἀποκαλέσω «προκριματικὴ»— διάγνωση (*working diagnosis*), συλλαμβάνοντας τὴν πιθανὴ νοσολογικὴ ὄντοτητα στὴν ὁποία προσήκουν τὰ σημαντικὰ εὐρήματα. Ἡ σύλληψίς του ἄλλοτε μὲν ἀφορᾷ σὲ νόσο μὲ συγκεκριμένη αἰτιολογία καὶ ἱστοπαθολογικὴ εἰκόνα, ὅποτε ταυτίζεται μὲ τὴν τελικὴ διάγνωση, ἄλλοτε δέ, ἐμμέσως, πρὸς τὸ «σύνδρομο», ὅποτε πρόκειται περὶ ἡμιτελικῆς διαγνώσεως. Ὑπὸ τὸν ὄρο τοῦτον νοεῖται μία ομάδα συνδυαζομένων μεταξὺ τους νοσολογικῶν ἐκδηλώσεων σὲ βαθμὸ μεγαλύτερο τοῦ τυχαίου [75]. Ἐνα δηλαδὴ ἄθροισμα συμπτωμάτων μὲ ὁμοιότητα μὲν κλινικῶν ἢ καὶ ἐργαστηριακῶν διαταραχῶν, ἀνομοιότητα ὅμως αἰτιοπαθογονίας. Ὅταν ὁ γιατρὸς διαγνώσῃ τὸ σύνδρομο, συνεχίζει τὴ διαγνωστικὴ του ὑπὸ παραγωγικὸ συλλογισμό,

διὰ τῆς λεγομένης διαφορικῆς διαγνωστικῆς πρὸς τὴ νόσο, ἔχοντας κατὰ νοῦ τὶς ἀσθένειες, οἱ ὁποῖες, ὑπὸ ἀξιόλογη πιθανότητα, θὰ μπορούσαν νὰ ταυτίζονται μὲ τὸ διαγνωσθὲν σύνδρομο —καὶ καταλήγει στὴν τελικὴ διάγνωση.

Οἱ νοητικὲς διεργασίες τοῦ διαγνωστικοῦ αὐτοῦ σταδίου πρέπει νὰ γίνονται μὲ βηματοδότη, ὄχι μόνον τὴν ἀρχὴ τῆς ταυτότητας, ἀλλὰ καὶ τὶς ἀρχὲς τῆς μὴ ἀντιφάσεως καὶ τοῦ ἐπαρκοῦς λόγου, ὡς ἤδη ἀναφέραμε [76]. Θεωρεῖται δὲ πολὺ πιθανὸ ὅτι ἐπιτελοῦνται καλότερα ὑπὸ τὴν κλινικὴ διαίσθηση, μὲ τὴν εὐελξία της, παρὰ μὲ τὴν συστηματικὴ ἀνάλυση, στὴ φάση τῆς διαμόρφωσης ὑποθέσεων.

Τὸ τελευταῖο στάδιο μιᾶς ὀρθόδοξης διαγνωστικῆς πρέπει νὰ ἀποτελεῖ μία παλίνδρομη κριτικὴ ἀνασκόπηση τῶν θετικῶν καὶ τῶν ἀρνητικῶν στοιχείων, πὺν ὁδήγησαν στὴν τελικὴ διάγνωση, μὲ τὸ ἐρώτημα ἂν αὐτὴ προσήκει στὸ σύνολό τους. Αὐτὸ ὅμως δὲν διαπιστώνεται πάντοτε στὸ ἀκέραιο, ἰδίως σὲ ἄτομα μὲ πολλαπλῶς βεβαρημένο παρελθὸν ἢ ἄτομα γεροντικῆς ἡλικίας, στὰ ὁποῖα εὐλόγα ἀπαντῶνται κλινικὲς ἢ ὑποκλινικὲς ἐκδηλώσεις, ἄσχετες πρὸς τὴν παρούσα νόσο. Καὶ ἀκόμα ἂς μὴ ξεχνᾶμε ὅτι, παρὰ πάσα διαγνωστικὴ ἐνδελέχεια, ὁ γιατρὸς ὄχι σπάνια φθάνει στὸ ἀδιάγνωστο, ἀκόμα καὶ ὅταν ἐπικουρήσει τὸ ἐφετεῖο, τὸ σύγχρονο δηλαδὴ νοσοκομεῖο μὲ τὶς δυνατότητές του γιὰ ἀπογοη διαγνωστικὴ.

Καὶ ἔτσι μὲν εἶχε ἡ διαγνωστικὴ ἐπεξεργασία, μὲ κύρια βάση τὴν κλινικὴ, στὸ κρεβάτι τοῦ ἀρρώστου [77] μέχρι ἐδῶ καὶ σαράντα περίπου χρόνια.

Κατὰ τὶς ἡμέρες μας ὅμως ἡ φρενήρης τεχνολογικὴ πρόοδος ἀπέφερε ἐκρηκτικὴ ἀνάπτυξη τῆς ἱατρικῆς, κατὰ βάθος καὶ πλάτος, σ' ὅλες τὶς παραμέτρους της. Καὶ προστέθηκαν τὸ οικονομικὸ καὶ κοινωνικὸ της σκέλος. Καὶ ἀκόμα ἡ ἀβεβαιότητα καὶ ἡ πιθανότητα ἀπέβησαν κύρια, ὀφθαλμοφανῆ χαρακτηριστικά της σὲ καθένα τομέα της καὶ φυσικὰ καὶ στὸ διαγνωστικὸ της. Ὑπὸ τὰ δεδομένα αὐτὰ κριθῆκε ἀναγκαῖο νὰ καθιερωθεῖ ἡ λεγόμενη «ἀποφασιστικὴ ἀνάλυση» (*decision analysis*), πὺν εἶχε προηγουμένως ἐφαρμογὴ σὲ πολλοὺς ἄλλους τομεῖς τῆς ἀνθρώπινης δραστηριότητος, καὶ στὴν ἱατρικὴ, μὲ πρῶτο χρήστη της τὴ Σχολὴ Δημόσιας Ὑγείας τοῦ *Harvard* [78, 79].

Ἡ διαγνωστικὴ ἀνάλυση εἶναι ἓνας τομέας τῆς ἀνάλυσης πὺν γίνεται γιὰ λήψη ἱατρικοῦ τύπου ἀποφάσεων. Καὶ ἐπιτελεῖται πρὸς κατὰ τὸ δυνατό καλότερη ἐκτίμηση καὶ κατάληξη ὑπὸ τὶς συνθηκῆς ἀβεβαιότητος πὺν δεσπάζουν στὰ δύσκολα διαγνωστικὰ προβλήματα τῆς καθ' ἡμέρα πράξης. Συνιστώσες της εἶναι ἡ στατιστικὴ, ἡ ἐπιδημιολογία, ἡ κλινικὴ, ἡ ἀνθρωπιστικὴ, ἡ οικονομικὴ, πὺν ὅλες μαζὶ καθιστοῦν τὸ γιατρὸ ἱκανὸ νὰ ἀπολήξει στὸ κατὰ ἄριστο ἐφικτὸ διαγνωστικὸ του συμπέρασμα.

Ἐξασφαλίζει γιὰ τὴ διαγνωστικὴ σκέψη μιὰ διαδικασία, ποὺ εἶναι πιὸ ἀξιόπιστη ποσοτικὰ καὶ πιὸ ἐπιστημονικὰ διαρθρωμένη ἀπ' ὅ,τι ἡ παραδοσιακὴ κλινικὴ σκέψη, τὴν ὁποία ὅμως δὲν ὑποκαθιστᾷ —κατ' οὐδένα λόγο— ἀλλὰ τὴν συμπληρώνει καὶ βοηθάει νὰ λύσει τὰ σύνθετα πολυπαραγοντικὰ προβλήματα, κάνοντας τὸν κλινικὸ γιαιτρὸ πιὸ ἐπιστήμονα. Καὶ τοῦτο, διότι τὴν χαρακτηρίζουν ἡ σαφήνεια, ἡ ποσοτικὴ γλώσσα καὶ ἡ ἐντεταλμένη ἐκτίμηση (*prescriptive*). Κατὰ τὴ διεξαγωγὴ τῆς ὁ γιαιτρὸς διαμορφώνει ἓνα ἢ περισσότερα διαγνωστικὰ διαγράμματα, τὰ καλούμενα «δένδρα ἀποφάσεως», στὴν περιγραφή τῶν ὁποίων δὲν ἔχουμε χρόνον νὰ ὑπεισέλθουμε μὲ θεωρητικὴ βάση τὴν κυβερνητικὴ [80, 81, 82], ποὺ ὁδηγεῖ στὴν κατασκευὴ ἄνυχνων ὀργάνων, ἱκανῶν νὰ μιμηθοῦν καὶ νὰ προγραμματίσουν ἀνθρώπινες δραστηριότητες [83] καὶ μὲ ὄργανά τῆς τοὺς ἀλγόριθμους καὶ κυρίως τοὺς ἠλεκτρονικοὺς ὑπολογιστές.

Ἀπὸ τὴ μέχρι σήμερα χρησιμοποίησι τῶν τελευταίων στὴν κλινικὴ πράξη ὑπάρχουν τὰ ἐξῆς δεδομένα [84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92]. Οἱ ἠλεκτρονικοὶ ὑπολογιστὲς ἔχουν ἐφαρμοσθεῖ ὑπὸ τέσσερις τύπους [93]. Τὸν ἀλγοριθμικόν, τὸν αὐτόματο ἐρμηνευτικόν (*interpretation*), τὸν ἀσφαλιστικόν (*actuarial*) καὶ τὸ συμβουλευτικόν (*advice*). Στὸν πρῶτον ἡ διάγνωσι προσπελάζεται μὲ τὴ λογικὴ, στοὺς ὑπόλοιπους παρεμβαίνει τὸ στοιχεῖο τῆς πιθανολόγησις σημαντικὰ.

Ἐν τῷ ἀλγοριθμικῷ τύπῳ ἔχει εὐρεῖ ἐφαρμογὴ σὲ διάγνωσι πολλῶν νοσολογικῶν προβλημάτων, ὅπως τὰ πρὸ διετίας δημοσιευθέντα σὲ σειρὰ ἄρθρων στὸ *B.M. J.* [94], ποὺ ἀφοροῦν στὰ ἐξανθήματα τοῦ προσώπου, τὸ γενικευμένον κνησμό, τὰ ἀποφολιδωτικὰ ἐξανθήματα, τὴ βραχυσωμία, τὸ σύνδρομον *Cushing* κτλ. Ἐν τῷ αὐτοερμηνευτικῷ τύπῳ ὑπολογιστοῦ ἐπιτελεῖ πολὺτιμες μετρήσεις, χρήσιμες διαγνωστικῶς καὶ κατὰ συνέπειαν θεραπευτικῶς, ἐπὶ κρανιακῶν βλαβῶν, ἀποκαταστάσεων, νοσοκομειακῶν λοιμώξεων, φαρμακευτικῶν ἀγωγῶν καὶ περιθάλψεων σὲ μονάδες ἐντατικῆς ἀγωγῆς.

Ἐν τῷ τρίτῳ τύπῳ, μᾶλλον σύνθετος, εὔρε ἐφαρμογὴ καὶ τοποθετεῖται σὰν ἓνα ὑπολογιστικὸν *test* ἐπὶ ποικίλων συνδρόμων, ὅπως ὁ δξὺς πόνοσ τῆς κοιλιάς [95], τὸ ἀλλεργικὸν σύνδρομον κτλ. [96], ὁ ἀλκοολισμὸς [97] κτλ.

Ἐν τῷ τέταρτῳ, συμβουλευτικῷ τύπῳ (*advice*), γνωστὸς ὡς «*expert system*» [98], χρησιμοποιεῖται γιὰ διάγνωσι περιπλόκων προβλημάτων μὲ τὴν ἐφαρμογὴ τοῦ προγράμματος *Internist-I* [99]. Μέχρις ὥρας, ὡστόσο, δὲν ἀπέδωσε ἀποτελέσματα ἀνώτερα μιᾶς κλινικῆς διαγνώσεως ἀπὸ ἓνα φωτισμένον ἔμπειρον κλινικόν, λόγῳ τῶν ἀνυπερβλήτων σφαλμάτων τῆς τροφοδοσίας του. Καὶ ἂς ἐπισημάνουμε τίς δυσχέρειες εὐρείας ἐφαρμογῆς του στὴν κλινικὴ πράξι καὶ ἀκόμα, ὅτι ὅλοι οἱ κλινικοὶ ἐρευνητὲς τῶν ὑπολογιστῶν οὐδόλωσ ἀποκλείουν γιὰ τὸ μέλλον

ὕψηλότερες διαγνωστικὲς ἀποδόσεις του. Ἐπὶ τοῦ παρόντος τὸ πνεῦμα τοῦ πεπειραμένου σοφοῦ γιατροῦ θεωρεῖται ἕνας θαυμαστός συνθέτης. Οἱ δὲ ὑπολογιστὲς χρησιμοποιοῦνται ἐπὶ τοῦ παρόντος μόνον σὲ κέντρα κλινικῆς διαγνωστικῆς ὑψηλῆς στάθμης, ἰδίως πρὸς διάγνωση νόσων μὲ πολλὰ ἐργαστηριακὰ στοιχεῖα, πὸν ὑπόκειται σὲ μέτρηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

Κύριε Πρόεδρε, Κυρίες καὶ Κύριοι,

ἔπειτα ἀπὸ τὰ ὅσα εἶχατε τὴν ὑπομονὴ νὰ ἀκούσετε κατὰ τὴν φθίνουσα ὀμιλία μου θεωρῶ ὡς ἱκανοποιητικὰ τεκμηριούμενες τὶς ἀκόλουθες συμπερασματικὲς ἀπόψεις:

Ἡ διαγνωστικὴ, αἰώνιος κορμὸς τῆς Ἱατρικῆς, μὲ κλάδους ἀνέκαθεν τῆ θεραπευτικῆ καὶ στὴ συνέχεια, ἰδίως κατὰ τὶς ἡμέρες μας, καὶ τὴν πρόληψη, ἦταν πάντοτε μία ἐπεξεργασία, μία νοητικὴ πράξις, πὸν καταλήγει σὲ ἀπόφαση ἢ ὁποία ἐξυπηρετεῖ τὴν ὑγεία τοῦ ἀτόμου. Τὸ εἶδος τῆς καὶ ἡ φύσις τῆς καθορίζονταν καὶ θὰ καθορίζονται ἀδιαλείπτως ἀπὸ τὴ γνώση καὶ τὴ φιλοσοφία τῆς ἐκάστοτε ἐποχῆς, ὅπως ἄλλωστε καὶ ὅλες οἱ ἀνθρώπινες δραστηριότητες. Στὰ παλιότερα χρόνια, μὲ τὸ πενιχρὸ γνωσιολογικὸ ὑπόστρωμα τῆς Ἱατρικῆς, ἡ διάγνωση εἶχε ἀδύνατη λογικοεπιστημονικὴ ὑποστήριξις, τεχνοτροποῦσε. Στὴ συνέχεια ὅλο καὶ περισσότερο, ἀδιαλείπτως, ἐπιστημονίζε.

Κατὰ τὰ τελευταῖα πενήντα χρόνια σημειώθηκε κυριολεκτικὰ ἐκρηκτικὴ, κατὰ βάθος καὶ πλάτος, ἀνάπτυξις τῆς ἱατρικῆς, σ' ὅλες τὶς βασικὲς τῆς βιολογικῆς παραμέτρους. Καὶ στοὺς στόχους τῆς, τὴ φροντίδα τῆς ὑγείας τοῦ σώματος, προστέθηκαν, ὡς ἰσάξιες, ἡ φροντίδα τῆς ψυχικῆς καὶ κοινωνικῆς ὑγείας τοῦ ἀτόμου, ὥστε νὰ καταστεῖ ἀναγκαῖο νὰ κινεῖται ἡ ἱατρικὴ σκέψις καὶ πράξις μὲ στήριγμα ἕνα πλατὺ, σύνθετο σωματικοψυχοκοινωνικὸ πρότυπο.

Ἡ διαγνωστικὴ εἴλογα παρουσίασε ριζικὲς μεταβολές, πὸν ἀφοροῦν στὴν ὅλη τῆς κατὰ ποσὸ καὶ φύσις, στὶς μεθόδους τῆς, στοὺς στόχους τῆς, καὶ στὴ νοητικὴ τῆς διάρθρωσις.

Ὡς πρὸς τὴν ὅλη πολλαπλασιασθήκη ὁ ἀριθμὸς τῶν γνωστῶν νοσολογικῶν ὄντοτήτων, πράγμα, πὸν ἐμφαίνει ἀναμφισβήτητα τὶς δυσκολίες τῆς. Καὶ δὲν πρόκειται πλέον ἀπλῶς περὶ ταυτοποίησης τῆς νόσου, συμπεριλαμβανομένης καὶ τῆς αἰτιολογίας τῆς, ἀλλὰ καὶ περὶ διαλεύκανσης τῶν παθογενετικῶν μηχανισμῶν πὸν παρεμβλήθηκαν γιὰ τὴ γένεσίν τῆς καὶ τῶν παθολογοφυσιολογικῶν διαταραχῶν, οἱ ὁποῖες ἀκολούθησαν τὴ νοσηρὴ ἐπεξεργασία. Καὶ ἂς σημειωθεῖ ὅτι μὲ τὴ μελέτη

τοῦ ἐνδογενοῦς στοιχείου τῆς νόσου, ἤτοι τοῦ γενετικοῦ καὶ ἀνοσολογικοῦ κυρίως ὑποστρώματος, καὶ τοῦ ἐξωγενοῦς, ἤτοι τοῦ πολυπαραγοντιακότατου περιβάλλοντος, ἔγινε πῶς δυσπρόσιτος ὁ προσανατολισμὸς γιὰ τὴν αἰτιολογία.

Καὶ διὰ τοὺς ἴδιους λόγους καὶ ἀκόμα μὲ τὴ λεπτότερη μοριακοχημικὴ ἀνάλυση τῶν φαινομένων ἀπέβησαν πολυπλοκότεροι οἱ παράγοντες τῆς παθολογίας καὶ οἱ μηχανισμοὶ τῆς παθολογοφυσιολογίας. Πῶς σκοτεινοὶ ἐπομένως οἱ διαγνωστικοὶ προβληματισμοὶ γιὰ τὴν αἰτιολογία, παθογένεση καὶ παθολογοφυσιολογία ἀπ' ὅ,τι προηγουμένως.

Γιὰ τὴν ἀσύλληπτη ποικιλία τῆς σύγχρονης διαγνωστικῆς μεθοδολογίας θὰ ἔπρεπε νὰ προστεθεῖ σ' ὅσα σχετικὰ μ' αὐτὴ σχολιάσθηκαν ὅτι ὁ πλοῦτος τῆς ὑπῆρξε ὁ κύριος παράγων γιὰ καθιέρωση πλειάδας εἰδικοτήτων καὶ ὑποειδικοτήτων στὴν Ἱατρικὴ.

Ὡς πρὸς τοὺς στόχους τῆς σύγχρονης διαγνωστικῆς, πέραν τῆς κατ' ἐπανάληψη ἐπισημανθείσης μοριακοβιολογικῆς διεισδυτικότητάς της, δύο σημεῖα πρέπει νὰ τονισθοῦν μὲ ἔμφαση. Πρῶτον, ἡ εὐρυνση τοῦ φάσματος τῆς ὑπὸ πνεῦμα ὑλιστικὸ ἐκτὸς τοῦ σωματικοῦ καὶ πρὸς τὸ ψυχικὸ καὶ τὸ κοινωνικὸ στοιχεῖο τῆς ὑγείας. Καὶ δεύτερον, τὸ συστηματικὸ ἐνδιαφέρον τῆς γιὰ τὴν πρόληψη, μ' ἕνα σκέλος τοὺς γενετικούς παράγοντες καὶ ἄλλο τοὺς περιβαλλοντικούς.

Ἀντίθετα, μὲ τὶς παραμέτρους τῆς διάγνωσης, πὼς ἀφοροῦν τὴν ὕλη της, τὶς μεθόδους της καὶ τοὺς στόχους της, πιστεύω, ὅτι δὲν σημειώθηκε κατὰ βάθος μεταβολή, τὰ τελευταῖα χρόνια διὰ τῶν καταλυτικῶν ἐξελίξεων τῆς ἱατρικῆς, στὴν νοσητικὴ διάθροση τῆς διαγνωστικῆς ἐπεξεργασίας. Μπορεῖ σήμερα τὰ προσφερόμενα στοιχεῖα στὰ ὁποῖα στηρίζεται ἡ διάγνωση, νὰ εἶναι ἀπείρως περισσότερα ἀπ' ὅ,τι ἄλλοτε. Καὶ οἱ ἀπαραίτητοι γιὰ διαγνωστικὴ κατάληψη πόλοι ἀσυγκρίτως πῶς πολλοί, λόγω ἀναγνώρισης σωρείας νοσολογικῶν ὄντοτήτων. Καὶ μπορεῖ νὰ ὑποστηρίζεται ὅτι παλαιότερα δούλευε κατ' ἐξοχὴν ἡ φαντασία τοῦ γιατροῦ, ἐνῶ τώρα ἡ γνώση του. Μὰ ὄχι. Καὶ παλιὰ καὶ τώρα ὁ γιατρός ἐκτελοῦσε ἐπαγωγικούς καὶ παραγωγικούς συλλογισμούς, ἀπλούστερους λόγω μικρῆς γνώσης παλαιά, συνθετότερους γιὰ τοὺς λόγους πὼς ὑπομνήσαμε τώρα. Καὶ σήμερα δὲν λείπουν διαγνωστικὲς ἐπιτυχίες, πὼς πραγματοποιοῦνται ἀστραπιαῖα, ὡς ἀπὸ ἐμπνεύσεως, ἀπὸ διαισθήσεως ἐλαυνόμενες. Μὰ καὶ ἐκεῖ δὲν λείπει τὸ γνωσιολογικὸ στοιχεῖο πὼς ἐπέχει θέση σημείου ἀναφορᾶς. Καὶ ἐπιτελοῦνται, ἀσυνείδητα, τάχιστα, λογικοκρατούμενες νοσητικὲς ἐπεξεργασίες ἀπὸ τὸν ὑψηλότατης ταχύτητας ἠλεκτρονικοῦ ὑπολογιστῆ, τὸν ἐγκέφαλο τοῦ γιατροῦ. Ὁ σκελετὸς τῆς διαγνωστικῆς παραμένει πάντοτε ὁ ἴδιος, κλινικός, ὅπως τὸν καθιέρωσε ὁ Ἱπποκράτης.

Με τὴν παραπάνω ἄποψη πιστεύω ὅτι ἡ διάγνωση διδάσκεται, μὲ ἐκπαίδευση σκληρή, συστηματική, διηλεκτή. Καὶ μ' ἀφοσίωση ὑπὸ ἐνδελέχεια στὸ σύνολο τοῦ ἀρρώστου. Καὶ ἐπειδὴ ἡ ὕλη της περιέχει σωματικά, ψυχικά καὶ κοινωνικά στοιχεία, μόνο μία ἀντίστοιχη ὀλιστική ἐκπαιδευτική ἀγωγή τοῦ γιατροῦ βοηθαί τὸν κατὰ τὸ δυνατόν παραμερισμὸ τῶν συμπτῶν μ' αὐτὴν πιθανοτήτων καὶ ἀβεβαιότητων, ὥστε νὰ καθίσταται κατὰ τὸ ἐφικτὸ ἀληθινή.

Με τὴν τελευταία διαπίστωσή μου ἔρχεται στὸ νοῦ μου ἕνα ἀπόφθεγμα τοῦ Ἱπποκράτη πὸν ἄκουσα σὲ μία θανμάσια ὁμιλία τοῦ Καθηγητοῦ κ. Γ. Δαῖκου:

«Εἰσὶ τινες τῶν τεχνέων, αἱ τοῖσι μὲν κεντημέ-
νουσιν εἰσὶν ἐπίπονοι, τοῖσι δὲ χρεομένοισιν
ὄνησταί, καὶ τοῖσι μὲν ἰδιώτησι ξυνὸν ἀγαθόν,
τοῖσι δὲ μεταχειριζομένοισι σφᾶς λυπηραί.
Τῶν δὲ τοιουτέων ἐστὶ τεχνέων καὶ ἦν οἱ
Ἕλληρες καλέουσι Ἱατρικὴν».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μερίκας Γ., Ἰδὲ Μουντουλάκης, Θ. Διαφορική διαγνωστική 2α Ἔκδοση.
2. Mahler H., *Blueprint for health for all WHO. Chron. 1977, 31, 491-498.*
3. Straus M. B., *Familiar Medical Quotations Boston, Little, Brown and Co.*
4. Μερίκας Γ., Πρακτ. Ἀκαδ. Ἀθηνῶν 1984, 59, 425, 475.
5. Bumke O., *Gedanken über die Seele, 1942.*
6. Morf G., *Elements de Psychologie, 1945.*
7. Bergson H., *Le pansée et la mouvement 1925.*
8. Emerson R. W., *The Amer. Scholar. Some of the complete essays and other writings. N. York. The Modern Library, Random House. Inc. 1940.*
9. Editorial Max Wartofsky and R. M. Zaner T. J. of *Medic and Philos. 1980, 5, 1-7.*
10. Guilford P. J., *Am Psychologist, 1959, 14, 469-479.*
11. Παρασκευοπούλου Ν. Ι., *Χυχολογία ἀτομικῶν διαφορῶν. Ἀθήνα, 1982.*
12. Sheps S. B., *JAMA 1984, 252, 2418-2427.*
13. Balla J. L. and oth., *Lancet 1985 1, 326-329.*
14. Lacey, R. W. *Lancet 1984, II, 1022-1028.*
15. Mechanic D., *Mental health and social policy N. York. Prentie-Hall, 1969.*
16. Bunke O., *Gedanken über die Seele, 1942.*
17. Bergson H., *Indroduction à la metaphysique. Essais de l'année 1903. In: «Le pansée et la montant», 1935.*

18. *Morf G., Elements de Psychologie, 1945.*
19. *Engel L. G., Science 1977, 196, 4286, p. 129-136.*
20. *Weiss R., The biologic system of adaptortion, 1949. Ed by Romano, D. N. Y. Cornelle Univ. Pres.*
- 20a. *Von Bertalfantly L., General system theory, N. York Braziller, 1948.*
21. *Harvey M. A. and J. Bordley, Differential Diagnosis 1970.*
22. *Σπάργος Α., Διαγνωστική μεθοδολογία. Ίατρ. Συνέδρ. τῆς ΙΑΑ, σελ. 15-23.*
23. *Fessel W. J., The nature of illness and diagnosis Am J. Med. 1983, 75, 555-560.*
24. *Nabel J. G., Am. J. Med. 1985, 78, 545-548.*
25. *Flexyer A., Medical education in the U.S. and Canada. A report to the Cornegle Foundation for the advancement of teaching Bull. No 4., Boston Updike 1910.*
26. *Coulehann L. J., JAMA 1984, 252, 221.*
27. *Kroenke K., Edit. Polypharmacy. Causes, consequences and Kure.*
28. *Am. J. Med. 1985, 79, 149.*
29. *Higgs Roser, B. M. J. 1984, 288, 1556-1557.*
30. *Peabody W. T., JAMA 1984, 252, 813-818.*
31. *Rabin, L. P. and D. Rabin, JAMA 1984, 252, 819-820.*
32. *Ἀλιβιζᾶτος Τζών, Ἐπικοινωνία ἱατροῦ καὶ ἀρρώστου, Ίατρικὴ 1980, σελ. 273-276.*
- 32a. *Γαρδίκας Κ., The doctor-parient velationship. 16ο Συνέδρ. Ψυχосоμ. ἐρεῦνης. Ἀθήνα, 1986.*
33. *Λοῦρος Ν., Ίατρικὴ 1980.*
34. *MC Cue, Am. J. Med 1985, 78, 985-989.*
35. *Koelling M. H., Practitioner 1980, 224, 551-554.*
36. *JAMA 1984, 252, 1418.*
37. *Lefkowitz J. R. N., Engl. J. Med. 1984, 310, 1570-1579.*
38. *Palmer E. S., Cocksfrött W. P., JAMA 1984, 252, 2753-2754.*
39. *Knapp M. S., B. M. J. 1984, 285, 1328-1330.*
40. *Fuller A. B., New York, Simmon and Sachuster. Inc. 1969.*
41. *Gibson R. and oth., (1984) National health expenditures Health care finance administration view 7 (1).*
43. *Illich J., Medical nemesis. The expropriation of the Health care. London, 1975*
44. *Sheps S. B., JAMA 1984, 252, 2418-2427.*
45. *Reuben N. Eng. J. Med.*
- 45b. *Fox. Lancet 1965, II, 801-805.*
46. *Chatterjee K., JAMA 1984, 252, 1170-1176.*
47. *Watson J., and F. Grick.*
48. *Lancet 1984, II, 853-056.*
49. *Steel C. M., Lancet 1984, II, 966-969.*
50. *N. Engl. J. Med. 1985, 312, 508.*
51. *Weatevall J. D., Lancet 1984, II, 1440-1444.*
52. *Lancet 1986, I, 1071-1972.*

53. *Simmons Kathryn, JAMA 1985, 258, 16-18.*
54. *Reeders T. S. and oth., Lancet 1986, II, 6-8.*
55. *Lancet 1986, I, 1071-1072.*
56. *Kovacs J. A. and oth., Lancet 1986, II, 1-3.*
57. *Engleberg C. N. and B. I. Eisenstein., N. Engl. J. Med. 1984, 311, 192-201.*
58. *Fowkes R. G. F., Lancet 1986, I, 493-494.*
59. *Brewerton D. A., Lancet 1984, II, 799-802.*
60. *Rabbitts T. H., Lancet 1984, II, 1086-1088.*
61. *Shoenfeld, V. R. Schwartz, N. Engl. J. Med. 1984, 311, 1019-1030.*
62. *Cooke A. P., Lydyard Lancet 1984, II, 730-731.*
63. *Klemberer P. and oth., JAMA 1984, 421, 1593-1594.*
64. *Ehrlich E. G., JAMA 1984, 521, 1595-1596.*
65. *Palmer E. S., Cocksrott W. P., JAMA 1984, 252, 2753-2753.*
66. *A rational approach to radiognostic investigations. Report of a WHO scientific Groop on the indications for and limitations of major X-Ray diagnostic investigations, technical report series 689 - Geneva World health Organization 1983.*
67. *Ziporyn T., Med. News JAMA 1985, 253, 943-957.*
68. *Swales J., What has happened to academic medicine 1986, I, 1194-1195.*
69. *Τριχόπουλος Δ., 'Επιδημιολογία 1981, σελ. 265-267.*
70. *Weed L. L., Medical records, that guide and teach. N. Engl. J. Med. 1968, 278, 652.*
71. *Kasse E. and oth., Ann. Int. Med. 1950, 30, 1081-1098.*
72. *Faber K., Historical outline of medical theory. 1927. Hoeber. N. York.*
73. *Linnaeus, Philosophica Botanica. Sect. 777.*
74. *Roberts C. J., Kent Pituan 1977.*
75. *Τριχόπουλος Δ., 'Επιδημιολογία 1981, σελ.*
76. *Harvey M. A., J. Bordley Differential Diagnosis, 1970.*
77. *Faber K., Historical outline of medical therapy. In: Lectures on internal Medicine, 1927.*
78. *Weinstein C. M. and H. V., Feneberg Clinical Decision Analysis, 1980.*
79. *Wulff R. H., Rational diagnosis and treatment 2o Ed, 1981.*
80. *Elstein A. S. and oth., Medical problem. An analysis of clinical reasoning Cambridge Press Harvard Unio, Press, 1970.*
81. *Ledley R. S., Lusted L. B., Science 1959, 130, 9-21.*
82. *Le Boroglie Louis. Sens philosophique et portée pratique de la cybernetique. Revue Francaise 7 (1957).*
83. *Corffgnal I., Les notions de base Gauthier. Villars, Paris (1958).*
84. *Corffgnal I., Les notions de base Gauthier. Villars, Paris (1958).*
85. *Wulff R. H., Rational diagnosis and treatment 2o Ed, 1981.*
86. *Card W. I., Towards a calculus of medicine Medical Annual 1967, 9, 1-21.*

87. *Lusted L. B., Introduction to medical decision making. Springfield, Illinois, C. C. Thomas 1968.*
 88. *Miller R. A. and oth., N. Engl. J. Med. 1982, 307, 468-476.*
 89. *Fox J., Alvery B. M. J. 1983, 287, 742-746.*
 90. *Levinson D., JAMA 1982, 249, 607-609.*
 91. *Weinstein C. M. and H. V. Feneberg, Clinical Decision Analysis, 1980*
 92. *Wulff R. H., Rational diagnosis and treatment 2o Ed, 1981.*
 93. *Spiegelhalter J. D., B. M. J. 1984, 298, 567-568.*
 94. *B. M. J. 1984, 289, August-December (6442, 6446, 6447, 6448, 6450, 6451, 6455, 645*
 95. *Dedombal F. T., Computers and the surgeon. A matter of decision. In Nyhus, L. M., ed, Surgery annual. N. York Appleton Century Gracts 1979, 33-57.*
 96. *Pantin, G. F. A., G. T. Merret, B. M. J. 1982, 285, 483-487.*
 97. *Lyon's, J. P., M. B. Bitzadi. J. Study Alcohol 1980, 41, 448-455.*
 98. *Levinson D., JAMA 1982, 249, 607-609.*
 99. *Miller R. A. and oth., N. Engl. J. Med. 1982, 307, 468-476.*
-