



## Ἀπὸ ὅσα διαβάζω

«Ἡ αὐθεντία τοῦ Γαλῆνου ἦταν τόσο μεγάλη καὶ κράτησε τόσο πολύ, ὥστε τὸ 1959 ἀκόμη ὁ Dr. Heynes ἐκλήθη νὰ δικασθῆ στὸ Κολλέγιο τῶν Ἰατρῶν τοῦ Λονδίνου ἐπειδὴ τόλμησε νὰ ἐκφράσῃ ἀμφιβολίες ὡς πρὸς τὸ ἀλάθητο τοῦ Περγματικοῦ ἱατροῦ. Ξανάγινε δεκτὸς στὸ Κολλέγιο μόνο ἀφοῦ ἐπάφη πιά νὰ συγγράφῃ» (Marti-Ibanez).

\*

— Μιά νέα ὁρμόνη, πού δὲν ἔχει διασαφηνισθῆ χημικῶς, ἴσως εἶναι ὁ παράγων πού ὀρίζει τὴν ἑναρξί καὶ τὴν διάρκειά τοῦ τοκετοῦ. Γνωστὴ σὰν «ἰνσουλίνη οὐσία», μοιάζει μὲ τὴ γνωστὴ καὶ ὠκυτόκου ὁρμόνη (δξυτοκίνη) καὶ σπουδάζεται ἐντακτικὰ στὸ Τμήμα Φυσιολογίας τοῦ Πανεπιστημίου Queensland, στὴ Brisbane τῆς Αὐστραλίας. Ἡ ὡς ἄνω οὐσία ἀνεκαλύφθη κατὰ προσδιορισμούς τοῦ ἐπιπέδου τῆς δξυτοκίνης σὲ νέες γυναῖκες. Τὸ ποσὸν κάθε μιᾶς ἀπὸ τὶς δυὸ αὐτὲς οὐσίες βρέθηκε ν' αὐξάνεται ἀπὸ τὴν ἑναρξί τῆς ἐγκυμοσύνης μέχρι τῶν μέσων τῆς, καὶ ἀπὸ κεῖ καὶ πέρα μένει σταθερὸ ὡς τὸ τέρμα. Ἐν τούτοις, οἱ Αὐστραλοὶ ἐρευνηταὶ βροῦσαν ὅτι κατὰ τὴν ἑναρξί τοῦ τοκετοῦ δὲν παρετρεῖτο αὐξήσις τοῦ ἐπιπέδου δξυτοκίνης—πὺρ πρὶν ἐθεωρεῖτο ὅτι ὀρίζει τὴν ὅλη πορεία τοῦ τοκετοῦ—ἐνῶ τὸ ἐπίπεδο τῆς ὠκυτόκου οὐσίας ὑψώνετο. Σὲ μερικὰς περιπτώσεις, ὅπου ὁ τοκετὸς διαρκοῦσε περισσότερο ἀπ' τὸ κανονικὸ, τὸ ποσὸν τῆς ὠκυτόκου οὐσίας ἦταν κάτω ἀπ' τὸ κανονικὸ ἐπίπεδο, ἐνῶ τὸ ποσὸν τῆς ὠκυτοκίνης ἦταν φυσιολογικὸ. Τὰ εὐρήματα αὐτὰ ὠδήγησαν τοὺς ἐρευνητὰς νὰ υποθέσουν ὅτι ἡ ὠκυτόκου οὐσία παίζει σημαντικὸ μέρος στοὺς μηχανισμούς πού ἐλέγχουν τὴν ἑναρξί καὶ τὴν διάρκειά τοῦ τοκετοῦ. Ἄν, ὅπως ἐλπίζουν, μποροῦσαν νὰ τὴν ἀπομονώσουν καὶ τὴν συνθέσουν, θὰ γίνη δυνατόν νὰ ἐλεγχεται ἡ διάρκειά τοῦ τοκετοῦ τεχνητὰ (*New Scientist*, N° 399, Ἰούλιος 1964).

\*

— Στὰς Ἀθήνας πρόκειται νὰ ἰδρυθῆ Ὁφθαλμολογικὸ Κέντρο μὲ Τράπεζαν Ὁφθαλμῶν καὶ ἀπόλυτα συγχρονισμένες ἐγκαταστάσεις. Στὸ Κέντρο αὐτὸ θὰ ἐνσωματωθοῦν οἱ Ὁφθαλμολογικὲς Κλινικὲς ὅλων τῶν Κρατικῶν Νοσοκομείων τῆς περιοχῆς Πρωτεύουσας, καθὼς καὶ ἡ Ὁφθαλμολογικὴ Κλινικὴ τοῦ Πανεπιστημίου. Ἐπίσης, σ' αὐτὸ θὰ ὑπάρχῃ Σχολὴ Ἀδελφῶν καὶ ἐργαστήρια ἐρευδῶν. Ἀνεγρᾶφῃ ἤδη πίστως 60-80 ἑκατομμυρίων δραχμῶν στὸν ἐφετεινὸ προϋπολογισμὸ δημοσίων ἐπενδύσεων.

— Δὲν πειράζει νὰ ξαναγυρίζουμε συχνὰ σὲ φλέγοντα γυναικολογικὰ θέματα, ἰδίως προλήψεως σοβαρῶν καταστάσεων, ὅπως π.χ. ὁ καρκίνος τοῦ μαστοῦ. Καὶ λέμε, μὲ τὸ στόμα τοῦ Dr. Ralph L. Hoffmann, τοῦ San Diego, California, ὅτι, κατὰ τὸ παρόν, ἐφ' ὅσον ἀπόλυτη ἴασις τοῦ καρκίνου τοῦ μαστοῦ δὲν εἶναι δυνατὴ, ὁ γυναικολόγος χρειάζεται μιὰ φιλοσοφία ἐλπίδος καὶ ὄχι ἡττοπάθειας, ὅπως ἐπίσης καὶ ἓνα σχέδιο δράσεως σαφές. Αὐτὸ θᾶπρεπε νὰ περιλαμβάνη ἐξέτασι τῶν μαστῶν κάθε γυναίκας τοῦλάχιστον μιὰ φορὰ τὸ ἔτος ἢ τὸ ἐξάμηνο ἢ ὅποτεδῆποτε εἶναι δυνατόν, καὶ ἀμέσως ἂν ἡ πάσχουσα ἀνεκάλυψε κανένα ὄγκιδιο. Ὁ γιατρός θὰ πρέπει νὰ εἶναι ἐνήμερος τῆς παθολογίας τοῦ μαστοῦ καὶ τῆς ἐξεταστικῆς τεχνικῆς, ὥστε οἱ ἐξετάσεις του νὰ εἶναι πιὸ ἀσφαλεῖς. Θὰ πρέπει νὰ μαθαίνη στὴ γυναίκα νὰ ἐξετάζῃ τοὺς μαστοὺς τῆς καὶ νὰ ζητᾶ συμβουλές, χωρὶς πανικό, στὴν περίπτωση πού θὰ ἀντιληφθῆ κάποια μᾶζα στοὺς μαστοὺς τῆς. Θὰ πρέπει ἀκόμα νὰ συνεργάζεται μὲ τοὺς χειρουργοὺς καὶ νὰ ἐπιμένη στὴν ἐκτέλεσι βιοψίας χωρὶς ἀναβολὴ καὶ στὴν παραμικρὴ ὑπόψια τοπικῆς ἀλλοιώσεως, ἐπειδὴ μόνο μ' αὐτὸ τὸ μέσο μπορεῖ ν' ἀποδειχθῆ ὁ καρκίνος τοῦ μαστοῦ. Μὲ τὸ νὰ ὑποβάλλη τὸν ἐαυτὸν σὲ μιὰ αὐστηρὴ πειθαρχία, ὁ γυναικολόγος μπορεῖ νὰ ἀνταποκριθῆ στὴν εὐθύνη του πρὸς τὶς γυναῖκες σχετικὰ μὲ τὸν μαστὸ καὶ νὰ παράσχῃ κάποια συμβολὴ στὴν αὐξήσι τῆς ἐπιβιώσεως μὲχρι τὴν ἡμέρα πού θὰ βρεθῆ κάποιο εἰδικὸ, προληπτικὸ ἢ θεραπευτικὸ, μέσο (*A.J.O.G.*, vol. 89, N° 3, 1964).

\*

— «Ὁργάνωσις πρέπει νὰ ὑπάρχῃ σ' ὅλες τὶς καταστάσεις καὶ σ' ὅλες τὶς ἐπιστῆμες. Ἀλλὰ ἡ ὀργάνωσις δὲν ὑποκαθιστᾶ τὸ πνεῦμα. Καμμιά γραφειοκρατία, ὅσοδῆποτε ἐκτεταμένη καὶ ἂν ἦταν, δὲν θὰ μποροῦσε νὰ εἶχε ἀνακαλύψει τὴν Πενικιλίνη» (Ogilvie).

\*

— Στὴν ἀγγλικὴ ἐπιθεώρησι Ὁ Οἰκογενειακὸς Ἰατρός, ἡ Καθηγήτρια Ἄννα Μάλινς ἀναφέρει ὅτι στὴν Ἀγγλία πεθαίνουν 400-600 γυναῖκες κάθε χρόνο, ἀπὸ συνέπειες ἀμβλώσεως! Οἱ περισσότερες ἀπὸ αὐτὲς τὶς γυναῖκες εἶναι παντρεμένες καὶ μὲ παιδιὰ.

Ἐξ ἄλλου, στὴ Βρετανικὴ Ἰατρικὴ Ἐπιθεώρησι ἀναφέρει ὅτι κάθε μῆνα αὐτοκτονεῖ στὴ Μεγάλῃ Βρετανία κατὰ μέσον ὅρον ἓνας γιατρός. Τὸ ποσοστὸ αὐτὸ εἶναι 2.1/4 φορὲς ἀνώτερο ἀπὸ τὸ ποσοστὸ αὐτοκτονιῶν τῶν Βρετανῶν ἀνδρῶν



ἄλων τῶν ἐπαγγελμάτων. Μεγαλύτερη εἶναι ἡ συχνότης αὐτοκτονιῶν τῶν νέων γιατρῶν, καὶ τὸ κυριώτερο μέσο αὐτοκτονίας εἶναι τὰ διάφορα δηλητήρια (*Ἐστιά*, 26 Μαρτίου 1964).

\*

— Συζήτησις ἄρχισε γιὰ τὸ κατὰ πόσον ἡ ἀντικαρκινικὴ ἀκτινοβολία ὠφελεῖ ἢ βλάπτει γενικώτερα, μὲ τὸ νὰ ἐπιρρεάζῃ δυσμενῶς τὴν αὐτόματη ἀνοσοβιολογικὴ ἀντίδρασι τοῦ ὄργανισμοῦ, πού, ὅπως ἐγίνε γνωστὸ, ὑπάρχει καὶ στὴν καρκινικὴ νόσησι. Ἐμάθαμε ἀπὸ τὶς ἐρευνες τοῦ Macfarlane Burnett ὅτι ἡ ἀκτινοβόλησις ὀλοκληροῦ τοῦ ὄργανισμοῦ μπορεῖ νὰ δεσμεύσῃ ἐντελῶς τὴν ἀνοσοβιολογικὴ ἀντίδρασι, ὥστε νὰ ἐπιτρέψῃ τὴν ἑτερομεταμόσχευσι. Μὲ τὴν ἐπέκτασι παράλληλων ἀντιλήψεων καὶ στὸν καρκίνο, ὁ A. W. Thomas διερωτᾶται, στὸ τεῦχος 382 τοῦ *New Scientist* (12.3.64), ἂν δὲν φτάσουμε σύντομα νὰ θεωρήσουμε τὴν ἀκτινοθεραπεία σὰν ξεπερασμένη καὶ ἐσφαλμένη μέθοδο, ὅπως καὶ τόσες ἄλλες τοῦ παρελθόντος.

\*

— Ὁ Russel R. de Alvarez, μιλῶντας γιὰ τὴν ἀντισύλληψι καὶ στειρώσι, ἀναφέρει τὶς ἀκόλουθες ἐνδείξεις γιὰ τὸν περιορισμὸ τῶν γεννήσεων: 1) εὐγονικές, 2) κοινωνικοοικονομικές, 3) οἰκολογικές, 4) ἱατρικές, 5) νομικές. Καὶ ἀπαριθμεῖ ὡς ἀκόλουθως τὰς μεθόδους τοῦ περιορισμοῦ τῆς γεννητικότητος: Α) Μὴ χειρουργικές: 1) ἀποχή, 2) διακεκομμένη συνουσία, 3) μέθοδοι δι' ἀποκλεισμοῦ, 4) λήψις φαρμάκων ἐσωτερικῆς, 5) εὐνοουχισμὸς ἀκτινικός, 6) ἀνοσοβιολογικές ἐπιδράσεις, 7) ἐνδοκολπικὴ ἐφαρμογὴ φαρμάκων, 8) ἡ ἐκμετάλλευσις τῆς «ἀσφαλοῦς περιόδου». Κανένα ἀπὸ τὰ μέσα αὐτὰ δὲν δεῖχτηκε ἰκανὸ νὰ λύσῃ πλήρως τὸ πρόβλημα. Β) Χειρουργικές: Μικρότερες: στειρώσις τοῦ ἀνδρός, μὲ διατομὴ τοῦ ἐκφορητικοῦ πόρου τοῦ ὄρχεως, καὶ τῆς γυναικὸς μὲ ἀπολίνωσι ἢ διατομὴ ἢ ἐκτομὴ τῶν σαλπίνγων. Μεγαλύτερες: Ὑστερεκτομία ἢ ὠοθηκεκτομία. Ἀναφέρει ἐπίσης τὴν ἀναζωπύρωσι τοῦ ἐνδιαφέροντος γιὰ τοὺς ἐνδομητρίους πεσσοῦς, ὅπως τοῦ Graefenberg, πού παρέχουν μεγάλη ἀσφάλεια (*Am. Jr. Obst. and Gyn.*, 89, 3, 1964).

\*

— «Εἶναι ἀδύνατο νὰ θεραπεύσωμε ὅλους τοὺς ἀρρώστους. Αὐτὸ θὰ ἦταν ἓνα κατόρθωμα πού ὑπερβαίνει σὲ δυσκολίας ἀκόμη καὶ τὴν πρόρρησι μελλοντικῶν ἐξελίξεων. Ἀλλὰ, βλέποντας ὅτι ὠρισμένοι ἀρρωστοὶ πεθαίνουν πρὶν ὁ γιατρός μωρέσῃ νὰ ἀσκήσῃ ὅλη του τὴν ἀρμοδιότητα στὴν περίπτωσι των—μερικὸί, ἀπὸ τὴν ἔντασι τῆς ἀρρώστιας πεθαίνουν πρὶν καλέσωμε τὸν γιατρό· ἄλλοι, μόλις ὁ γιατρός φτάσῃ· ἄλλοι ζοῦνε μιά μέρα,

καὶ ἄλλοι κάπως περισσότερο—, χρειαζόμεθα καλύτερη κατανόησι καὶ βαθύτερη γνώσι αὐτῶν τῶν ἀσθενειῶν. Πρέπει νὰ ξέρομε σὲ ποιὰν ἔκτασι ὑπερβαίνουν τὴν ἀνοχή τοῦ σώματος καὶ πρέπει νὰ ἔχουμε ἐξοικειωθῆ μὲ τὴν μελλοντικὴ τὴν διαδρομὴ. Κατ' αὐτὸ τὸν τρόπο μποροῦμε νὰ γίνουμε καλοὶ γιατροὶ καὶ ν' ἀποκτήσωμε δικαίως μεγάλη φήμη. Στὴν περίπτωσι ἀρρώστων πού πρόκειται νὰ ἐπιζήσουν, θὰ εἴμεθα ἰκανοὶ νὰ τοὺς ἐπιτηροῦμε γιὰ ἐπιπλοκές, ἔχοντας ἔτσι περισσότερο χρόνον τὴ λήψι προφυλακτικῶν μέτρων. Μὲ τὸ νὰ ἀντιλαμβανόμεθα καὶ νὰ ἀναγγέλλωμε ἐκ τῶν προτέρων ποιοὶ ἀρρωστοὶ βρῖσκονται σὲ κίνδυνον, ἀπαλλασσόμεθα καὶ ἀπὸ κάθε μομφῆ» (Ἰπποκράτης).

\*

— «Γιὰ τὴν Ἐπιστήμη, τὸ ἄγνωστο εἶναι ἓνα πρόβλημα γεμᾶτο ἐνδιαφέροντα καὶ ὑποσχέσεις. Ἡ Ἐπιστημὴ πράγματι ἀντιλεῖ τὴν ὑπαρξί τῆς ἀπὸ τὸ ἄγνωστο. Ὅλα προῆλθαν ἀπ' αὐτὸ τὸ ἀνεξάντλητο βασίλειον» (I. I. Rabi).

\*

— «Ἐν μὲν οὖν μέρος τῆς ζωῆς αἱ περὶ τὴν τεκνοποιαν εἰσι πράξεις τοῖς ζώοις, ἐν δ' ἑτερον αἱ περὶ τὴν τροφήν. Περὶ γὰρ δύο τούτων αἱ τε σπουδαὶ τυγχάνουσι οὐσαι πᾶσαι καὶ ὁ βίος». Αὐτὸ τὸ ἀπόφθεγμα τοῦ Ἀριστοτέλη (ἀπὸ τὸ βιβλίον τοῦ *Ζῶων Ἱστορία*) ἡγεῖ σὰν ἀπόφρασι ἀνωτάτου Δικαστηρίου, ἀνεφελήθητος καὶ ὑποχρεωτικὰ ἐκτελεστή. Ὁ Schiller καὶ ὁ Darwin τὸ εἶπαν κάπως μαλακώτερα: «Ἡ πείνα καὶ ὁ ἔρωτας κυβερνεῖν τὸν κόσμον».

\*

— Ἡ παρακολούθησις καὶ ὁ ἔλεγχος τῆς πορείας τῆς ἐγκυμοσύνης παρέχουν τὰς δυνατότητας νὰ διαγνώσωμεν ἓνα λαθάνοντα διαβήτην ἢ νὰ υποπτευθῶμεν μίαν προδιαβητικὴν κατάστασι. Ὁβίως, ἡ πιθανότης ν' ἀποβῇ διαβητικὴ μία μὴ διαβητικὴ μὲ νεκρὸν ἔμβρυον ὑπερβαίνει τὸ 90%, ὅταν τὸ πάγκρεας τοῦ ἐμβρύου παρουσιάσῃ κατὰ τὴν νεκροτομὴν ἐκσεσημασμένην καὶ μὴ ὀφειλομένην εἰς ἐρυθροβλάστωσιν ὑπερπλασίαν τῶν κυττάρων τῶν νησιδίων. Τὰ περιστατικά καὶ τὰ εὐρήματα ἐπὶ ἐνδομητρίου θανάτου τοῦ ἐμβρύου ἢ ὑδραμνίου, ὅπως καὶ ἡ οἰδηματικὴ διάθεσις καὶ τὸ ὑπερβολικὸν βάρος τοῦ νεογνοῦ, ἐγείρουν πάντοτε τὴν ὑπόνοιαν μιᾶς διαβητικῆς ἐμβρυοπαθείας (*Deutsche Medizin. Woch.*, 3/4/1964).

Παναγιώτου