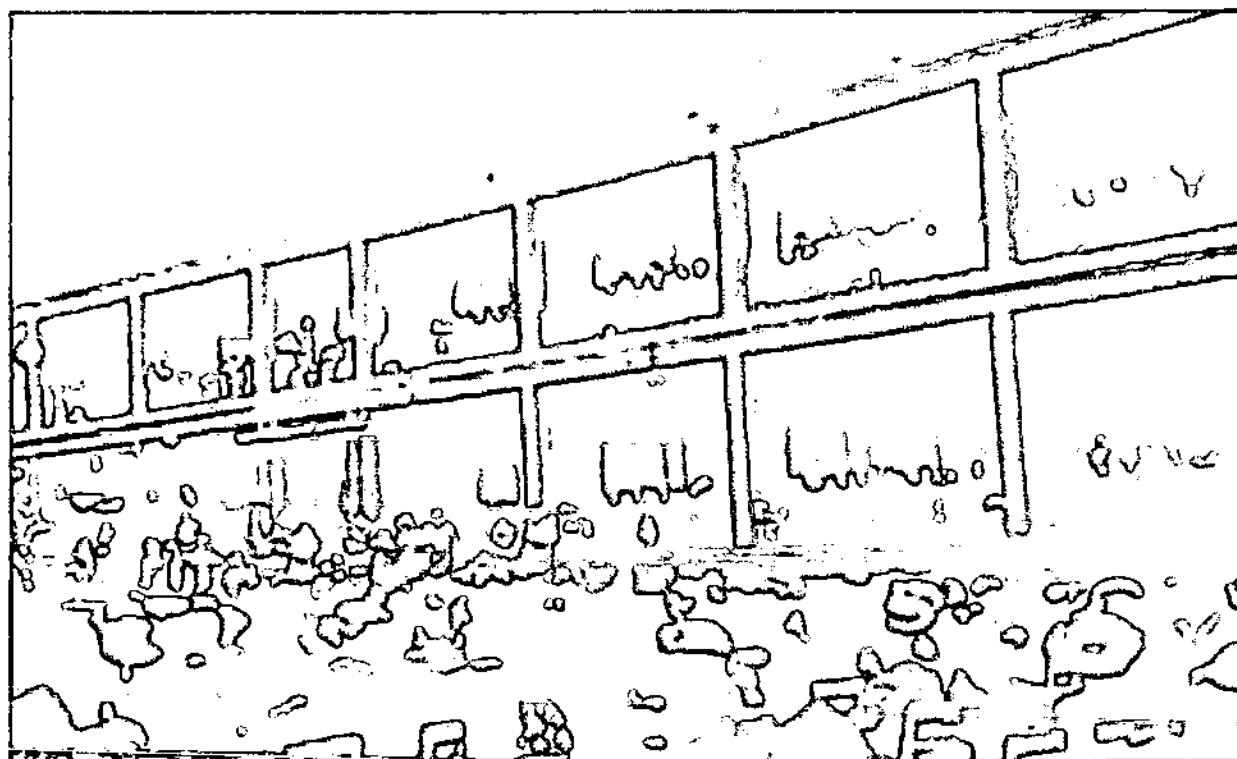


ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Πτυχιακή Εργασία

ΘΕΜΑ: «*Ιστορική Αναδρομή Φυματίωσης στον Ελλαδικό χώρο –
Νοσηλευτική Παρέμβαση*»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΒΕΛΗΖΙΩΤΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ
ΤΣΟΥΡΒΑΛΟΥΔΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ
Ν.ΧΑΡΟΚΟΠΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2005



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ.4
A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.5
1. ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ.....	σελ.6
2. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ.....	σελ.7
B. ΜΕΡΟΣ 1	σελ.17
1.1 ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ.....	σελ.18
1.1.1. Φυματίωση στους Ινδούς.....	σελ.18
1.1.2. Φυματίωση στους Ιουδαίους.....	σελ.18
1.1.3. Φυματίωση στους Αιγυπτίους.....	σελ.18
1.1.4. Φυματίωση στους Πέρσες.....	σελ.19
1.1.5. Φυματίωση στους Αρχαίους λαούς της Άπω ανατολής.....	σελ.19
1.2 ΕΛΛΑΔΑ – ΚΛΑΣΣΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ.....	σελ.20
1.3 ΕΛΛΑΔΑ – ΜΕΣΑΙΩΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ.....	σελ.27
Γ. ΜΕΡΟΣ 2	σελ.30
2.1 ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΚΑΙ ΣΑΝΑΤΟΡΙΑ ΣΤΟΝ 20 ⁰ ΑΙΩΝΑ.....	σελ.31
2.2 ΑΘΗΝΑ- «ΣΩΤΗΡΙΑ».....	σελ.32
2.2.1. Η Μαρία Πολυδούρη και οι λογοτέχνες της «Σωτηρίας».....	σελ.37
2.2.2. Ιωάννης Βαλτής.....	σελ.38
2.2.3. Δημήτριος Χαροκόπος.....	σελ.39
2.2.4. Μάνθος Μεταλλινός.....	σελ.40
2.3 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.....	σελ.41
2.4 ΠΗΛΙΟ.....	σελ.46
2.5 ΤΟ ΣΑΝΑΤΟΡΙΟ ΤΗΣ ΜΑΝΑΣ.....	σελ.49
2.6 ΤΟ ΣΑΝΑΤΟΡΙΟ ΤΗΣ ΤΡΙΠΟΛΗΣ.....	σελ.51
2.7. ΤΟ ΣΑΝΑΤΟΡΙΟ ΒΥΤΙΝΑΣ- ΘΑΣΟΥ- ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΟΥ.....	σελ.52
Δ. ΜΕΡΟΣ 3	σελ.54

3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΦΥΜΑΤΙΚΩΝ.....σελ.55	σελ.55
3.1.1. Τα χαρακτηριστικά ενός σανατορίου.....σελ.55	σελ.55
3.1.2. Θεραπευτικά μέσα.....σελ.55	σελ.55
3.1.3. Η σανατοριακή νοσηλεία πλεονεκτεί σε πολλά σημεία από την κατ’ οίκον νοσηλεία.....σελ.75	σελ.75
3.2 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΤΕ.....σελ.76	σελ.76
Ε. ΜΕΡΟΣ 4.....σελ.79	σελ.79
4.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ.....σελ.80	σελ.80
4.1.1. Ανίχνευση νέων περιπτώσεων.....σελ.80	σελ.80
4.1.2. Που στοχεύει η ανίχνευση.....σελ.81	σελ.81
4.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΝΕΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ...σελ.81	σελ.81
4.2.1. Ακτινογραφία Θώρακος.....σελ.81	σελ.81
4.2.2. Εξέταση Πτυέλων Για Koch.....σελ.82	σελ.82
4.2.3. Δερματοαντίδραση φυματίωσης.....σελ.82	σελ.82
4.3 ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ.....σελ.83	σελ.83
4.4 ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....σελ.83	σελ.83
4.4.1. Άτομα – Επαφή με πάσχοντα.....σελ.83	σελ.83
4.4.2. Μετανάστες – πρόσφυγες.....σελ.84	σελ.84
4.4.3. Φυλακισμένοι.....σελ.84	σελ.84
4.4.4. Εργαζόμενοι σε υπηρεσίες υγείας.....σελ.84	σελ.84
4.4.5. Άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου.....σελ.85	σελ.85
4.5 ΕΜΒΟΛΙΟ BCG.....σελ.85	σελ.85
4.5.1. Που στοχεύει ο εμβολιασμός.....σελ.85	σελ.85
4.5.2. Πως παρασκευάζεται το BCG.....σελ.86	σελ.86
4.5.3. Πως χορηγείται το BCG.....σελ.86	σελ.86
4.5.4. Ομάδες πληθυσμού που εμβολιάζονται με BCG.....σελ.88	σελ.88
4.5.5. Αντενδείξεις εμβολιασμού BCG.....σελ.88	σελ.88
4.5.6. Παρενέργειες – Επιπλοκές του BCG.....σελ.89	σελ.89
4.5.7. Βασικές προϋποθέσεις που καθιστούν αξιόπιστα τα αποτελέσματα.....σελ.90	σελ.90

4.6. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ.....σελ.90	
4.6.1. Βασικές γνώσεις για τη βραχυχρόνια χημειοθεραπεία της φυματίωσης.....σελ.91	
4.6.2. Χημειοθεραπευτικά σχήματα.....σελ.92	
4.6.3. Διάρκεια Θεραπείας.....σελ.93	
4.6.4. Παρενέργειες αντιφυματικών φαρμάκων.....σελ.93	
4.6.5. Φάση θεραπείας του ασθενούς.....σελ.95	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....σελ.96	
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....σελ.98	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σελ.100	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.105	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΚΡΥΑ ΚΑΙ ΥΠΟΥΛΗ...

«Ωστε λοιπόν ήμουν φθισικός! Είχα την αρρώστια εκείνη που φοβόμουν από παιδί, από τότε που είδα μέσα σ' ένα λευκό φέρετρο, με τη μεταξωτή της λευκή νυφική φορεσιά και την κατακίτρινη μορφή, μια νέα κόρη, που την έβλεπα μήνες απ' το μπαλκόνι μας, στο μπαλκόνι της, ξαπλωμένη σε μια μεγάλη πολυθρόνα και σκεπασμένη με κουβέρτες και για την οποία η μητέρα μου, όταν τη ρώτησα τι είχε, μου απάντησε πως ήταν χτικιασμένη! Είχα την αρρώστια από την οποία, σαν πέθαινα, θα μου έκαιαν τα ρούχα, όπως έκαψαν τα φορέματα της πεθαμένης κόρης, μακριά από το χωριό μας, μέσα σ' ένα χάλασμα, όπου, στην επιδημία της χολέρας, χρόνια τώρα, απομόνωσαν τους χολεριασμένους... Πώς την έτρεμα αυτή την αρρώστια, την κρύα και την ύπουλη, που λιώνει αργά-αργά τους αρρώστους, που κάθε μέρα τους πλησιάζει προς τον τάφο και προς την αποσύνθεση!...

Κ' ήμουν φθισικός!...

Η μητέρα μου με φίλησε στο πρόσωπο και τ' αδέρφια μου μού έδωσαν μόνο το χέρι. Η υπηρέτρια πήρε τις βαλίτσες μου και μπήκαμε στη σάλα. Σε λίγο ήρθαν δυο θείες μου. Παρατήρησα πως όλοι τους προσπαθούσαν να πάρουν εύθυμο ύφος μπροστά μου. Με ρωτούσαν πώς είχα περάσει στην ξενιτιά, εύρισκαν πώς είχα γίνει πια άντρας, πώς είχα παχύνει... Κ' έφτυναν οι αγαθές γυναίκες, για να με βασκάνουν... Ναι, περίμενα να πάρουν προφυλάξεις. Αν δεν έπαιρναν, θα τις ζητούσα μόνος μου. Όμως δεν είχαν βάλει καμιά λεπτότητα - πώς να το ειπώ; Καμιά συστολή στις προφυλάξεις αυτές. Χτυπούσαν πάρα πολύ δυνατά, πάρα πολύ κρύα στο μάτι. Ένα αίσθημα πικρίας και πόνου μου ανασήκωσε το στήθος. Στο σπίτι το πατρικό μου με μεταχειρίζονταν χειρότερα από ξένο...»

Από τις αναμνήσεις του Κώστα Ουράνη που εκδόθηκαν με τον γενικό τίτλο «Αναβίωση» (Αθήνα, εκδόσεις Εστία)

Α. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φυματίωση από αιώνες πριν υπήρξε ένα από τα μείζονα υγειονομικά προβλήματα με παγκόσμια διάσταση. Είναι ένα νόσημα για το οποίο υπήρξαν διαφορές και αντιφατικές απόψεις μεταξύ γιατρών, παρά τη συσσώρευση σημαντικών γνώσεων και εμπειριών. Είναι τόσο παλιά όσο και το ανθρώπινο γένος. Αρχικά ήταν μια σποραδική νόσος για τον άνθρωπο και τα ζώα. Με την οργάνωση του ανθρώπου σε χωριά και την ανάπτυξη της γεωργίας εξελίχθηκε σε σπάνια ενδημική νόσο. Στη συνέχεια, με την έναρξη της βιομηχανικής επανάστασης και την συσσώρευση μεγάλων πληθυσμιακών συνόλων στις Ευρωπαϊκές πόλεις, δημιουργήθηκαν οι κατάλληλες συνθήκες για την μετατροπή της φυματίωσης σε ενδημική νόσο. Κατά τους 4 τελευταίους αιώνες η επιδημία της φυματίωσης εξαπλώθηκε σιγά σιγά σε ολόκληρο τον κόσμο.

Οι φθισικοί πέθαιναν στιγματισμένοι από την κοινωνία και αβοήθητοι από τους γιατρούς. Η ζωή του αρρώστου εξελισσόταν με μια σειρά από αμφίρροπες φυσικές και ηθικές μάχες. Ο θάνατος ισοδυναμούσε με το πεπρωμένο και η ίαση με θαύμα. Το θαύμα έγινε με τη δημιουργία των αντιφυματικών ιατρείων και σανατορίων. Ο αντιφυματικός αγώνας ξεκίνησε με πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και απομόνωση των πασχόντων.

Και στην Ελλάδα η φυματίωση δημιούργησε συνθήκες που επέβαλλαν τη λήψη μέτρων. Με πρωτοβουλία φιλανθρώπων και ιδιωτών δημιουργήθηκαν αστικά και ορεινά σανατόρια: Σωτηρία, Ασβεστοχώρι, Πήλιο, Αρκαδία κ.α. Στα σανατόρια αυτά η φυματίωση έβρισκε παρηγορητική αντιμετώπιση με : αντισηψία, διαίτα, συμπτωματική αγωγή και χειρουργικές επεμβάσεις. Η ανακάλυψη δραστικών αντιφυματικών φαρμάκων διευρύνουν το δρόμο της ιατρικής.

Οι ευεργέτες υπήρξαν πολλοί. Όλοι τους έδωσαν κύρος, ψυχή, χρήμα, αγώνα για το στέριωμα και την καλή λειτουργία της ευεργεσίας τους.

Αν και η φυματίωση δε νικήθηκε ολοσχερώς, ωστόσο έπαψε να αποτελεί δραματικό κοινωνικό πρόβλημα στη χώρα μας.

1. Ιστορία της φυματίωσης

Η φυματίωση είναι παλαιά νόσος. Στην Ευρώπη βρέθηκε σε οστά νεολιθικού ανθρώπου και στην Αίγυπτο στους πνεύμονες μούμιας του 3700 π.Χ. Εκείνος που πρώτος περιέγραψε λεπτομερώς τη νόσο με το όνομα «φθίση» (460-377π.Χ.) και τη θεωρούσε σαν κληρονομική που μεταδίδεται από τους γονείς στα παιδιά είναι ο Ιπποκράτης. Προσδιορίζει επίσης ότι το νόσημα είναι συνηθέστερο στις νεαρές ηλικίες και εκδηλώνεται με οξύ πυρετό, αιμόπτυση και καχεξία (φθίση).. Μεγάλη σημασία έδινε και στη δίαιτα τόσο για τη διατήρηση της υγείας και την πρόληψη των νοσημάτων, όσο και για τη θεραπευτική αντιμετώπιση διαφόρων οξέων ή χρόνιων νοσημάτων. Θεωρεί λ.χ. κακή τη χορήγηση γάλακτος σε όσους υποφέρουν από κεφαλαλγίες, ενώ σε όσους υποφέρουν από φυματίωση χωρίς υψηλό πυρετό, το γάλα είναι ευεργετικό. Η νόσος ήταν διαδεδομένη στους Ρωμαϊκούς χρόνους. Η λεμφαδενική ήταν συχνή στη μεσαιωνική Ευρώπη.¹

Το 2^ο αιώνα μ.Χ. ο Γαληνός ασχολήθηκε με τη νόσο και την χαρακτήρισε σαν έλκωση των πνευμόνων με συμπτώματα: βήχα μακράς διάρκειας, αιματηρή απόχρεμψη, πυρετό, αδυνάτισμα και ιδρώτες. Από τότε μέχρι το 16^ο αιώνα δε σημειώθηκε καμιά ουσιαστική πρόοδο πέρα από αυτά που ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός είχαν παρατηρήσει.

Κατά τη διάρκεια της βιομηχανικής επανάστασης του 19^{ου} αιώνα στη δύση η φυματίωση αναγνωρίζεται σαν κοινωνική απειλή. Ήταν ιδιαίτερα απειλητική για τους εργατικούς πληθυσμούς των αστικών κέντρων. Το 1800 η θνητότητα σε μερικές περιοχές έφτανε το 1% του πληθυσμού. Χρειάστηκαν δεκαετίες συζητήσεων, παρατηρήσεων, κλινικών και εργαστηριακών ερευνών για να καταστούν αναμφισβήτητες η μεταδοτικότητα και η λοιμώδης αιτιολογία της πανάρχαιας επιδημίας. Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και η αύξηση του εισοδήματος προκάλεσαν σημαντική ελάττωση της θνητότητας ήδη πριν από την ανακάλυψη των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Αργότερα η χημειοθεραπεία, οι εμβολιασμοί (BCG)

και η βελτίωση των ιατρικών υπηρεσιών επιτάχυναν την ελάττωση της θνητότητας στις αναπτυγμένες χώρες.

Στην αρχή του 20^{ου} αιώνα είχαν πλέον περιγραφεί οριστικά οι διάφορες κλινικές μορφές, οι ιστολογικές παραλλαγές, οι ακτινολογικές βλάβες, το μικροβιακό της αίτιο, η ανίχνευση της προσβολής του οργανισμού με τη δερματική αντίδραση στη φυματίωση. Στο συνέδριο του Μονπελιε στα 1898 ανακοινώθηκε πανηγυρικά ότι «Όλα πλέον ήσαν γνωστά για τη φυματίωση: προέλευση, φυσική ιστορία, συνήθειες στόχοι». Όλα ήταν γνωστά, ωστόσο παρέμεναν άγνωστα τα θεραπευτικά μέσα που θα επέτρεπαν τη θεραπευτική αντιμετώπισή της.²



ΕΙΚΟΝΑ 18: Ο Ιπποκράτης.

2. Μικροβιολογία

Στις 24 Μαρτίου 1882, ο 38χρονος Ρόμπερτ Κοχ ανακοινώνει την ανακάλυψη του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης στην Εταιρία Φυσιολογίας του Βερολίνου και

όχι στην Εταιρία Παθολογικής Ανατομίας, όπου δεσπόζει ο Βίρχωφ. Στην ολιγόλεπτη παρουσίασή του, ο Κωχ περιγράφει την ανακάλυψή του και τη μέθοδο που χρησιμοποίησε (αλκαλική χρώση). Το νέο κάνει σύντομα το γύρο του κόσμου.²



Ρόμπερτ Κωχ

Το γένος *Mycobacterium* ανήκει στην οικογένεια *Mycobacteriaceae* και περιλαμβάνει πολλά είδη από τα οποία ορισμένα είναι παθογόνα για τον άνθρωπο και διάφορα ζώα, ενώ άλλα ζουν ελεύθερα στο περιβάλλον και δεν προκαλούν νόσο.

Τα μυκοβακτηρίδια καλούνται επίσης οξεάντοχα και αλκοολάντοχα βακτήρια (*Acid-Alcohol-Fast*) επειδή, αφού χρωματιστούν με μια βασική χρωστική μετά από ειδική επεξεργασία δεν αποχρωματίζονται όταν προστεθεί στο παρασκεύασμα αιθυλική αλκοόλη που περιέχει 3% HCl.

Το είδος που προκαλεί το μεγαλύτερο ποσοστό λοιμώξεων στον άνθρωπο είναι το Μυκοβακτηρίδιο της φυματιώσεως (*Mycobacterium tuberculosis*) και σε πολύ μικρότερη συχνότητα ακολουθούν οι λοιμώξεις από το *M. bovis*. Τα τελευταία χρόνια έχει βρεθεί ότι και άλλα είδη προκαλούν νόσο στον άνθρωπο. Οι λοιμώξεις από τα άλλα είδη μυκοβακτηριδίου αποτελούν το 5-10% από όλες τις λοιμώξεις που οφείλονται σε μυκοβακτηρίδια.

Εκτός από το *M. tuberculosis* και το *M. Bovis* τα άλλα μυκοβακτηρίδια που

απομονώνονται από τον άνθρωπο κατατάσσονται σε 4 ομάδες με βάση την παραγωγή χρωστικής και την ταχύτητα που αναπτύσσονται στα θρεπτικά υλικά. Οι ομάδες αυτές περιλαμβάνουν διάφορα είδη από τα οποία άλλα είναι παθογόνα και άλλα δεν είναι παθογόνα για τον άνθρωπο.

Ομάδα I. Φωτοχρωμογόνα (παράγουν χρωστική στο φως) και αναπτύσσονται βραδέως (3-4 εβδομάδες).

Ομάδα II. Σκοτοχρωμογόνα (παράγουν χρωστική στο σκοτάδι ή στο φως) και αναπτύσσονται βραδέως.

Ομάδα III. Δεν είναι χρωμογόνα και αναπτύσσονται βραδέως.

Ομάδα IV. Δεν είναι χρωμογόνα και αναπτύσσονται ταχέως (σε λιγότερο από μία εβδομάδα).

Mycobacterium tuberculosis

Χαρακτηριστικές ιδιότητες. Βακτηρίδιο ευθύ ή με μικρή κάμψη. Τα κύτταρά του διατάσσονται σε ζεύγη, παράλληλες σειρές ή σωρούς. Αναπτύσσεται σε αερόβιες συνθήκες, καλύτερη όμως ανάπτυξη παρατηρείται σε ατμόσφαιρα CO₂ 10%. Άριστη θερμοκρασία αναπτύξεως είναι η θερμοκρασία των 37°C. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη *in vitro* είναι η παρουσία υγρασίας στο υλικό καλλιέργειας.

Η γλυκερόλη διευκολύνει την ανάπτυξη του μικροβίου, ενώ το ελαϊκό οξύ αποτελεί την καλύτερη πηγή άνθρακα και περιέχεται στο Tween 80.

Συνηθισμένο υλικό απομονώσεως του μικροβίου είναι το υλικό Lowenstein – Jensen που περιέχει αυγά, πατατάλευρο, γλυκερόλη, απαραγίνη, δισοξινοφωσφορικό κάλιο, θειϊκό μαγνήσιο, κιτρικό μαγνήσιο και μία χρωστική, το πράσινο του μαλαχίτη. Το υλικό μοιράζεται σε σωληνάρια τα οποία τοποθετούνται σε λοξή θέση και αφήνονται στους 85°C για 50 λεπτά ώστε το υλικό να στερεοποιηθεί σε λοξή θέση. Τα σωληνάρια κλείνουν με κοχλιωτό ή ελαστικό πώμα για να μην ξεραθεί το υλικό.

Ο ρυθμός αναπτύξεως του μικροβίου είναι βραδύς. Ανάλογα με το υλικό καλλιέργειας ο χρόνος γενεάς κυμαίνεται από 14-24 ώρες.

Είναι ανθεκτικό στην ξηρασία. Επιζεί για μήνες μακριά από το φως του ήλιου.

Διάλυμα αιθυλικής αλκοόλης 80% είναι αποτελεσματικό για την απολύμανση χεριών και δέρματος. Στο γάλα καταστρέφεται με την παστερίωση. Καταστρέφεται στους 60°C για 15-20 λεπτά.

Χαρακτηριστικό του *M. tuberculosis* είναι η υψηλή περιεκτικότητα του κυτταρικού τοιχώματος σε λιπίδια που αποτελούν το 60% του ξηρού βάρους του. Η αφθονία αυτή των λιπιδίων σχετίζεται με τον υδρόφοβο χαρακτήρα της επιφάνειας των κυττάρων στον οποίο οφείλεται η προσκόλληση των κυττάρων μεταξύ τους.

Στο κυτταρικό τοίχωμα βρίσκονται: α. Κηροί (εστέρες λιπαρών οξέων με λιπαρές αλκοόλες). β. Κηρός D: Πρόκειται για ένα πεπτιδογλυκολιπίδιο που αποτελείται από τρία αμινοξέα D- και L-αλανίνη, D-γλουταμινικό οξύ και α- και ε-διαμινοπιμελικό οξύ, από τα αμινοσάκχαρα γλυκοζαμίνη και γαλακτοζαμίνη και τα ουδέτερα σάκχαρα αραβινόζη, γαλακτόζη και μαννόζη. Ο πολυσακχαρίτης είναι ενωμένος με εστερικό δεσμό με το μυκολικό οξύ. Από τα διάφορα λιπαρά οξέα που βρίσκονται στο κυτταρικό τοίχωμα το μυκολικό οξύ βρίσκεται μόνο στο κυτταρικό τοίχωμα των μυκοβακτηριδίων, νοκαρδιών και κορυνοβακτηριδίων. γ. Σχοινιοειδής παράγοντας: Πρόκειται για ένα γλυκολιπίδιο (μουκοσίδιο), που αποτελείται από τρεαλόζη ενωμένη με δύο μόρια μυκολικού οξέος.

Ιδιότητες για το χαρακτηρισμό του είδους. α) Παραγωγή νιασίνης (νικοτινικού οξέος). Χαρακτηριστική ιδιότητα του *M. tuberculosis*. Πολύ σπάνια απομονώνονται στελέχη *M. tuberculosis* που δεν υπάρχουν νιασίνη όπως και στελέχη άλλων μυκοβακτηριδίων τα οποία παράγουν νιασίνη. Η παρουσία νιασίνης στο υλικό καλλιέργειας γίνεται με την προσθήκη διαλύματος ανιλίνης και διαλύματος βρωμιούχου κυανίου. Εάν εμφανισθεί κίτρινο χρώμα η αντίδραση είναι θετική.

β) Παραγωγή καταλάσης μετά από θέρμανση στους 68° C για 20 λεπτά. Όλα τα είδη Μυκοβακτηριδίου παράγουν καταλάση. Παραγωγή καταλάσης μετά από θέρμανση των αποικιών στους 68° C για 20 λεπτά δεν παρατηρείται στο *M. tuberculosis* και *M. bovis*, ενώ η δοκιμασία είναι θετική για όλα σχεδόν τα άλλα είδη μυκοβακτηριδίου.

Χρώση Μυκοβακτηριδίου φυματιώσεως και γενικότερα των Μυκοβακτηριδίων. Ειδική σύνθετη χρώση για τα οξεάντοχα βακτήρια είναι η

χρώση Ziehl-Neelsen και η χρώση Kinyoun.

Ziehl-Neelsen : 1) Πυκνή φαινικούχος φουξίνη. Αποτελείται από δυο διαλύματα που έχουν αναμιχθεί. Το ένα διάλυμα περιέχει βασική φουξίνη σε αιθυλική αλκοόλη (Α) και το άλλο φαινόλη σε απεσταγμένο νερό (Β). Από το διάλυμα Α 10 ml μεταφέρονται σε 100 ml από το διάλυμα Β. Το μίγμα των δυο διαλυμάτων χρησιμοποιείται για τη χρώση.

2) Διάλυμα κυανού του μεθυλενίου.

3) Απόλυτη αιθυλική αλκοόλη η οποία περιέχει 3% HCl (όξινος αλκοόλη).

Με τη χρώση αυτή τα οξεάντοχα βακτήρια χρωματίζονται κόκκινα (φαινικούχος φουξίνη) ενώ τα άλλα βακτήρια χρωματίζονται κυανά (κυανού του μεθυλενίου).

Φυματίνη. Αποτελεί μίγμα θερμοανθεκτικών πρωτεϊνών με μικρό μοριακό βάρος από 2.000-9.000. Παραλαμβάνεται από το διήθημα καλλιεργήματος Μυκοβακτηριδίου της φυματώσεως σε συνθετικό υγρό θρεπτικό υλικό μετά από αποστείρωση στο αυτόκαυστο. Το διήθημα συμπυκνώνεται και καθιζάνουν οι πρωτεΐνες με θειικό αμμώνιο. Το προϊόν που λαμβάνεται καλείται καθαρμένη φυματίνη ή PPD (Purified protein derivative).

Βιολογικές ιδιότητες των διαφόρων συστατικών του *Mycobacterium tuberculosis*.

Κυτταρικό τοίχωμα: Προκαλεί επιβραδυνόμενη υπερευαισθησία. Αντικαθιστά τα κύτταρα του μικροβίου στην ανοσοενισχυτική ουσία Freund (Freund's adjuvant).

Πρωτεΐνες: Προκαλούν την αντίδραση στη φυματίνη. Προκαλούν το σχηματισμό επιθηλιοειδών κυττάρων και γιγαντοκυττάρων.

Πολυσακχαρίτες: Προκαλούν την έξοδο ουδετερόφιλων από τα αγγεία στους ιστούς.

Λιπίδια: Προκαλούν την έξοδο ουδετερόφιλων από τα αγγεία στους ιστούς. Διεγείρουν τον πολλαπλασιασμό των μακροφάγων των ιστών.

Φωσφατίδια: Προκαλούν το σχηματισμό φυματίων που αποτελούνται από επιθηλιοειδή κύτταρα και γιγαντοκύτταρα.

Σχοινιοειδής παράγοντας: Αναστέλλει τη μετανάστευση των λευκοκυττάρων.

Προκαλεί το θάνατο στα ποντίκια σε πολύ μικρές δόσεις. Η παραλαβή του από τα κύτταρα έχει ως αποτέλεσμα το στέλεχος να χάνει τη λοιμογόνο δύναμή του, αλλά να παραμένει ζωντανό.³

Οι βάκιλοι της φυματιώσεως είναι αυστηρά αερόβιοι και ακμάζουν καλύτερα σε Po₂ περίπου 140 mm Hg. Τα όργανα που προσβάλλονται συνηθέστερα από φυματίωση είναι εκείνα με σχετικά υψηλή τάση οξυγόνου. Οι μεταστατικές έστιες είναι συνηθέστερες στις κορυφές των πνευμόνων όπου ή Po₂ είναι της τάξεως των 120 με 130 mm Hg, σε όρθια θέση, με δεύτερο τό νεφρό και τα αναπτυσσόμενα άκρα των οστών, όπου ή Po₂ εγγίζει τά 100 mm Hg. Το ήπαρ και ο σπλήνας, όπου ή Po₂ είναι μάλλον χαμηλή, προσβάλλονται σπάνια, εκτός από την περίπτωση συντριπτικής διάσπαρτης λοιμώξεως.

Ο άνθρωπος προσβάλλεται από δύο είδη βακίλων φυματιώσεως: Το *M. tuberculosis* και τό *M. Bovis*. Ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων στις Ηνωμένες Πολιτείες προκαλείται από την πρώτη ποικιλία. Τα προγράμματα εκριζώσεως τής φυματιώσεως των βοοειδών υπήρξαν τόσο αποτελεσματικά, ώστε ή νόσος εμφανίζεται τώρα σποραδικά μόνο στη χώρα μας. Οι βάκιλοι των πτηνών έχουν ελάχιστη διεισδυτικότητα για τον άνθρωπο.

Άρκετά άλλα είδη μυκοβακτηριδίων έχει παρατηρηθεί ότι προκαλούν χρόνια πνευμονική λοίμωξη. Τα συνηθέστερα είναι ή ομάδα Battey (*M. intracellulare* και *M. kansasii*). Κλινική λοίμωξη από άλλα άτυπα μυκοβακτηρίδια είναι σπάνια. Τα μυκοβακτηρίδια αυτά δεν φαίνεται να μεταδίδονται και ή επιδημιολογία των λοιμώξεων πού προκαλούν παραμένει σκοτεινή. Έχουν την τάση να προσβάλλουν πνεύμονες πού έχουν πάθει βλάβη από πυριτίαση ή χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο. Το *mucobacterium kansasii* αντιδρά καλά στα αντιφυματικά φάρμακα σε υψηλές δόσεις, το *M. intercellulare* όμως είναι ανθεκτικό σε όλα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα και γι αυτό η ευνοϊκή κλινική απόκριση είναι λιγότερο συνηθισμένη.⁴



Το *Mycobacterium tuberculosis* προσβάλλει όχι μόνο τον άνθρωπο αλλά και μερικά ζώα όπως π.χ. τα ινδικά χοιρίδια. Ο βόειος τύπος (*M. Bovis*) προσβάλλει κυρίως ζώα (κυρίως βοοειδή, κουνέλια κ.α.) ενώ στον άνθρωπο προκαλεί φυματίωση που συνήθως εντοπίζεται στο λεμφικό σύστημα και στα οστά.⁵ Επίσης εντοπίζεται στο έντερο αλλά και σε οποιοδήποτε όργανο και σύστημα του ανθρώπινου σώματος. Ο άνθρωπος επιμολύνεται με σταγονίδια από το βήχα ατόμου που πάσχει από ενεργό φυματίωση και τα πτύελά του περιέχουν το μυκοβακτηρίδιο. Η φυματίωση χαρακτηρίζεται ως πρωτοπαθής και ως δευτεροπαθής.

Α) Πρωτοπαθής φυματίωση

Είναι ένα σύνδρομο που προκαλείται από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, επί ατόμων τα οποία δεν έχουν ξαναπροσβληθεί ή επιμολυνθεί από αυτό. Η πρώτη αυτή προσβολή χαρακτηρίζεται από ήπια φλεγμονή στο σημείο της μόλυνσης (π.χ. στον υπεζωκότα, επί της μεσαίας ζώνης του πνεύμονος, φάρυγγα ή τελικό ειλεό), η οποία ακολουθείται από επιχώριο (γειτονική) λεμφαδενίτιδα (π.χ. πυλαίοι, αυχενικοί, μεσεντέριοι αδένες αντίστοιχα). Μια με δύο εβδομάδες αργότερα δημιουργείται τόσο στο σημείο της επιμόλυνσης όσο και στο σύστοιχο λεμφαδένα η χαρακτηριστική τυροειδοποίηση του κοκκιώματος.

Ο συνδυασμός της τοπικής αυτής προσβολής (φλεγμονής) με τη σύστοιχο λεμφαδενίτιδα ονομάζεται πρωτοπαθές σύμπλεγμα (primary complex). Το πρωτοπαθές σύμπλεγμα επουλώνεται και συνήθως ασβεστοποιείται χωρίς θεραπεία. Για τον ως άνω λόγο το πρωτοπαθές σύμπλεγμα είναι δυνατόν να εμφανίζεται σε μια ακτινογραφία θώρακος ρουτίνας και σε υγιή άτομα που έχουν επιμολυνθεί στη νεαρή τους ηλικία από το μυκοβακτηρίδιο.

Η πρωτοπαθής φυματίωση είναι συνήθως ασυμπτωματική. Σπανίως, κάτω από δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης είναι δυνατόν να εξελιχθεί σε γενικευμένη κεχροειδή φυματίωση (milliary tuberculosis) με πολυάριθμες στικτές εστίες στα πνευμονικά πεδία. Σπανιότερα επίσης είναι δυνατό να εξελιχθεί σε φυματιώδη μηνιγγίτιδα.

Προειδοποιητικά συμπτώματα για τη διασπορά του μυκοβακτηριδίου στην πρωτοπαθή φυματίωση είναι: απώλεια βάρους, πυρέτιο και βήχας.

B) Δευτεροπαθής φυματίωση

Είναι και σύνδρομο που προκαλείται από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, επί ατόμων τα οποία έχουν προηγούμενα μολυνθεί με αυτό.

Η δευτεροπαθής φυματίωση χαρακτηρίζεται από :

1. Συνεχή βήχα με βλενώδη απόχρεμψη
2. Δεκατική πυρετική κίνηση (37,5-38,0), ιδίως τις απογευματινές ώρες.
3. Ελαφρά δύσπνοια
4. Ανορεξία
5. Καταβολή δυνάμεων και κακουχία
6. Απώλεια βάρους
7. Αιμόπτυση. Είναι η έξοδος κατερύθρου αίματος που προέρχεται από τους πνεύμονες. Η αιματέμεση είναι η έξοδος καφεοειδούς αίματος που προέρχεται από το στομάχι. Το κατέρυθρο αίμα της αιμόπτωσης οφείλεται στην ανάμειξη αυτού με το οξυγόνο των πνευμόνων και στη δημιουργία της οξυαιμοσφαιρίνης, ενώ το καφεοειδές της αιματέμεσης οφείλεται στην επίδραση του υδροχλωρικού οξέως του στομάχου επί του αίματος και στη δημιουργία αναχθείσης αιμοσφαιρίνης.

Προδιαθεσικοί για τη δημιουργία δευτεροπαθούς φυματίωσης είναι η:

1. Σακχαρώδης διαβήτης
2. Αλκοολισμός
3. Χρήση κορτικοειδών
4. Δίαιτα για αδυνάτισμα (νεαρές κοπέλες που κάνουν δίαιτα αδυνατίσματος, μετανάστες λόγω έλλειψης των αναγκαίων μέσων προς το ζην).

Εργαστηριακά Ευρήματα

1. Η ακτινογραφία θώρακος είναι δυνατόν να παρουσιάζει σκιές, ιδίως στην κορυφή των πνευμόνων και σπήλαια (κοιλοτικές σκιές)
2. Η εξέταση πτυέλων για καλλιέργεια και απομόνωση του βακίλλου του Κωχ, κατά την οποία συνήθως αποστέλλονται 6 με 12 δείγματα μπορεί να είναι θετική.
3. Η αντίδραση Mantoux είναι εντόνως θετική (ενίεται ενδοδερμικά 0,1 ml καθαρής φυματίνης και παρατηρείται μετά από 24 και 48 ώρες η αντίδραση του δέρματος. Αν υπάρχει ερυθρότης και υπέργερση του δέρματος πέραν του 1mm τότε η αντίδραση είναι θετική. Αυτό εξακριβώνεται με την ψηλάφηση δια των δακτύλων).
4. Η ταχύτητα καθίζσεως των ερυθρών (Τ.Κ.Ε.) είναι υψηλή, συνήθως τριψήφια. Άλλες παθήσεις που κάνουν τριψήφια Τ.Κ.Ε. είναι : τα κακοήθη νεοπλάσματα και οι κολλαγονώσεις
5. Υπερτερούν τα λεμφοκύτταρα στη γενική εξέταση του αίματος

Τα γενικά – τοπικά συμπτώματα της νόσου

1. Τα γενικά συμπτώματα της νόσου. Αυτά δεν σχετίζονται αμέσως προς το μέγεθος της φυματιώδους βλάβης, αλλά προς το βαθμό της δραστηριότητας αυτής. Είναι η κόπωση και η κακουχία, απώλεια ορέξεως, απώλεια βάρους, αναιμία, νυχτερινοί ιδρώτες, πυρετική κίνηση, ταχυκαρδία.

2. Τα τοπικά συμπτώματα, τα προκαλούμενα από τη φυματιώδη βλάβη :

- Πνεύμονες και Βρόγχοι: βήχας, απόχρεμψη, αιμόπτυση, δύσπνοια
- Υπεζωκότας: πλευροδυνία, δύσπνοια, επί υπάρξεως εξιδρώματος
- Λάρυγγας: βράγχος της φωνής, δυσφαγία, σε όψιμα στάδια, σε προσβολή του φάρυγγα
- Λεπτό έντερο: διάρροια, σύνδρομο πλημμελούς απορροφήσεως, εντερική απόφραξη

- Περιτόναιο: Ασκίτης , προσβολή εντερικής απόφραξης, οφειλόμενη σε πλαστική περιτονίτιδα
- Περικάρδιο: Εξιδρωματική και συμπιεστική περικαρδίτιδα
- Νεφροί – Ουροδόχος κύστη: αιματουρία, συχνουρία. Σε πρώιμα στάδια οι νεφρικές βλάβες είναι ασυμπτωματικές
- Επιδιδυμίες: ανώδυνη διόγκωση
- Εγκέφαλος: Φυμάτωμα με εκδηλώσεις αναλόγως της εντοπίσεως
- Μήνιγγες: συμπτώματα μηνιγγίτιδας
- Λεμφαδένες: διόγκωση των λεμφαδένων, σχηματισμός ψυχρών αποστημάτων, συριγγοποίηση
- Επινεφρίδια: Συμπτώματα και σημειολογικά ευρήματα της νόσου του Addison
- Οστά και αρθρώσεις: οστεΐτιδα, ψυχρά αποστήματα
- Δέρμα: λύκος ο κοινός, οζώδες ερύθημα
- Οφθαλμοί: φλυκταινώδης κερατοεπιπεφυκίτιδα, ιριδοκυκλίτιδα, χοριοειδίτιδα ⁶

Μάνα μου είμαι φθισικός,
τ' αχειλι μου το κρυβει,
Το πρόσωπό μου μαρτυρει,
πως η ζωή ναι λίγη.



Μάνα μου είμαι φθισικός,
τ' αχειλι μου το κρυβει,
Το πρόσωπό μου μαρτυρει,
πως η ζωή ναι λίγη.



Μάνα μου είμαι φθισικός,
μάνα μου έχω φτιση,
ήλι(ξ) τον άλλο μ' αδελφό
μάνα να μην κολλησει

B. ΜΕΡΟΣ 1

1.1 Φυματίωση ανά τον κόσμο

Για να βρούμε το πρώτο ίχνος που άφησε η νόσος πρέπει να αναφερθούμε στην προϊστορία. Ο ερευνητής Bathels της Αϊδελβέργης ήταν ο πρώτος που μελέτησε σκελετό της λίθινης εποχής και σημείωσε κρανιακές φυματιώδεις βλάβες και σπονδυλικές αλλοιώσεις. Αργότερα ανευρέθησαν σπονδυλικές αλλοιώσεις σε μούμιες της εποχής των Φαραώ στην Αίγυπτο το 2.700 π.Χ. Εκτός από τις αλλοιώσεις των οστών δεν βρέθηκαν άλλα τεκμήρια για τη νόσο.

Έτσι, πληροφορίες για την ασθένεια θα βρούμε στα ιατρικά κείμενα και στους μύθους λαών των αρχαίων χρόνων.

1.1.1.Η φυματίωση στους Ινδούς

Ο πλέον αρχαίος Ινδικός πολιτισμός άφησε στα ιερά βιβλία του υπαινιγμούς για τη φυματίωση.

Ο φυματικός έτρεχε στους θεούς, καθώς επίσης στους ιερείς και βραχμάνες, που εκτελούσαν και χρέη γιατρού. Αυτοί ενεργούν εξορκισμούς και μαγείες όπως λ.χ. «Ω πυρετέ, με την αδελφή σου την ατροφία, τον μαρασμό, τη φθίση, τον βήχα, μετανάστευσε προς αυτούς τους ξένους, εκεί κάτω». Από αυτά τα κείμενα μπορούμε να δούμε με ποια χαρακτηριστικά αναγνώριζαν τη φυματίωση οι αρχαίοι Ινδοί.

1.1.2. φυματίωση στους Ιουδαίους

Στη Βίβλο, Το ιερό βιβλίο των Ιουδαίων, δεν υπάρχει καμία αναφορά σε κάποια ομάδα συμπτωμάτων ατόμου προσβεβλημένου από πνευμονική φυματίωση.

Μόνο το Talmud αναφέρει ότι οι Ιουδαίοι εγνώριζαν τη φυματίωση των βοοειδών και φοβόντουσαν τη μετάδοση της νόσου από τα ζώα στον άνθρωπο.

1.1.3.Η Φυματίωση στους Αιγυπτίους

Εκτός από σκελετικές αλλοιώσεις που βρέθηκαν σε μούμιες Φαραώ, δεν βρίσκουμε άλλες πληροφορίες για τη νόσο στους Αιγυπτίους.

Οι πάπυροι, τα αρχαία γραπτά μνημεία της Αιγυπτιακής επιστήμης, δεν φωτίζουν θέματα όπως η φυματίωση. Ούτε η εξέταση των διαφόρων ταριχευμένων

πτωμάτων των Φαραώ μάς δίνουν πολλά στοιχεία για τη φυματίωση.

Αυτό συμβαίνει γιατί, όταν ταρίχευαν οι Αιγύπτιοι τα πτώματα, τα σπλάχνα -εκτός της καρδιάς- Τα έβγαζαν και τα διατηρούσαν σε δοχεία εντός ενός περιβλήματος από ρητίνη. Αυτά τα δοχεία τα βρίσκουμε πάντοτε σχεδόν κενά.

1.1.4.Η Φυματίωση στους Πέρσες

Το 968-977 μ.Χ. εμφανίζεται το περίφημο βιβλίο « La Liber Fundamentorum Pharmacologie» του Aben Mançour Mouwaffalk. Σε αυτό το βιβλίο ο Mouwaffalk συστήνει για τη θεραπεία της νόσου το γάλα της όνου αλλά και τη θεραπεία της νόσου με ασβέστιο υπό μορφή σκόνης караβίδων.

Επίσης ο αρχαίος Πέρσης Mouwaffalk συστήνει για τη θεραπεία της φυματίωσης και τις συνταγές του ρόδου, του Στύρακος (είδος ευώδους ρητίνης), του κώνου πεύκης κ.α.

Η αρχαία Ιατρική των Περσών ήταν προπάντων πλούσια σε φάρμακα. ⁷

1.1.5.Η Φυματίωση στους Αρχαίους λαούς της Απω Ανατολής

Η Κίνα είναι μία από τις πιο πυκνοκατοικημένες χώρες του κόσμου και όπως και η γειτονική της Ινδία, είχε από χιλιετηρίδες τους ίδιους αρνητικούς χωροβιολογικούς παράγοντες διατροφής, εργασίας, πολυπληθυσμού και κατοικίας, που τη μάστιζαν μέχρι και από λίγα τουλάχιστον χρόνια.

"Η φθίση προσβάλλει τους πνεύμονες, χαρακτηρίζεται από απίσχναση, βήχα, πυώδη και αιματηρά πτύελα. Η φύση της είναι άγνωστη, η θεραπεία της δύσκολη και η πρόγνωση εξαρτάται από την διαφορά των σφυγμών που εξετάζουμε στην άκρη του βραχίονα: Σκληρός και ισχυρός σφυγμός σημαίνει ανίατη πλευρά της νόσου και ο ασθενής εγκαταλείπεται. Ο γιατρός μπορεί να αφηγήσει τη νόσο. όχι όμως το πεπρωμένο". Πρόκειται για μια θαυμάσια και μαζί αρχαιότατη κινεζική περιγραφή της φυματίωσης, γνωστή με το όνομα "Chaoping".

Οι πληροφορίες για τη γνώση της φυματίωσης από τους αρχαίους Κινέζους, ανάγονται από την εποχή της μυθικής περιόδου των πέντε αρχόντων και ιδιαίτερα

του αυτοκράτορα Shen-Nung (3216 π.Χ.), ο οποίος ονομάστηκε και πατέρας της κινεζικής ιατρικής.

Τις περιγραφές αυτές από τις παλαιότερες εποχές συλλέγει και καταγράφει στο βιβλίο του "Neiching" ή κανόνα της ιατρικής, αργότερα ο αυτοκράτορας Huang Ty, το 2618 π.Χ. Πρόκειται για μια θαυμάσια ιατρική εγκυκλοπαίδεια που χρησιμοποιούταν για πολλούς αιώνες. Αργότερα, το 1644 π.Χ. σε νεώτερο εγκυκλοπαιδικό του έργο που αποτελείται από σαράντα τόμους ο Kien Lung ανασυγκροτεί και ταξινομεί την εμπειρία των προγενεστέρων, το βελονισμό, τη φυσιοθεραπεία, τις περιγραφές για τη φυματίωση.

Μεταγενέστερα συναντάμε ολοένα και περισσότερες αναφορές για τη νόσο, όπως αυτή που ακολουθεί: 'Η φθίση προκαλεί υψηλό πυρετό, ιδρώτες, εξάντληση και αόριστους πόνους που κάνουν τον άρρωστο να μη βρίσκει ησυχία οποιαδήποτε θέση και αν αυτός δώσει στο σώμα του. Όσο προχωρεί ο χρόνος επέρχεται καχεξία και θάνατος και σύγχρονα η πάθηση μεταδίδεται στους συγγενείς μέχρι εξοντώσεως ολόκληρης της οικογένειας. Ήδη οι Κινέζοι γιατροί έχουν από το 3000 π.Χ. διαχωρίσει την ιατρική από τις μαγικές πράξεις και έχουν εφαρμόσει στη θεραπευτική το βελονισμό και τη φαρμακοθεραπεία (αναφέρονται περί τα 2000 σκευάσματα). Για τη θεραπεία της φυματίωσης που υποτίθεται πως αρχίζει από την Εποχή του Shen Nung, υπάρχουν πολλές αναφορές που μιλούν για' την υγιεινοδαιτητική πλευρά της, αλλά και παράδοξες μέχρι αηδιαστικές θεραπευτικές ενέργειες, όπως η χορήγηση όρχεων σκύλου ή πνευμόνων σκαντζόχοιρου ή της σάρκας του κόρακα στους ασθενείς. Για την αντιμετώπιση της αιμόπτυσης συνιστούσαν το αίμα του θηλυκού ελαφιού, τα ούρα γυναίκας ή και παιδιού.

Από την αρχαία Ιαπωνία δεν έχουμε πληροφορίες, τουλάχιστον για τη φυματίωση, από την αυτόχθονη αρχαία ιαπωνική ιατρική.⁸

1.2 Ελλάδα- Κλασσικά χρόνια

Η Φυματίωση στην Αρχαία Ελλάδα-κλασσικά χρόνια

Στη Βαλκανική χερσόνησο και μάλιστα στο νότιο άκρο της, επανειλημμένες μεταναστεύσεις βοηθούν στη δημιουργία και ζύμωση του ελληνικού λαού. Αυτός,

βρίσκοντας πρόσφορες κλιματολογικές συνθήκες, δημιουργεί το θαύμα της αρχαίας ελληνικής ιατρικής, της πρώτης επιστημονικής έκφρασης της θεραπευτικής τέχνης του ανθρώπου.

Η ιατρική αυτή, βέβαια, δεν είναι μια αυτόχθονη εξέλιξη μέσα στον Ελλαδικό χώρο. Αναπτύχθηκε από τα περασμένα χρόνια, όπως και οι άλλες επιστήμες και αντικατοπτρίζει την επίδραση των λαών που επηρέασαν με διάφορους τρόπους τον Ελληνικό πολιτισμό και κληρονόμησαν σ' αυτόν τον πλούτο των πρακτικών τους γνώσεων και ιδεών. Έτσι από ιστορικής πλευράς η αρχαία ελληνική ιατρική αποτελεί μία εξελικτική φάση της ιατρικής σκέψης στη διαδρομή της μέσα στους αιώνες. Η φάση όμως αυτή στον Ελληνικό χώρο αποτέλεσε σταθμό, γιατί η ελληνική ιατρική σκέψη αφού αποτίναξε προοδευτικά τις μαγικές αντιλήψεις και το ρομαντισμό, επικέντρωσε το ενδιαφέρον της στην παρατήρηση και στην αδιάκοπη σπουδή της φύσης και του ανθρώπου σε σχέση με τα ζώα, ώστε θεμελίωσε τη βιολογική μελέτη και έδωσε νέα επιστημονική κατεύθυνση στην Ιατρική.

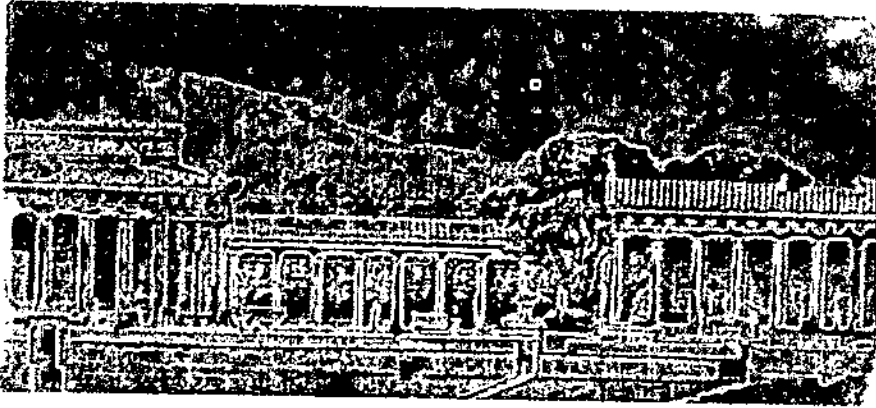
Αυτά σε συνδυασμό πάντα με την κριτική σκέψη (ιδιαίτερο και αυτό ελληνικό χαρακτηριστικό) δημιουργούν για πρώτη φορά στην ιστορία μια ιατρική που είναι σύγχρονα και Επιστήμη και Τέχνη.

Κατά την προϊπποκράτειο περίοδο, οι γνώσεις για τη φυματίωση των αρχαίων Ελλήνων, είναι συγκεχυμένες και φτωχές. Από τους μυθικούς ήρωες γιατρούς αναφέρεται ότι ο Αρισταίος (13^{ος} αιώνας π.Χ.) ανακάλυψε τις θεραπευτικές ιδιότητες του σιφλίου. Πολύ αργότερα ο Διοσκουρίδης θα παρατηρήσει ότι ο οπός του σιφλίου χρησίμευσε για τη θεραπεία των αναπνευστικών νόσων, όπως βρογχίτιδας, πλευρίτιδας, κυνάγχης

Πάντως τα ιερά θεραπευτήριά τους οι αρχαίοι Έλληνες τα τοποθετούσαν είτε σε παραθαλάσσιες περιοχές ή σε περιοχές μικρού υψόμετρου, μέσα σε δάση, ώστε πολλοί να τα συγκρίνουν με τα σύγχρονα σανατόρια. Φαίνεται, λοιπόν, πως τη φυματίωση στις μακρινές εκείνες εποχές, τη θεωρούσαν ιερή ασθένεια και οι ασθενείς ανέθεταν τη θεραπεία τους στο θεό. Εκτός όμως από την αιμόπτυση, κανένα άλλο σύμπτωμα δεν αναφέρεται.

Το 1883 ο Καθηγητής Δ. Καββαδίας φέρνει στο φως τα ερείπια του περιφήμου

Ασκληπιείου της Επιδαύρου. Μέσα στο άβατο κοντά στο πηγάδι, διασώθηκαν δυο πλάκες που εξιστορούσαν ποιές παθήσεις είχαν θεραπευτεί. Μεταξύ άλλων αναφέρονται και η χοιράδωση και η πλευρίτιδα. Άλλη αναθηματική επιγραφή σε πλάκα μας πληροφορεί για ένα ειδικό ίαμα που το σύστησαν στους προερχόμενους φυματικούς.



ΕΙΚΟΝΑ 17: Ανασφάλωση του Ασκληπιείου της Επιδαύρου.

Γενικά πάντως η θεραπεία της νόσου είχε σαν βάση την εκλογή του κατάλληλου κλίματος και δίαιτας.

Αλλά και οι αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι της προϊπποκρατικής εποχής δεν γνωρίζουν περισσότερες λεπτομέρειες για τη νόσο από όσες πιο πάνω έχουμε αναφέρει παρόλο που η φυματίωση φαίνεται ότι μάστιζε τον τότε ελληνικό κόσμο.

Από την περίφημη ιατρική σχολή της Κνίδου_αποικίας των Λακεδαιμόνιων στην Ασιατική Δωρίδα έχουμε περισσότερες αναφορές για τη νόσο. Η σχολή ανέδειξε εξαιρετους ιατρούς, που οι γνώσεις και οι διδασκαλίες τους αντικατοπτρίζουν επιδράσεις από το Μεσοποταμιακό και Αιγυπτιακό πολιτισμό.

Έτσι στο "περί Κνιδίων γνωμών" έργο της σχολής συλλέγουν τις σπουδαιότερες συνταγές για μεγάλο αριθμό νοσημάτων, τα οποία έχουν σχηματοποιήσει. Οι γιατροί της σχολής αναγνώριζαν διάφορους ήχους κατά την "ακρόαση" του στήθους των φθισικών και ήταν επιφυλακτικοί για τα αποτελέσματα της θεραπείας με καυτηριάσεις.

Πρώτος ο Ευρύφων, διάσημος γιατρός της εποχής που δόξασε τη σχολή και στον οποίο ο Γαληνός αποδίδει το έργο των "Κνιδίων γνωμών". σύστησε το γάλα σαν ίαμα στους άρρωστους από φυματίωση. Η εμπειρική όμως ιατρική της σχολής της

Κνίδου δεν μπορεί να συγκριθεί με την επιστημονική παρατήρηση που χαρακτήριζε την Ιπποκρατική Σχολή.

Πρώτος ο Ιπποκράτης 460-377 ή 359 π.Χ. απορρίπτει κάθε μαγικό ή θεικό στοιχείο, προλήψεις και δεισιδαιμονίες που κυριαρχούν στη διάγνωση και θεραπεία των παθήσεων της εποχής. Προχωρεί μάλιστα ακόμη πιο πέρα και διαχωρίζει την ιατρική από τη φιλοσοφία. θεμελιώνοντας την παρατήρηση και την πείρα. που τα δεδομένα τους πρέπει να κρίνονται με βάση μόνο τη λογική.

Ένα από τα μεγαλύτερα διδάγματα του πατέρα της ιατρικής, ήταν η πεποίθησή του ότι κάθε αρρώστια αποτελεί μια φυσική εξελικτική διεργασία, ότι τα συμπτώματά της είναι οι αντιδράσεις του οργανισμού προς αυτή και ότι ο κύριος ρόλος του γιατρού είναι να υποβοηθήσει και να αυξήσει τις φυσικές δυνάμεις του ανθρώπου.

Από τις θέσεις αυτές, περιγράφει με ακρίβεια τις κλινικές εκδηλώσεις της φυματίωσης με αφετηρία μία επιδημία που ξέσπασε στην Ταρσό. Σ' αυτόν αποδίδεται και ο όρος "φθίση" που θα παραμείνει στη διεθνή βιβλιογραφία μέχρι το 1839 οπότε ο γερμανός γιατρός Johan Lucas Schonlein (1793-1864) θα δώσει στη νόσο το σημερινό της όνομα "φυματίωση".

Ο Ιπποκράτης έχει ασχοληθεί με τη φθίση σε ιδιαίτερο έργο του που δεν έχει διασωθεί.

Θα αναφέρουμε μερικές από τις πολυάριθμες παρατηρήσεις του μεγάλου δασκάλου πάνω στη νόσο:

Κύρια συμπτώματα θεωρεί το βήχα, την αιμόπτυση, τον πυρετό, τους ιδρώτες. Για το βήχα διακρίνει πολλά είδη π.χ. ξηρό, υγρό, χρόνιο, κενό (απτύελο), πνιγμώδη, θηριώδη, βίαιο, κερχαλέο, ρεγχώδη, επιδήμιο, δυσώδη, ισχυρό, λεπτό κλπ.

Ο όρος "απόχρεμψη" είναι και αυτός Ιπποκρατικός και όταν περιγράφει αυτή αναλύει και ξεχωρίζει αρκετά είδη πτυέλων. Αναφέρεται στη δύσπνοια των φθισικών και την αποδίδει στο πλήθος των "απέπτων" "πυκνών" κλπ. πτυέλων. Αλλά και την ορθόπνοια σε αυτά την αποδίδει, όπως και τα λεπτά «υπόχολα» κ.ά. πτύελα.

Υποσημαίνει τη συχνότητα των πνευμονικών παθήσεων στις γεροντικές ηλικίες και διαβλέπει σχέση μεταξύ δύσπνοιας του φθισικού και αιμόπτυσης ".....δύσπνοιαν αίματος ρύσις λύει.

Είναι σε θέση να ξεχωρίσει και να κατατάξει τις μορφές της στηθικής πάθησης (πλευρίτιδα, πνευμονία, πνευμονική φυματίωση) και να τις συσχετίσει με τις νευραλγίες του θωρακικού τοιχώματος: "άλγημα περί το στήθος και πλευρόν, βήξ, πυρετοί, απόχρεμψις πυώδης. Φθίσης κατέστη". Στον τομέα μάλιστα της κλινικής διάγνωσης, αναφέρεται ακόμη πως ο Ιπποκράτης από την άμεση στηθοσκόπηση μπορούσε να αναφερθεί σε παθολογικούς ήχους (πνευμονία κλπ., αλλά και ήχους τριβής). "Μέγα δέ ήγευμαι της τέχνης" είναι το δύνασθαι σκοπεῖν". Για τον πυρετό εκφράζεται ανάλογα με το στάδιο και τη βαρύτητα της φυματίωσης. Αναφέρει και περιγράφει ιδιαίτερα τη χοιράδωση, αλλά δεν τη συσχετίζει άμεσα με τη νόσο. Η «πληκτροδακτυλία» (Ιπποκράτειοι δακτύλιοι) είναι και αυτή ιπποκράτειος όρος και αποτελείτο συνηθισμένο σύμπτωμα της εξέλιξης της χρόνιας πνευμονικής φυματίωσης.

Τέλος, γνωστή για τον Ιπποκράτη είναι η σχέση της φυματίωσης του λάρυγγα, που ακολουθεί την πνευμονική μορφή της νόσου. Από την πλευρά της επισκόπησης αναζητούνται η αδυναμία, η "καθόλου αναιμική όψις", η ιδιοσυστασία, η απίσχναση. Ιδιαίτερα θα αναφερθεί στην πρόγνωση της νόσου, που εξαρτάται από τη βαρύτητα της γενικής κατάστασης του αρρώστου, του πυρετού, του μεγέθους και της χροιάς της αιμοπτύσεως, της ύπαρξης ή όχι ενοχλήσεων από το γαστρεντερικό και δέχεται πως η φυματίωση είναι η πιο σοβαρή, η πιο δύσκολη στη θεραπεία και η περισσότερο θανατηφόρα επιδημική ασθένεια.

Παρά τις τόσες παρατηρήσεις του δεν ασχολείται με τη μεταδοτικότητα της φυματίωσης, αλλά φαίνεται ότι αυτή ήταν γενικά παραδεκτή την εποχή εκείνη.

Τέλος, σφάλλει αποδεχόμενος την κληρονομικότητα της νόσου: "... εἰ γάρ ἐκ φλεγματώδους Φλεγματώδης και ἐκ χολώδους χολώδης γίνεται και ἐκ Φθινώδους φθινώδης και ἐκσπληνώδους σπληνώδης, τι κωλύει οτω πατήρ και μήτηρ εἶχετο, τούτω το νοσήματι και των εκγόνων ἔχεσθαι τινα; ὡς ο γόνος ἔρχεται πάντοθεν τού σώματος, ἀπό τε των ὑγιων υγιηρός, ἀπό τε των νοσερών νησηρός". Αλλά αναφέρεται και στην κληρονομική προδιάθεση.

Η θεραπεία της φθίσης κατά τον Ιπποκράτη, περιλαμβάνει κυρίως

υγιεινοδιαιτητική αγωγή και κλιματοθεραπεία. Ο υπερσιτισμός με ποιοτική όμως επιλογή κατέχει την πρώτη θέση στις οδηγίες του. Το κλίμα που προτιμούσε να στέλνει τους ασθενείς του ήταν το ξηρό της Αιγύπτου. Λιβύης κλπ. Υποστηρίζει τη λουτροθεραπεία με κρύο ή ζεστό νερό και τονίζει την αποφυγή της κόπωσης ιδιαίτερα στους αρρώστους με πυρετό.

Για φαρμακευτική αγωγή χορηγούσε πολλά κοινά φάρμακα για την καταπολέμηση του βήχα ή της αιμόπτυσης χωρίς όμως αποτέλεσμα.

"Η μετά τον Ιπποκράτη περίοδος της ιατρικής χαρακτηρίζεται από τη συνέχιση και εξέλιξη των θεωριών του μεγάλου δασκάλου. Τη σκυτάλη έχουν παραλάβει οι γιοί του Θεσσαλός και Δράκων, ο γαμπρός του Πολυβός, ο Διοκλής από την Κάρυστο, διάσημος γιατρός της εποχής και ο Μένων, μαθητής του Αριστοτέλη. Στη σχολή της Κώ ανήκει επίσης ο Κριτόδημος γιατρός του Μεγάλου Αλεξάνδρου. Τέλος ο Ιπποκράτης ο 4^{ος}, γιατρός της βασίλισσας Ρωξάνης. ήταν δισέγγονος του μεγάλου Κώου.

Σύγχρονα όμως και η φιλοσοφία βρίσκεται σε στενότερη σχέση με την ιατρική και οι δύο μαζί, μάλιστα, ασχολούνται με τη συστηματικότερη μελέτη της φύσης. Κύριες κατευθύνσεις της διδασκαλίας του Ιπποκράτη αναβιώνουν μέσα στα έργα του Πλάτωνα και του Αριστοτέλη.

Ο Αριστοτέλης, μάλιστα (384-322 π.Χ.) δημιουργός των πραγματικών βάσεων της επιστήμης της βιολογίας, αφήνει πίσω του έργο σημαντικότερο που αν και δεν επηρέασε πολύ τους γιατρούς της εποχής του άσκησε μεγάλη επίδραση στη σκέψη του μεταγενέστερου πολιτισμένου κόσμου μέχρι και το 16^ο αιώνα. Στο πεδίο της ιατρικής, λοιπόν, θεωρείται και αυτός πρωτοπόρος. Για τη φυματίωση ο μεγάλος φιλόσοφος έχει εκτός των άλλων να παρατηρήσει ότι: "Πρόσωπα που έρχονται σε επαφή με φθισικούς κολλάνε την ασθένεια και αυτό οφείλεται σε κάποια 'ύλη' που εκπνέεται από το στόμα του αρρώστου και ή όποια παράγει την φθίση". Πρόκειται για μια σπουδαία επιδημιολογική παρατήρηση από ένα φιλόσοφο που έζησε πριν 2300 χρόνια'.

ο Πλάτων (430-347 π.Χ.) αντιμετώπιζε με πεσσιμισμό τη νόσο και δεν συμβουλεύει θεραπεία και ιδιαίτερη φροντίδα για τους χρόνιους φυματικούς μια και

δεν είχαν να προσφέρουν κανένα πλεονέκτημα στην πολιτεία και τον εαυτό τους.

Μετά τη μείωση της αίγλης των σχολών Κνίδου και Κώ, ανέρχεται η περίφημη σχολή της Αλεξάνδρειας που συγκεντρώνει τον πλούτο της γνώσης τριών πολιτισμών δηλαδή Ελληνικού, Αιγυπτιακού και Ασιατικού. Οι ιατρικές αντιλήψεις της σχολής, σε ορισμένα σημεία έρχονται σε αντίθεση με εκείνες του Ιπποκράτη. Πάντως για τη φυματίωση ελάχιστα γνωρίζουμε από τους γιατρούς της εποχής, γιατί ελάχιστα αποσπάσματα έργων της Αλεξανδρινής Σχολής έχουν σωθεί και ευτυχώς που αυτά αναφέρονται στα βιβλία του Γαληνού.

Και ενώ η ιπποκρατική Σχολή Βρίσκεται προσκολλημένη στη χυμοπαθολογία και σαν αίτιο της φυματίωσης θεωρεί την "έλκωση" του πνεύμονα που προκαλείται από "κατάρρου" ο οποίος κατέρχεται από την κεφαλή ή από αιματηρά πτύελα ή από το βήχα, οι Αλεξανδρινοί υποστηρίζουν τη στερεοπάθολογία και αποδίδουν την αιτία της νόσου στην πληθώρα αίματος και στο μαρασμό.

Κύριοι εκπρόσωποι της σχολής ήταν οι διάσημοι γιατροί Ηρόφιλος και Ερασίστρατος.

Ο Ηρόφιλος (323-285 π.Χ.) συμβουλεύει τους πάσχοντες από φυματίωση να τρώνε αλίπαστα με ψωμί και επίσης χορηγεί για πρώτη φορά το φάρμακο θηριακή στη θεραπεία.

Ο Ερασίστρατος (310-250 π.Χ.), πάντα στηριζόμενος στο Γαληνό, συνιστά το λάχανο για την καταπολέμηση του βήχα και της αιμόπτυσης, όπως και το "ακόνιτον", φάρμακο που αποτελείται από διάφορα περίεργα και περισσότερο άχρηστα παρασκευάσματα.

Αξίζει όμως να σημειωθεί μια σωτήρια καινοτομία του μεγάλου φυσιολόγου και παθολόγου, που τη χρησιμοποιεί στις περιπτώσεις μεγάλων αιμοπτύσεων: Την περίδεση των μελών (αν και μερικοί ερευνητές αποδίδουν αυτήν στον Κέλσο και για την οποία πολύ αργότερα θα καρπωθεί τη δόξα ο Esmarch.

Ως προς τις θεραπευτικές γενικές αρχές κατά της φυματίωσης, δηλαδή υγιεινοδιαιτητική αγωγή, κλιματοθεραπεία κλπ. οι απόψεις Αλεξανδρινών και Ιπποκρατείων συμπίπτουν

Ένας άλλος μεγάλος γιατρός της εποχής που ασχολήθηκε με τη φυματίωση ήταν ο

Καπαδόκης Αρεταίος, εξάιρετος κλινικός, μάλλον ιπποκρατικός και μέλος της σχολής των εκλεκτικών. Έζησε το 2^ο αι. π.Χ. αιώνα και άφησε μια σαφέστατη και τέλεια περιγραφική εικόνα για τη νόσο. Αυτά δεν διαφέρουν βέβαια από τις τότε γνωστές περιγραφές αλλά ο Αρεταίος υποσημαίνει ορισμένα προδιαθετικά αίτια όπως η κακή σωματική διάπλαση, ο στενός θώρακας, οι προεξέχοντες ώμοι (που έχουν μορφή φτερών πουλιού), ο λάρυγγας που προεξέχει και ο αδύνατος αυχένας. Στη συνέχεια, πιστεύει πως ένα άτομο γίνεται φυματικό με διάφορους τρόπους. Σε πρώτο πλάνο ενοχοποιεί την πνευμονία, που μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονική διαπύηση (κατά τον Αρεταίο το πύον αποβάλλεται με εμέτους!) και αυτή με τη σειρά της προκαλεί εκτεταμένες ελκώσεις στον πνεύμονα που καταλήγουν στη φυματίωση. Μετά ακολουθούν οι αιμοπτύσεις, οι οποίες συχνά είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες, παρόλο που ο άρρωστος δεν χάνει τις ελπίδες του ακόμα και όταν πλησιάζει το τέλος.

Οι θεραπευτικές συμβουλές του Αρεταίου για την καταπολέμηση της νόσου στηρίζονταν στη γνωστή μέχρι τότε υγιεινοδιαιτητική αγωγή και χρησιμοποιεί ελάχιστα φάρμακα.⁸

1.3.Ελλάδα – Μεσαιωνικά χρόνια

Κατά τους πρώτους αιώνες της μεσαιωνικής περιόδου η φλόγα του πολιτισμού μόλις που διατηρείται στη Δ.Ευρώπη, αφού πρώτα έχει υποστεί σοβαρά πλήγματα από συνεχείς πολέμους, επιδημίες και αλλεπάλληλες βαρβαρικές επιδρομές.

Η ταχεία παράλληλα εξάπλωση του χριστιανισμού, αναχαίτισε την πρόοδο των γραμμάτων και των επιστημών και έδωσε άλλη κατεύθυνση στη μορφή της φιλοσοφίας και της τέχνης

Μέσα σ' αυτές όμως τις συνθήκες καταστροφής, γενικής αθλιότητας και ενός συνεχώς επεκτεινόμενου μυστικισμού και δεισιδαιμονίας, η εκκλησία του Χριστού είναι και η μόνη που μπορεί κάτω από τη σεβάσμια σκέπη της να προσφέρει συναισθήματα ελπίδας, ασφάλειας, φιλανθρωπίας,

Έτσι, ιδρύονται ασφαλή άσυλα, όπου ο δοκιμασμένος Ψυχικά βρίσκει ανάπαυση, ο βασανισμένος από τις άγριες μάχες ή τις φοβερές επιδημίες, περίθαλψη

και ζωογόνα γαλήνη. Σ' αυτές, λοιπόν, τις μοναδικές εστίες αγάπης και ανθρωπιάς, άτομα που έχουν απαρνηθεί τα εγκόσμια τολμούν να αγκαλιάσουν τον λεπρό, το φυματικό, τον άρρωστο από πανώλη... Και είναι οι ίδιες αυτές εστίες που θα προσφέρουν προστασία στην καταρρακωμένη ανθρώπινη γνώση.

Έτσι, η εκκλησία και το μοναστήρι εκτός από το φιλανθρωπικό και ανθρωπιστικό τους ρόλο, θα αποτελέσουν και το μόνο σχεδόν καταφύγιο του πνευματικού ανθρώπου και θα προσφέρουν τη δυνατότητα με σεβασμό και ευλάβεια τα επιτεύγματα του παρελθόντος.

Ξεχωριστή τιμή οφείλει ο πολιτισμός και το ευρωπαϊκό πνεύμα στους "αφανείς" κατά πλειονότητα ήρωές του που ταπεινά, υπομονετικά και σεμνά έσκυβαν κάτω από το φως του κεριού μέσα στα υγρά μουχλιασμένα κελιά των μοναστηριών του Μεσαίωνα να μελετήσουν, να διασώσουν και να εφαρμόσουν την αρχαία παράδοση.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες δημιουργήθηκε η μοναστηριακή ιατρική, η οποία με τα ιπποτικά της τάγματα μεσουράνησε και διατηρήθηκε επί πολλούς αιώνες.

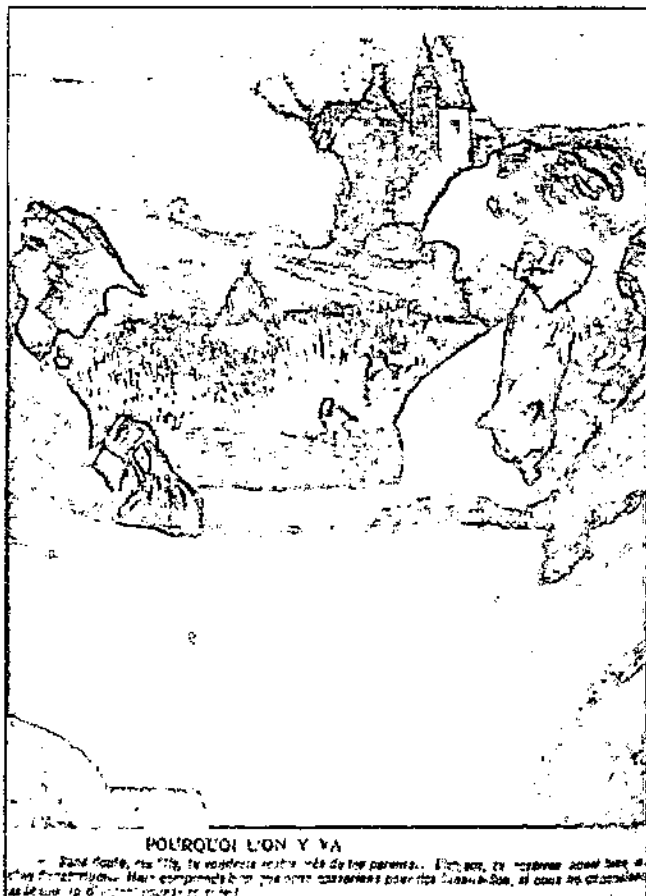
Οι μοναχοί-γιατροί του Μεσαίωνα γνώριζαν τη φυματίωση και φρόντιζαν τους φυματικούς έχοντας σαν πρότυπο, ουσιαστικά, τη Γαληνική διδασκαλία. Έτσι, από ένα κείμενο του Επίσκοπου Σιδώνας Απολληνάριου (430-489) πληροφορούμαστε ότι οι φυματικοί στέλνονταν σε μεταλλικές πηγές και άλλες ανάλογες θεραπευτικές συμβουλές. Η τάση βέβαια για έρευνα και αναζήτηση νέων δρόμων θεραπείας της νόσου είχε διακοπεί. Η ιατρική θα αποτελεί σε όλη τη διάρκεια του Μεσαίωνα έργο φιλανθρωπίας και μόνο. Κάθε έρευνα ή αμφισβήτηση του Γαλινισμού θεωρείται αιρετική και ύποπτη.⁸

Η παρακμή της μοναστηριακής ιατρικής θα συμπέσει με την εμφάνιση των πρώτων πανεπιστημίων στη δύση. Δημόσιες ανατομές ανθρώπινων πτωμάτων (απαγορευμένες μέχρι τότε) αρχίζουν να γίνονται και οι ερευνητές έχουν τη δυνατότητα να μελετήσουν έναν αριθμό πραγματικών περιστατικών.

Κατά το 15^ο αιώνα σημαντικά βήματα θα γίνουν στον τομέα ατομικής υγιεινής, απολύμανσης και διάγνωσης των μολυσματικών ασθενειών που οφείλονται κυρίως στη σκληρή πραγματικότητα και εμπειρία από τις επιδημίες της πανώλης.

Φυματίωση, λέπρα, ψώρα, άνθρακας, τράχωμα και βουβωνική πανώλη αναγνωρίζονται αμέσως και λαβαίνονται ειδικά μέτρα.

Η ειδική παθολογία βασίζεται στις θεωρίες των χυμών και διαθέσεων ώστε γενικά παραμένει στάσιμη. Έτσι και για τη φυματίωση δεν προχώρησε ούτε ένα βήμα, παρόλο που η αρρώστια θέριζε εκείνη την εποχή και μάλιστα σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης παρουσίαζε έξαρση. Η θεραπεία θα παραμείνει και αυτή στάσιμη σε όλη τη διάρκεια του μεσαίωνα. Εφαρμόζονταν οι αφαιμάξεις, οι καυτηριασμοί, τα λουτρά, οι αλλαγή στο κλίμα, η ανάλογη δίαιτα και όλες οι γνωστές από την εποχή των αρχαίων κλασσικών θεραπευτικές ενέργειες.



ΓΙΑΤΙ ΣΕ ΠΙΑΜΕ ΕΚΕΙ

- Χωρίς κριβολιά, κόρη μου, θα μπορούσες να μείνεις κοντά στους γονείς σου... Ασφαλώς, θα ανάσαινες το ίδιο καλά και εκεί, όπως και στο Σανκτόριο...

Αλλά, καταλαβαίνεις, θα μας θεωρούσαν Άφραγκους, αν δεν ξοδεύαμε αρκετά για να σε φροντίσουμε!
 (από Γαλλικό περιοδικό του τέλους του 19ου αιώνα)

Γ. ΜΕΡΟΣ 2

2.1 ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΚΑΙ ΣΑΝΑΤΟΡΙΑ ΣΤΟΝ 20^Ο ΑΙΩΝΑ

Η ιστορία του ελληνικού αντιφυματικού αγώνα είναι αναπόσπαστο τμήμα της νεοελληνικής ιστορίας. Κατά τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα η φυματίωση μετοίκησε από την ύπαιθρο στις ολοένα αυξανόμενες πόλεις, με τους εξαθλιωμένους εργάτες της βιομηχανικής επανάστασης. Κορυφώνεται την πρώτη δεκαετία του 20^{ου} αιώνα πλήττοντας κυρίως τα αστικά κέντρα με θνησιμότητα υψηλή-περίπου 34 θάνατοι ανά 10000 κατοίκους στις 12 μεγαλύτερες πόλεις.

Επακόλουθο αυτής της κορύφωσης ήταν η αναζήτηση σανατοριακών κλινών. Παρηγορητική αντιμετώπιση δόθηκε με την ίδρυση του νοσοκομείου «Σωτηρία» στην Αθήνα και την ενεργοποίηση «παρατημάτων φυματιόντων» στα γενικά νοσοκομεία και του «Νοσοκομείου σανατορίου Ασβεστοχωρίου» στη Θεσσαλονίκη 1925. Στην επαρχία οι φυματικοί είχαν αφθεί παντελώς αβοήθητοι, η πρόσβαση σε αυτά παρέμενε επί δεκαετίες προνόμιο της μεγαλοαστικής τάξης.

Με πρωτοβουλία τοπικών φορέων και κοινωνικών λειτούργησαν αργότερα τα σανατόρια του Πηλίου, Χανίων (1921), Πάτρας (1923), Διμεναρίων Θάσου για παιδιά (1924), Καβάλας, Χίου και Σύρου (1925), Κορφοξυλιάς Αρκαδίας (1930), Τρίπολης και αρκετών άλλων ως τον πόλεμο του 1940.

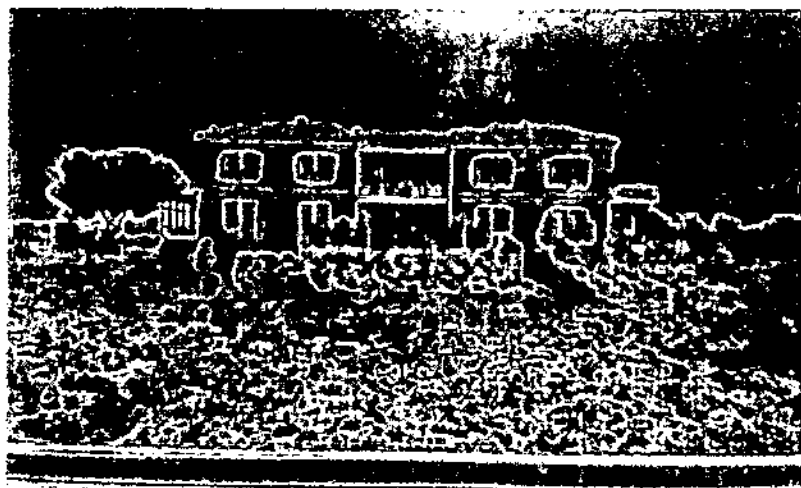
Η τοποθεσία των σανατορίων ποικίλει. Υπήρχαν τα : Ορεινά: Υψόμετρο 500 με 1500 μέτρα, όρη δενδρόφυτα, σε τοποθεσίες που δεν τις έπιανε πολύ ο αέρας, πλησίον δασών και ύδατος, χωρίς σκόνη, χωρίς καπνούς και ομίχλες. Υποτίθεται ότι γίνετο δέσμευσις απ' όλα αυτά, της ευεργετικής και θεραπευτικής δράσης, έτσι γράφουν τα παλιά βιβλία υπεριώδους ακτινοβολίας. Αυτά ήτανε για κλειστές, χωρίς σπήλαια δηλαδή και χωρίς αιμοπτύσεις για αβληχρές δηλαδή μορφές φυματώσεως. Πεδινά: Για ανοικτές πνευμονικές φυματώσεις με αιμοπτύσεις. Τα παραθαλάσσια: Κυρίως για ρυματώσεις οστών και αρθρώσεων. Το ίδρυμα που είναι στη Βούλα, γνωστό σε όλους, τα πλωτά, αυτά δεν πολύπιάσανε, δεν πολυευδοκιμήσανε και σανατόρια ή νοσοκομεία. Πλησίον των πόλεων: Κέντρα διαγνώσεως, διαλογής, επιτρέποντα

Επισκέψεις οικείων και τρόπον τινα γινότανε ένας εθισμός των ασθενών, εις τον νέο τύπο παρατεταμένης νοσηλείας. Τέτοιο είναι και η «Σωτηρία». Με

αυτή την προοπτική έγινε. Δεν έγινε δηλαδή πολύ μακριά από την Αθήνα όπως ήταν η Πάρνηθα, αλλά έγινε ακριβώς κοντά. Κοντά, λίγο πιο έξω από την Αθήνα. Και κατάλληλη διαίρεση, λαϊκά και όταν λέμε λαϊκά, ήτανε ή δημόσια, ή κοινοτικά, ή δημοτικά, ή φιλανθρωπικά. Και τα ιδιωτικά.⁹

2.2 ΑΘΗΝΑ-ΣΩΤΗΡΙΑ

Μεγάλες προσπάθειες έγιναν για την ανεύρεση κατάλληλου χώρου όπου θα ανεγειρόταν το σανατόριο «Σωτηρία». Μετά από αναζητήσεις, βρέθηκε χώρος στην περιφέρεια του κτήματος της Μονής Άγιος Ιωάννης ο Θεολόγος, νοτιοανατολικά της τοποθεσίας Γουδί. Ο χώρος αυτός ανήκε στη «Μονή Πετράκη» που το χρησιμοποιούσε ως βοσκότοπο. Κρίθηκε κατάλληλος επειδή παρόλο που βρισκόταν σε εξοχική τοποθεσία τότε δεν απήχε πολύ από την Αθήνα και η προσπέλασή του ήταν σχετικά εύκολη. Ακόμη, πληρούσε τους περισσότερους από τους όρους που ήταν απαραίτητοι, σύμφωνα με τις αντιλήψεις της εποχής, στην εκλογή οικοπέδου για την ανέγερση του σανατορίου.¹⁰



Η «ΣΩΤΗΡΙΑ» ΕΙΣ ΤΑΣ ΑΡΧΑΣ ΤΗΣ

Η Σοφία Σλήμαν υπήρξε επικεφαλής αυτής της ίδρυσης το 1902. Το πρώτο αυτό κτίριο της «Σωτηρίας», που θεμελιώθηκε στα 1903 και λειτούργησε αδιαλείπτως επί 60 τόσα χρόνια, περιβλήθηκε πλέον με τα συρματοπλέγματα της θανατικής του καταδίκης. Θα πέσει αύριο μεθαύριο, μπροστά στα μάτια μας, κι ύστερα τα συνεργεία θα μαζέψουν αδιάφορα, τα οχληρά συντρίμια.

Η πολιτεία παρακολουθεί σιωπηλή τις πρώτες αντιφυματικές προσπάθειες. Η σταθερή άνοδος της νοσηρότητας όμως αναγκάζει την Κεντρική Υγειονομική

Υπηρεσία να εξετάσει σοβαρά τις προτάσεις του Ιατροσυνεδρίου του 1909 και να αρχίσει να χρηματοδοτεί τη «Σωτηρία». Μετά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο, το κράτος θα αναλάβει πλήρως τη διοίκηση του ιδρύματος. Σύντομα, στο κοινωνικό πρόβλημα της ενδημικής φυματίωσης θα προστεθεί και το μικρασιατικό δράμα. Οι συνθήκες περίθαλψης στη «Σωτηρία» θα γίνουν εφιαλτικές. Ο δρόμος για την αντιμετώπιση ενός ακανθώδεις κοινωνικού και ιατρικού προβλήματος θα αποδειχθεί μακρύς.²

Τα επόμενα χρόνια της ίδρυσης και ίδρυσης της «Σωτηρίας» το διοικητικό συμβούλιο, εξαιτίας κιόλας των βαλκανικών πολέμων αδυνατεί να στηριχτεί στην κρατική επιχορήγηση και στρέφεται σε λαϊκούς εράνους και σε φιλανθρωπικούς χορούς με σκοπό να εξασφαλίσει τη λειτουργία και τη συντήρηση του νοσοκομείου. Το «Τριανταφυλλάκι» έρανος της 6^{ης} Δεκεμβρίου ου 1911 επέφερε μεγάλο χρηματικό ποσό αφού ευαισθητοποιήθηκε η αστική τάξη, έχοντας εκατοντάδες κυρίες και δεσποινίδες της αθηναϊκής κοινωνίας να προσφέρουν από ένα τριαντάφυλλο σε όσους έδιναν τον όβολό τους υπέρ του εράνου της «Σωτηρίας».

Δυο χρόνια μετά τη λειτουργία του 1^{ου} περιπτέρου της «Σωτηρίας» δημιουργείται το 2^ο περίπτερο το «Κυριαζίδειο» με δωρεά του ομογενή Επαμεινώνδα Κυριαζη. Ακολουθούν το 1908 «Αμπέτειο» με δωρεά του ομογενή Νικολάου Άμπετ, το 4^ο περίπτερο το «Λαϊκό» με δωρεά της Ανδρομάχης Μελά, κόρη της Σοφίας Σλήμαν. Το 1911 κτίστηκε το «Στρατιωτικό» περίπτερο από χρήματα που προήλθαν από έρανο ομογενών για τη χρηματοδότηση των βαλκανικών αγώνων. Το 7^ο περίπτερο που περατώθηκε το 1911 ονομάστηκε «Σπηλιοπούλειο». Τέλος το 1915 ολοκληρώθηκε η κατασκευή του Διευθυντηρίου με δαπάνη του Παναγιώτη Οικονόμου.



Το "Τριανταφυλλάκι", προϊόν ενός αλγερμάρετου εράνου που γέμισε την παλιά Αθήνα με τριαντάφυλλα.

Σημαντικό ρόλο στον αντιφυματικό αγώνα έπαιξε η σχολή αδελφών στη «Σωτηρία». πρώτη προσπάθεια ίδρυσης αναφέρεται από τον Βαλτή το 1935. Η σχολή αυτή ήταν τμήμα του φυματιολογικού κέντρου που ιδρύθηκε με δωρεά αγνώστου ομογενούς ύψους 50 εκατομμυρίων

Ο ιατρός Δ.Ασίμης, μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου, οργανώνει και διευθύνει Σχολή Νοσοκόμων στη "Σωτηρία", το 1936, η οποία αποτελείται κατά μέγα μέρος από φυματικούς της "Σωτηρίας", που μετατρέπονται σε πρακτικούς νοσοκόμους και νοσοκόμες, μετά την αποθεραπεία τους. Το προσωπικό αυτό πρωτοστατεί στη λειτουργία και στην αναμόρφωση του σανατορίου. Ο Μεταλλινός συχνά φωτογραφίζεται με αδελφές και νοσοκόμους και τους προβάλλει με κάθε ευκαιρία. Η τύχη της Σχολής αυτής είναι άγνωστη. Στην κατοχή, ο "Οίκος Αδελφών" μετατρέπεται σε Σανατόριο Αναπήρων Πολέμου. Το κτίριο αυτό κτίσθηκε από τον Μεταλινό το 1938 και περιλάμβανε Οίκο Αδελφών για 200 κοπέλες και Σχολή για 100 μαθητές, με όλη την αναγκαία υποδομή.



Με τη χαρακτηριστική βραδυπορία του, το κράτος αναγνώρισε μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο την συσσωρευμένη εμπειρία που είχε αποθησαυρισθεί στη "Σωτηρία" για τη νοσηλεία και τη φροντίδα των φυματικών ασθενών. Έτσι, μετά τη δημιουργία Πανεπιστημιακής έδρας Φυματιολογίας, αποφασίσθηκε η ίδρυση Σχολής Νοσηλευτριών, μέσα στα όρια του σανατορίου.

Η Σχολή Νοσηλευτριών της Σωτηρίας επανιδρύθηκε 46 χρόνια μετά την

ίδρυση του νοσοκομείου το 1949. Μέχρι εκείνη την εποχή, το σανατόριο υπέφερε από την παρουσία νοσηλευτριών με ελλιπέστατη εκπαίδευση.

Οι μόνες οργανωμένες σχολές νοσηλευτριών που υπήρχαν μέχρι τότε ήταν του νοσοκομείου "Ο Ευαγγελισμός" και του "Ερυθρού Σταυρού", οι δε εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες απορροφούνταν αμέσως από τα νοσοκομεία αυτά.

Η νεοσυσταθείσα σχολή ήταν μονοετούς φοίτησης, πολύ αργότερα έγινε δι-ετούς, και αποκλειστικό σκοπό είχε να στελεχώσει γρήγορα το νοσοκομείο. Η φτώχεια της μετακατοχικής εποχής και του εμφυλίου πολέμου ήταν μεγάλη και πολλές κοπέλες βρήκαν στους κόλπους της σχολής καλό φαγητό, ζεστασιά αλλά και μόρφωσή, που ήταν αδύνατο να τους προσφέρει η οικογένεια τους. Έτσι, μέσα στο χώρο αυτό, ένιωσαν προστατευμένες και απέκτησαν μια δεύτερη οικογένεια.

Η πρώτη διευθύντρια της Σχολής, η ελβετίδα E. Nussbaum στάλθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας για να οργανώσει τη Σχολή και να εκπαιδεύσει τις πρώτες διπλωματούχες νοσηλεύτριες, τις επονομαζόμενες κοροΐδευτικά "προφασσόρες" από τις παλιές πρακτικές νοσοκόμες. Η εκπαίδευση περιλάμβανε διδασκαλία ανατομίας, πνευμονολογίας, παθολογίας και χειρουργικής θώρακος. Οι εκπαιδευόμενες περνούσαν για μικρό χρονικό διάστημα από όλα τα τμήματα του

Νοσοκομείου "και έπαιρναν το πτυχίο τους μετά από απολυτήριες εξετάσεις, αυτές δε που άριστευαν είχαν δικαίωμα επιλογής τμήματος. Η εκπαίδευση ολοκληρωνόταν με την "εξωσχολική μόρφωση". Πέραν της βιβλιοθήκης των ασθενών, υπήρχε η βιβλιοθήκη των νοσηλευτριών. Κάθε θάλαμος με 3 νοσηλεύτριες είχε δικαίωμα δανεισμού ενός βιβλίου για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Έτσι, κοπέλες που ήρθαν από την επαρχία, έχοντας τελειώσει μόνο το Δημοτικό, μπόρεσαν να συμπληρώσουν τη μόρφωσή τους και να σταθούν επάξια δίπλα στους γιατρούς της εποχής. Τη Σχολή της "Σωτηρίας" χαρακτήριζε η αυστηρότητα. Οι τότε μαθήτριες ήταν υποχρεωμένες κατά την επίσκεψη του διευθυντή να σκύβουν το κεφάλι και να έχουν τα χέρια πίσω. Δεν είχαν το δικαίωμα του «οκτάωρου», ούτε σαν μαθητευόμενες αλλά ούτε και σαν διπλωματούχες. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του χειρουργείου, όπου εργαλειοδότρια αδελφή δεν είχε δικαίωμα να φύγει αν δεν τελείωνε η επέμβαση, ούτε και να αντικατασταθεί από άλλη κατά τη

διάρκεια αυτής. Οι τότε χρησιμοποιούμενες γυάλινες σύριγγες αποτελούσαν τον τρόπο των νοσηλευτριών, διότι αν έσπαζαν κατά λάθος κάποια σύριγγα, την πλήρωναν από το υστέρημά τους (μισθός 350 δρχ.), ενώ αντίστοιχη ζημιά που οφειλόταν γιατρό, δεν επέσυρε ανάλογη ποινή.

Οι δεσμοί που δημιουργούνταν μεταξύ των μαθητριών ήταν ισχυροί. Το βράδυ των Χριστουγέννων γύριζαν με τις μπλε κάπες τους από κλινική σε κλινική τραγουδώντας την "Άγια Νύχτα" και απαλύνοντας έτσι τον πόνο των ασθενών. Εκείνη την νύχτα, παρέμεναν περισσότερη ώρα στο Αμερικάνικο, το κτίριο όπου νοσηλεύονταν τα φυματικά παιδάκια. Τους μοίραζαν δώρα, που είχαν ετοιμάσει οι ίδιες. Ποτέ δεν ξέχασαν επίσης το πίσω μέρος της Σωτηρίας τις φυλακές, όπου κρατούνταν πολιτικοί κρατούμενοι, όταν την Πρωτομαγιά ετοίμαζαν στεφάνια με γαρύφαλλα και τα μοίραζαν σε όλους.

Και όμως αυτές οι νοσηλεύτριες, που καθημερινά έδιναν τη ζωή τους για τον ασθενή, στα 1960, βρέθηκαν μέσα σε μια νύχτα από τον καινούριο Οίκο Αδελφών σε παρατημένο κτίριο παλαιάς κλινικής της Σωτηρίας. Το κράτος καταπατούσε έτσι το κληροδότημα της Σοφίας Σλήμαν. Ο διωγμός της Σχολής Νοσηλευτριών της "Σωτηρίας" από τον φυσικό της χώρο αποτέλεσε την πρώτη μιας μακράς σειράς επίσημων αρπαγών που διαμέλισε και υποβάθμισε έναν χώρο μακρόχρονης ιατρικής και νοσηλευτικής προσφοράς. Ο Οίκος Αδελφών αποτέλεσε το πρώτο κτίριο του Γενικού, Κρατικού, Νοσοκομείου «Γεώργιος Γεννηματάς»

Η Σχολή μετατράπηκε, στα 1957 σε μονοτάξιο Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων Σανατορίου Σωτηρία "Σοφία Σλήμαν" και αργότερα, στα 1962, συμπεριέλαβε και 10 άνδρες σπουδαστές, μεταξύ αυτών που είχαν υπηρετήσει 2 τουλάχιστον χρόνια στο σανατόριο ή σε άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Μιλώντας κανείς με κάποιες από τις εκπροσώπους εκείνης της πρώτης γενιάς νοσηλευτριών, όσων ακόμη είναι εν ζωή, νιώθει να του μεταδίδεται η χάρη της ηρωικής νοσηματοδότησης της ζωής, που παρά τις στερήσεις και τις κακοτυχίες οδηγεί σ' ένα αίσθημα ολοκλήρωσης. Η Ζωή Καλαμάρα διευθύνουσα της Σχολής κατά τη δεκαετία του 1970 πρωτοστάτησε σε μεγάλους αγώνες για την καλή λειτουργία της σχολής, υποστηρίζοντας ότι το «εγώ» πρέπει να φτάνει «εμείς». ²



Τα έτος 1950-1951



2.2.1. Η Μαρία Πολυδούρη και οι λογοτέχνες της Σωτηρίας



Η Μαρία Πολυδούρη:
Γαρία, 1927.

Η Μαρία Πολυδούρη αναζητά ένα κρεβάτι στη Σωτηρία επιστρέφοντας από το Παρίσι με ενεργό φυματίωση και ενώ η φήμη της σαν σημαντική ποιητική φωνή της γενιάς της αρχίζει να απλώνεται στην Αθήνα. Ο Άγγελος Σικελιανός επισκέφτηκε τη φυματιώσα ποιήτρια της «Σωτηρίας» κατά τους τελευταίους μήνες της νοσηλείας της εκεί, λίγο πριν από τη μεταφορά της στην κλινική του Χρηστομάνου, όπου άφησε την τελευταία της πνοή.

Εκτός από την Πολυδούρη, πολλές ελπιδοφόρες φωνές των ελληνικών γραμμάτων μέτρησαν δύσκολες μέρες στη «Σωτηρία». Ο Γιάννης Ρίτσος και ο πρόωρα χαμένος Γιώργος Δενδρινός είναι δύο από αυτές.

Η αδερφή του Γιάννη Ρίτσου, Λούλα, αφηγείται «βρισκόμασταν στο χειμώνα του 1926, δεν μπορώ να προσδιορίσω μήνα και μέρα. Όταν ξυπνάω ανήσυχη ένα πρωινό ...κάλιο να με χτύπαγε κεραυνός. Ο Γιάννης μου γερμένος στο παλιό

λαβομάνο του δωματίου μας...η λεκάνη κατακόκκινη...είχε κάνει αιμόπτυση. Δεν μπορούσε να μιλήσει...το στόμα του γεμάτο αίματα. Είχε φοβηθεί πολύ και εγώ περισσότερο. Ταραχτήκαμε. Ότι πάει τρύπωσε το κακό στην οικογένεια μας. Τούτο που μας έτυχε ήταν αναπάντεχο και για τους δυο μας. Τον σκούπισα και τον έπλυνα...τρέχω έξω και παίρνω τους δρόμους κατά την Ομόνοια. Θυμόμουν ότι αρχές Αγίου Κωνσταντίνου είχε το ιατρείο του ένας πατριώτης μας, Κουμουτσάκος λεγόμενος...

Με την υποτροπή ο καλός μας ο Κουμουτσάκος σήκωσε τα χέρια, τώρα έκρινε απαραίτητο να μπει ο Γιάννης σε κλινική για πολύ καιρό. Ίσως χρόνια... Τέλος Ιανουαρίου 1927, ο Γιάννης μπήκε στην κλινική Παπαδημητρίου, ο οποίος ήταν και διευθυντής στη

Σωτηρία έτσι μπορούσε να μας διευκολύνει- με το αζημίωτο- για την εισαγωγή του κατόπιν στο σανατόριο. Τότε χρειαζόταν μέσον για να πιάσεις ένα κρεβάτι, περίμεναν χιλιάδες. Ορισμένοι γιατροί της «Σωτηρίας» είχαν κάνει περιουσίες. Μόλις έκλεινε ο άρρωστος 3 χρόνια ήταν δεν ήταν καλά τον έδιωχναν για να πάρουν σειρά οι υπόλοιποι». ²

2.2.2. ΙΩΑΝΝΗΣ ΒΑΛΤΗΣ

Στα 1930, στον οργανισμό του νοσοκομείου εμφανίζεται για πρώτη φορά ο θεσμός του επιστημονικού συμβουλίου με πρόεδρο το Διευθυντή του Φυματιολογικού Κέντρου. Ήδη το νοσοκομείο ήταν το μεγαλύτερο της χώρας με δύναμη 1000κλινών. Στην ανάπτυξη του φυματιολογικού κέντρου που είχε καθαρά ερευνητικό χαρακτήρα. Με δικά του εργαστήρια και πλήρη αυτοδυναμία, αφιέρωσε τη ζωή του ο διεθνούς κύρους φυματιολόγος Ιωάννης Βαλτής. Το κέντρο χρησιμοποιούσε 150 κλινικές στα περίπτερα Φιλελλήνων (σημερινή ψυχιατρική κλινική), στρατιωτικό και χειρουργικό (σημερινό Κ.Α.Α.). ²

Παραδοχή

*Νικημένος απ' το γαλάζιο
Με το κεφάλι ακουμπισμένο
στα γόνατα της οικίας
Πεθαμένος από ζούγ
Πεθαμένος από νόση
Βουλωμένος κέτου
απ' τη φροιά του
Και το φέτα σελιούνας
στη μασχάλη του
Ποσάρω της μάρας
δεν άβρισκε επίσημα
Μήτε σ' ένα χαλίτι της ακέφης του.
Είπεν έτοιμος για τον έθνα
Και για το θάνατο.*

Από τις

*«Σημειώσεις στα
Περσικά του Χρόνου»*

του Γιάννη Ρίτσου

Η αφοσίωση, η εργατικότητα και η προσωπικότητα του Βαλτή σημάδεψαν την πορεία του νοσοκομείου για τις επόμενες 2 δεκαετίες. Συγκέντρωσε ερευνητές και κλινικούς, δίδαξε φοιτητές της ιατρικής και νοσηλευτές και καθιέρωσε τη Σωτηρία ως κέντρο αναφοράς για τη φυματίωση. Ο πρόωρος θάνατός του, στα 1950, όχι μόνο άφησε δυσαναπλήρωτο κενό στο νοσοκομείο, αλλά και σήμανε την οριστική διάλυση του Φυματιολογικού Κέντρου από το κράτος.²

2.2.3. Δημήτριος Χαροκόπος

1939. Ο Δ. Χαροκόπος γεννήθηκε στη Σμύρνη της Μικράς Ασίας, στα 1901 και πέθανε στην Αθηνά, στα 1968. Η διαδρομή του συνέδεσε τα ορεινά σανατόρια του Καραμάνη στο Πήλιο και του Μπόμπολα στη Βυτίνα, την πανεπιστημιακή κλινική του Μενέλαου Σακορράφου στη «Σωτηρία», την 3^η (όπου υπήρξε επιμελητής), την 5^η Πνευμονολογική Κλινική του ίδιου νοσοκομείου(διευθυντής), αλλά και σημαντικά μετεκπαιδευτήκα κέντρα της Ελβετίας και των Παρισίων. Η επίσημη διατριβή του αφορούσε επίσης τη «Θεραπεία της φυματίωσης δια της φρενικεκτομίας (Μάρτιος 1936).

Ο Δημήτριος Χαροκόπος υπήρξε από τους επικεφαλής στον αγώνα των Ελλήνων Φυματιολόγων για την καθιέρωση της Κοινωνικής Ασφάλισης, σαν απαραίτητο βήμα για την πρόοδο του αντιφυματικού αγώνα στην πατρίδα μας. Διατύπωνε τις απόψεις του σε κάθε ευκαιρία. Τον Απρίλιο του 1935 συνέταξε και συνυπέγραψε(μαζί με τον Μ. Σακορράφο, τον Ν. Οικονομόπουλο και άλλους) το "Υπόμνημα της Ελληνικής Φυματιολογικής Εταιρείας επί του νομοσχεδίου περί αντιφυματικού αγώνος" που θεωρείται προάγγελος της θέσπισης της Κοινωνικής Ασφάλισης από την κυβέρνηση Μεταξά.



Ο γυναικός J. Χαροκόπος σε απόμακρες χρονιές στιγμές του βίου του

Εκτεθειμένος στο ανίατον των φυματικών ασθενών του ο Χαροκόπος ανέπτυξε εκτός από τις ενίοτε σωτήριες επεμβατικές πρακτικές του, και μια βαθιά ανθρωπιστική προσέγγιση που άφησε ανεξίτηλα τα ίχνη της στους άλλους, αλλά και στον ίδιο: Πέθανε φτωχός.²

2.2.4. Μ.Μεταλλινός

"Το εν Αθήναις εδρεύον Θεραπευτήριον «Σωτηρία» μεταβάλλεται από της δημοσιεύσεως του παρόντος Νόμου εις Νοσοκομείον- Σανατόριον..." Η κατά προτεραιότητα μετατροπή της «Σωτηρίας» από άσυλο σε νοσοκομείο προέβλεπε την οργάνωση ενός Φυματιολογικού κέντρου για την περίθαλψη, τη θεραπεία και τη διαπαιδαγώγηση των φυματικών, καθώς και τη διδασκαλία και ανάπτυξη της ειδικότητας της Φυματιολογίας. Το σχέδιο υλοποιήθηκε από δεκαμελές Διοικητικό Συμβούλιο με επικεφαλής τον καθηγητή της ιατρικής σχολής Μαρίνο Γερουλάνο και έναν Γενικό Διευθυντή Κερκυραίο γιατρό Μάνθο Μεταλλινό.

Αν και η ιστορική ανάλυση αποστρέφεται την προσωποποίηση των εποχών, η εποχή του διοικητικού εξορθολογισμού και της ανάπτυξης στην πολύπαθη «Σωτηρία» έχει το πρόσωπο του Μεταλλινού. Ο Γενικός Διευθυντής συγκρούστηκε με την ασχήμια και την οπισθοδρόμηση, ολοκλήρωσε την κτιριακή υποδομή και εξωράισε το πρόσωπο του ιδρύματος στην κοινωνία. Οι πρώτοι έλληνες Φυματιολόγοι βρήκαν

έτσι ένα γόνιμο περιβάλλον ώστε να δώσουν στην κοινωνία τις πρώτες γενιές Φυματιολόγων.

Επί διευθύνσεως Μεταλλινού ολοκληρώνεται η κατασκευή των κτιρίων «Μέγα Λαϊκό», «Χειρουργική Κλινική» (όπου αργότερα στεγάσθηκε το Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας), «Λαναρά» και «Λοβέρδειο». Επίσης ανεγείρονται τα κτίρια «300 Γυναικών», «300 Ανδρών», «Οίκος αδελφών» και «Μαγειρεία-Πλυντήρια». ²



Ο Μ. Μεταλλινός την εποχή που διεύθυνε τη «Σωτηρία»

2.3. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Η κατάσταση στη «Σωτηρία» αποτελεί δείγμα μόνο της εκρηκτικότητας του προβλήματος της νοσηλείας και της προφύλαξης από τη μετάδοση της φυματίωσης στην ελληνική επικράτεια. Η κυβέρνηση των Φιλελευθέρων επιστρέφει στην εξουσία στις 18 Αυγούστου 1928. Εκπονείται τότε ένα φιλόδοξο πρόγραμμα για «την καταπολέμηση της φυματίωσης» που παράγει σειρά νόμων και διαταγμάτων. Έτσι, με το νόμο 3874 της 11.2.29 επιτράπηκε η παραχώρηση δασικών ή αγροτικών εκτάσεων για την ίδρυση νοσοκομείων φυματιόντων, σανατορίων και αεροθεραπευτηρίων. ²

Το νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου» στο χώρο του οποίου ο καθηγητής Χρήστος Βάμβαλης διακονεί κοντά 40 χρόνια είναι πολεμικό προϊόν! Ξεκινά στα 1925 ως

«νοσοκομείο σανατόριο Ασβεστοχωρίου» (αφού η πληθυσμιακή έκρηξη της Θεσσαλονίκης έγινε μετά το 1922) αφού η πολιτεία σκέφτηκε και απομόνωση των φυματικών και ασφάλεια των υγιών να ιδρύσει το παραπάνω νοσοκομείο σε γεωγραφικό ύψος 450μέτρα (ενώ για ένα σύγχρονο γιατρό όσο ψηλότερα τόσο χειρότερα για έναν αναπνευστικό άρρωστο). Η σύσταση του εδάφους αποτελείται σχεδόν αποκλειστικά από ανθρακικό ασβέστιο, γιατί το ασβέστιο θεωρούνταν συμπλήρωμα της θεραπείας του φυματικού.

Αρχικά εμφανίστηκαν αντιφράσεις από τους Ασβεστοχωρήτες, που αργότερα ξεπεράστηκαν και συμπορεύτηκαν και αλληλοστηρίχτηκαν με το σανατόριο. Το μέγιστο μέρος του προσωπικού του σανατορίου ήταν Ασβεστοχωρήτες, το δε χωριό είχε και έμμεσα οφέλη διότι λόγω της επιλογής του χώρου για σανατόριο ανέβηκε το κλιματολογικό prestige του χωριού που κατέστη προσφιλέστατο θέρετρο για τους φυματιωφοβούμενους Θεσσαλονικείς.¹¹

Στην αρχή οι άρρωστοι ήταν ελάχιστοι, στη συνέχεια υπήρξε μεγάλη ζήτηση κλινών. Δόθηκε το δικαίωμα σε όποιον επίβουλο νοσηλείας να χτίζει μικρό δωμάτιο με φορητή τουαλέτα. Τροφή – θεραπεία μέριμνα του κράτους. Όταν άδειαζε το δωμάτιο περιερχόταν στο κράτος με αποτέλεσμα να γεμίσει το νοσοκομείο παραγκάκια.



Η «κανονική» δόμηση, με κτίρια που υπάρχουν ακόμα, φαίνεται ότι άρχισε το 1928, όταν το ταμείο καπνεργατών έχτισε το πρώτο περίπτερο (έτσι λέγονταν τότε τα κτίρια) αποκλειστικά για καπνεργάτες. Το 1929 ο αντιφυματικός σύνδεσμος αποφάσισε να κτισθεί περίπτερο. Με ταχύ ρυθμό κτίζονταν συνεχώς περίπτερα. Το 1933-34 μεταφέρθηκαν στο ΝΣΑ όλοι οι φυματιώντες από την Καλαμαριά και το

Χαρμάνκιοϊ. Το 1936 άρχισε το κτίσιμο του πέτρινου κτιρίου, που θα αποτελούσε το κύριο κτίριο του ΝΣΑ. Σταμάτησε όμως με την έναρξη του 2^{ου} παγκόσμιου πολέμου.

Το 1936 άρχισε και η δενδροφύτευση του ΝΣΑ με πεύκα. Μέχρι τότε (και σήμερα ασφαλώς) την περιοχή κατείχε το πουρνάρι, η ρίζα του οποίου χρησιμοποιήθηκε σαν αντιφυματικό φάρμακο! (ίσως αυτό να το υπέβαλαν ή επέβαλαν οι φουρναραίοι της Θεσσαλονίκης, που νέμονταν το υπερκείμενο φυτό για τους φούρνους τους). Ωστόσο, τα φυτευθέντα τότε πεύκα εν πολλοίς εξεμέτρησαν το ζειν. παρά δε και τις έγγραφες πολλοίς εξεμέτρησαν το ζειν, παρά δε και τις έγγραφες επισημάνσεις του γράφοντος οι περιοχές γύρω από τα κτίρια κοντεύουν να γίνουν σεληνιακά τοπία.

Με το τέλος του πολέμου συνεχίσθηκε το κτίσιμο του "πέτρινου", που ολοκληρώθηκε το 1956. Εκεί εγκαταστάθηκε ο κύριος όγκος του ΝΣΑ και πιο συγκεκριμένα: τρεις φυματιολογικές κλινικές (δύο των 180 περίπου κλινών και μία των 130), η χειρουργική κλινική, τα εργαστήρια, η Διοίκηση, τα μαγειρεία κλπ. Τότε έγινε και το ξήλωμα των παραγκών. Έμειναν μόνο δύο όμορφα κτίρια (παλιά διεύθυνση ονομάζονται), που χρησιμοποιούνται ακόμη για αποθήκες φακέλων νοσηλείας!

Υπήρξε μέριμνα για το χτίσιμο εκκλησίας. Αυτό ήταν σκόπιμο - απαραίτητο, αφενός γιατί οι "έγκλειστοι" ασθενείς που έμεναν μέσα στο ΝΣΑ και εφόρου ζωής ενίοτε, ζητούσαν την εξ ύψους παρηγορία και αφετέρου

για να "διαβάζονται" οι όχι λίγοι αποδημούντες... Ως φοιτητής (1948-49) θυμάμαι ότι το σανατόριο ήταν ο κύριος προμηθευτής πτωμάτων για την άσκησή μας στο ανατομείο. Ακόμη υπήρξε πρόβλεψη και για θέση ιερέως στο ΝΣΑ (δεν ξέρω αν υπάρχει ακόμη, αλλά για πολλά χρόνια ο παππός κάθε πρωτομηνιά ερχόταν και μας ράντιζε με αγιασμό στα γραφεία μας!).

Το ΝΣΑ διέθετε ιδιόκτητη ιπήλατη νεκροφόρα με διορισμένο... σταβλάρχη. Το επιβλητικό άλογο, κοκκινωπό στο ανοικτό, με τον υπηρέτη του, χρησιμοποιούνταν και για την αποκομιδή των σκουπιδιών. Με τον ίδιο αμαξηλάτη, βέβαια, αλλά με άλλο όχημα, ανατρεπόμενο, όπως τα κλασικά "κάρα του Δήμου".

Υπήρχε και υπηρεσιακός κουρέας ή και κουρείς, που περιποιούνταν τους αρρώστους στο κρεβάτι. Α κόμη δε και αξιοπρεπές κουρείο για το προσωπικό. Με τη μετεξέλιξη το ΝΣΑ το κουρείο αυτό καταργήθηκε. ¹¹

Το νοσοκομείο διέθετε και λεωφορείο που ονομαζόταν «Χειμάρα» για το λόγο ότι ήταν πολύ μακριά από την πόλη.

Η σύνθεση του σανατορίου αποτελούνταν από έξι παθολογικές κλινικές, μια χειρουργική, ένα εξωτερικό ΩΡΛ ιατρείο, οδοντιατρείο, ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο. Η όλη δυναμικότητα του σανατορίου Ασβεστοχωρίου ξεπερνούσε τους 900 ασθενείς.

Όσον αφορά τα χωροταξικά το 1960 υπήρχαν τα κτίρια: Πέτρινο, Σερραϊκό, Ζωοδόχος πηγή, Παιδιατρικό και Σχολείο, Τρίδυμο, κτίριο προσωπικού και το καρδιοχειρουργικό κέντρο.

Το Πέτρινο κατείχε το υψηλότερο σημείο του νοσοκομείου. Ο Πύργος του ηγεμόνα. Στα πόδια του απλώνονταν τα «περίπτερα» που αναφέρθηκαν ήδη ιστορικά. Όλα βρίσκονται νότια και δυτικά του πέτρινου. Κατά σειρά:

Σερραϊκό. Δυόροφο με ημιυπόγειο που στέγαζε 120 περίπου άρρενες ασθενείς. Μετά το σεισμό μάλλον υπο ή ετεροαπασχάζεται. Οι νοσηλευτικές του κλίνες εξέκλιναν του προορισμού τους!

Ζωοδόχος Πηγή, το Ζήτα Πι(ΖΠ). Γιόρταζε την ομώνυμη γιορτή. Διώροφο με ημιυπόγειο, με περίπου 120 κρεβάτια γυναικών. Η θέση του, κοντά στο δασύλλιο, προσφερόταν για ειδύλλια. Σήμερα στεγάζει κλινικές διαφόρων ειδικοτήτων: Οφθαλμολογική, ΩΡΛ, Πανεπιστημιακή Νευρολογική.

Παιδιατρικό και σχολείο. Μεταξύ του Σερραϊκού Και Ζ.Π. υπήρχε, και υπάρχει, μικρό περίπτερο 33 θέσεων, κατ' επιθυμία του δωρητή. Σ' αυτό νοσηλεύονταν παιδιά, αλλά και γυναίκες, εφ' όσον υπήρχαν κρεβάτια. Ιατρικά υπαγόταν στο Ζ.Π. Δίπλα στο παιδιατρικό ήταν το Μονοτάξιο Δημοτικό Σχολείο. Λειτουργούσε μια δασκάλα που δίδασκε σε νοσηλευόμενα παιδιά, για να μη χάσουν, λόγω της μακροχρόνιας νοσηλείας τους, σχολική χρονιά! Στους χώρους αυτούς λειτουργεί σήμερα η Γναθοχειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου.



Η νοσηλεύτρια Δώρα Μιχαηλίδου (μετέπειτα προϊσταμένη του Κ.Α.Α.) με φαρμακικά παιδιά στο Αμερικάνικο.



Το πρώτο υπαίθριο αντιφυματικό σχολείο.

Τρίδυμο. Τρία αυτοτελή, στοιχημένα περίπτερα με περίπου 120 κρεβάτια γυναικών. Μετά το σεισμό του 1978 έγιναν μεγάλες αναδομήσεις, σε τρόπο που τίποτε δεν θυμίζει τρίδυμο. Και, παραδόξως, έγινε καλλίτερο.

Κτίριο Προσωπικού. Στο δυτικότερο σημείο του ΝΣΑ υπήρχε διώροφο κτίριο, κατοικία του προσωπικού. Σ' αυτό, με ιεραρχική τάξη, διέμενε ακόμη και το ανώτερο προσωπικό, προπολεμικά δε και οι γιατροί. Σε περίοπτη θέση, θυμάμαι, διέμενε ο γραμματέας του ΝΣΑ με την επίσης υπάλληλο του Νοσοκομείου, σύζυγό του, άτεκνοι ασφαλώς. Στη συνέχεια, με σεβασμό στην ιεραρχία, οι άγαμες προϊστάμενες, οι μάλλον απλές αδελφές, οι καθαρίστριες -καθαριστές κλπ. Το βιοτικό επίπεδο δεν προέβλεπε έξοδα για διαβίωση του άγαμου προσωπικού έξω από την θαλπωρή του νοσοκομείου. (Σημείωση: Για την "καλή" λειτουργία των κλινικών, και κυρίως του πέτρινου κτιρίου, προβλέφθηκε αρκετά ευπρόσωπος χώρος, με λουτρό κ.λ.π., για υπνοδωμάτιο, ή και άλλη χρήση, του διευθυντή. Είχαν πολύ υψηλό prestige τότε οι διευθυντές. Και παρεμπιπτόντως: το αρχικό γραφείο του καθηγητή -διευθυντή της Φυματιολογικής κλινικής του Πανεπιστημίου κατέλαβε ένα υπνοδωμάτιο διευθυντή, παραβιασθέντος του μέχρι τότε ...αβάτου.

Έτσι ξεκίνησε το ξήλωμα των διευθυντικών προνομίων και σταμάτησαν τα θρυλούμενα μυστικά της κρεβατοκάμαρας

Στο ισόγειο του κτιρίου προσωπικού λειτουργούσε "αίθουσα πολλαπλών χρήσεων", με θεατρική σκηνή, κινηματογραφική οθόνη και με πάνω από 300 καθίσματα! Στην αίθουσα αυτή γίνονταν ομιλίες, λόγοι πανηγυρικοί, τελετές

διάφορες, όπως Π.χ. η κοπή βασιλόπιτας Κ.λ.π. Τις εκδηλώσεις παρακολουθούσε το προσωπικό αλλά και οι ασθενείς, που στην εποχή μου ήταν "καλά περιπατητικοί". Στον "αυλόγυρο" του κτιρίου, σε τσιμενταρισμένο και με μικρή κλίση χώρο λειτουργούσε ο θερινός κινηματογράφος. Ο προσανατολισμός του χώρου επέτρεπε ευνοϊκές προβολές, χωρίς τον κίνδυνο κρουπαγημάτων. Ήταν μια ιδιαίτερη γραφική νότα που πρόσφερε πολλά στον έγκλειστο φυματικό... αλλά και στον εφημερεύοντα γιατρό, ενίοτε, που ήταν μόνος και δεν περνούσε ευχάριστα την μη αμειβόμενη εφημερία. Και δεν υπήρχε τηλεόραση.

Με την "ιμπεριαλιστική πολιτική" της Πανεπιστημιακής Κλινικής, που κατέλαβε κατά κύριο λόγο τους χώρους της διοίκησης στο πέτρινο κτίριο, η διοίκηση "μετώκησε" στο κτίριο προσωπικού. Η βελτίωση, βέβαια, του βιοτικού επιπέδου "έδιωξε" το διαμένον στο κτίριο προσωπικού ...προσωπικό.

Με τα λεφτά που περισσέψανε από την καθιέρωση του ΟΓΑ έγινε το κτίριο της Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων, στο οποίο έμεναν οι μαθήτριες της Σχολής, αλλά και αδελφές ανύπαντρες. Γρήγορα όμως η καλπάζουσα πρόοδος απελευθέρωσε, μαθήτριες και αδελφές, από τον εγκλεισμό και στον χώρο της Σχολής εγκαταστάθηκε η Διοίκηση. Η σχολή λοιπόν μεταβαπτίσθηκε σε κτίριο Διοικήσεως. Το παλιό, παραδοσιακό κτίριο, ανακαινισθέν πολυτελώς, είναι για τον γράφοντα αγνώστου μέλλοντος. Στη μεταστέγαση "βοήθησε" και ο σεισμός (1978).¹¹

2.4. ΠΗΛΙΟ

Το σανατόριο του Πηλίου «Ζωοδόχος Πηγή», το πρώτο ορεινό σανατόριο στην Ελλάδα, ιδρύθηκε το 1908 από τον γιατρό Γεώργιο Καραμάνη και το 1915 επεκτάθηκε, με δύο νέες πτέρυγες εφοδιασμένες με όλα τα επιστημονικά μέσα της εποχής, και με τη φήμη του να προσελκύει αρρώστους από όλη την Ελλάδα αλλά και τα Βαλκάνια και τη Μέση Ανατολή. Το 1917 διέθετε ήδη πενήντα κλίνες, στοά αεροθεραπείας, στοά ηλιοθεραπείας και εργαστήριο για μικροσκοπικές και χημικές εξετάσεις πτυέλων και ούρων. Υπήρχε επίσης η δυνατότητα μετρήσεως των χωρητικότητων των πνευμόνων.

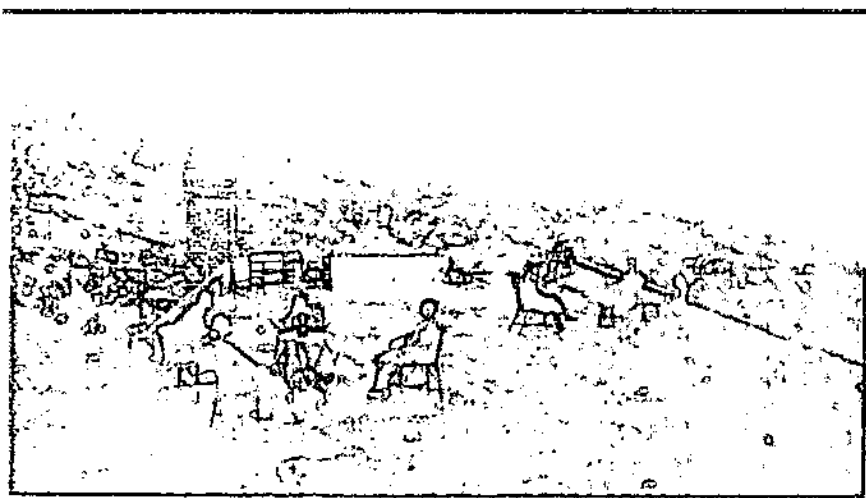
Ο Καραμάνης οργάνωσε το σανατόριό του μετά από επισκέψεις στα μεγαλύτερα σανατόρια της Κεντρικής Ευρώπης (Davos, Arosa, κ.λπ.). Το καθημερινό πρόγραμμα, τα διαγράμματα νοσηλείας και ιατρικής παρακολούθησης των ασθενών, και το διαιτολόγιο ήταν προσαρμοσμένα σε εκείνα των προηγμένων ιατρικών χωρών.

Το βιοχημικό εργαστήριο του σανατορίου διεύθυνε ο γιατρός Κωνσταντίνος Κούμouλος. Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν ο καλύτερος δείκτης πρόγνωσης της πνευμονικής φυματίωσης. Ως κριτήρια ίασεως της πνευμονικής φυματίωσης χρησιμοποιούνταν η λευκωματινοαντίδραση Roger, η καθίζηση ερυθρών αιμοσφαιρίων και η ανεύρεση της μέσης τιμής των βακίλων του Κωχ.

Ακτινολογικές εξετάσεις γινόταν στο σανατόριο και ήταν απαραίτητες τόσο για τη διάγνωση όσο και για τη παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου και τον έλεγχο της θεραπείας. Η πορεία της νόσου και η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την επούλωση της βλάβης μπορούσε να γίνει μόνο με ακτινογραφίες σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Τα μέσα που ήταν διαθέσιμα, και χρησιμοποιούνταν όλα στο σανατόριο σχεδόν ταυτόχρονα με τα ευρωπαϊκά σανατόρια, ήταν η ηλιοθεραπεία, η αεροθεραπεία, ο τεχνητός πνευμοθώρακας, η φρενικοτομία. Η σωματική ανάπαυση και η πνευματική ηρεμία αποτελούσαν τη βάση της θεραπείας.

Η ηλιοθεραπεία είχε θεωρηθεί από πολύ παλιά ευεργετική στην αντιμετώπιση της φυματίωσης. Αποτελούσε πρώτη θεραπευτική ενέργεια στη φυματίωση των σπονδύλων και του περιτοναίου, αλλά η χρήση της στην πνευμονική φυματίωση ήταν αμφιλεγόμενη επειδή μπορούσε να προκαλέσει αιμόπτυση.



Χώρος αεροθεραπείας-ηλιοθεραπείας στο σανατόριο του Πηλίου

Το κλίμα του Πηλίου ήταν κατάλληλο για την εφαρμογή της αεροθεραπείας, που συχνά γινόταν μέρα και νύχτα σε ειδικό ανάκλιτρο. Ακόμα και οι κατάκοιτοι ασθενείς υποβάλλονταν σε αεροθεραπεία, το κρεβάτι τους μετακινούνταν στο παράθυρο και έμεναν εκεί αρκετές ώρες. Η ηλιοθεραπεία και η αεροθεραπεία στην ύπαιθρο, σε συνδυασμό με την ακινησία είχαν ως αποτέλεσμα την ελάττωση των κυριότερων συμπτωμάτων της πνευμονικής φυματίωσης, δηλαδή της αιμόπτυσης, του βήχα και του πυρετού. Μερικοί ασθενείς παρουσίαζαν σημαντική βελτίωση, η όρεξη επανερχόταν, ο πυρετός και ο ιδρώτας υποχωρούσαν και ο βήχας σταματούσε.

Το 1919 υπήρξε σταθμός για το σανατόριο του Πηλίου: φτάνει σε αυτό η Άννα Καμπανάρη, μια 19χρονη κοπέλα αποφασισμένη να υπηρετήσει το σανατόριο χωρίς αμοιβή. Τρία χρόνια αργότερα παντρεύεται τον Καραμάνη. Αρχίζει μια νέα περίοδος ακμής, το σανατόριο βγαίνει από την απομόνωση και αρχίζει να φιλοξενεί επωνύμους της τέχνης, της επιστήμης και των γραμμάτων.

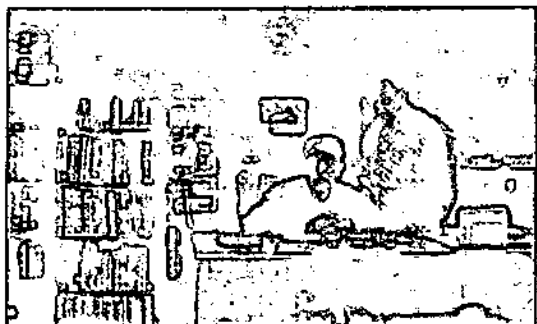
Το κτιριακό συγκρότημα έγινε αρτιότατο, με πλήρη υδραυλική και ηλεκτρική εγκατάσταση, τηλεφωνικό κέντρο, καλοριφέρ. Το Πήλιο δεν είχε ακόμα ηλεκτρικό ρεύμα, όμως το σανατόριο διέθετε δική του γεννήτρια.

Το 1942 και το 1943 το συγκρότημα υπέστη σοβαρά πλήγματα από τις δυνάμεις κατοχής, όμως ανασυγκροτήθηκε και ξανάρχισε να λειτουργεί.

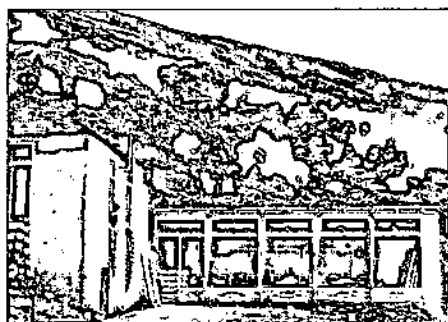
Μεταπολεμικά, παρά τα σοβαρά προβλήματα, εξακολούθησε να παρέχει νοσηλεία υψηλής στάθμης. Στη δεκαετία του 1950 ο Καραμάνης αγωνίστηκε να το κρατήσει σε λειτουργία, παρά τη μείωση των νοσηλευομένων και την αύξηση του

κόστους της περίθαλψης, όμως μετά το 1960 το σανατόριο χρεοκοπεί και περιέρχεται στην ιδιοκτησία των πιστωτών του. Υπολογίζεται ότι από τον Μάιο του 1909 έως το 1962 νοσηλεύθηκαν περίπου 2.500 άτομα.

Το 1963 γίνεται, από τους νέους ιδιοκτήτες και τον Καραμάνη, μια προσπάθεια λειτουργίας, που δεν ευοδώνεται. Ο θάνατος του Γ. Καραμάνη στις 10 Ιουνίου 1964 ματαίωσε αμετάκλητα κάθε προοπτική επαναλειτουργίας.¹²



Ο Γεώργιος Καραμάνης με τον συνεργάτη του Κ. Κούμουλο στο γραφείο του στο σανατόριο του Γηλίου.



Το Σανατόριο του Γ. Καραμάνη στα πρώτα χρόνια της λειτουργίας του. Διακρίνονται ο ειδικός εξώστης για την αεροθεραπεία των ασθενών.

2.5. ΤΟ ΣΑΝΑΤΟΡΙΟ ΤΗΣ ΜΑΝΑΣ

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα πολλοί φυματικοί κατέφευγαν στα μικρά ορεινά χωριά της Αρκαδίας για κλιματοθεραπεία. Συνέχισαν να το πράττουν και μετά την ψήφιση, το 1923, νόμου που απαγόρευε τη διαμονή φυματιώντων σε κέντρα θερινής διαμονής: διέμεναν σε παράγκες-παραπήγματα, σε κάποια απόσταση από τα χωριά.

Το 1925 άρχισε η ανέγερση σανατορίου στη θέση Κορφοξυλιά, σε υψόμετρο 1.300 μ., κοντά στο χωριό Μαγούλιανα του Μαινάλου, σε έκταση που προσέφερε η ελληνική πολιτεία. Το σανατόριο ιδρύθηκε με πρωτοβουλία της Άννας Παπαδοπούλου, αδελφής του Παύλου Μελά, η οποία είχε το προσωνύμιο «Η μάνα του στρατιώτη» για τις υπηρεσίες της ως αδελφή νοσοκόμος κοντά στους μαχητές των Βαλκανικών πολέμων και της Μικρασιατικής

εκστρατείας.

Η ανέγερση χρηματοδοτήθηκε από εράνους της «Μάνας» στην Ελλάδα και στις Ελληνικές παροικίες της Αιγύπτου και της Αμερικής. Χτίστηκε από Λαγκαδινούς μαστόρους, σε σχέδια του αρχιτέκτονα Αγγελίδη. Τη δαπάνη για τον εξοπλισμό και την επίπλωση ανέλαβαν οι αδελφοί Σπετσερόπουλοι, Αρκάδες ομογενείς εγκατεστημένοι στην Αίγυπτο.

Το σανατόριο ξεκίνησε να λειτουργεί τον Αύγουστο του 1930, με 60 κλίνες και με φιλόδοξες προοπτικές για πλήρη κτιριακή και οργανωτική ανάπτυξη με 120 κλίνες. Οι πόροι λειτουργίας εξασφαλίστηκαν από φορολογία των Δήμων και Κοινοτήτων του Νομού Αρκαδίας (0,5% του προϋπολογισμού τους) και από τα νοσηλεία των ασθενών, που κυμαίνονταν, ανάλογα με τη θέση, από 3.000 έως 6.000 δραχμές τον μήνα. Η σανατοριακή νοσηλεία ήταν. Βέβαια απλησίαστη για το μεγάλο μέρος των φυματικών ασθενών. όταν ο μηνιαίος μισθός του ανειδίκευτου εργάτη ήταν 800 δραχμές και ο μέσος μισθός για την πλειονότητα των εργαζομένων δεν ξεπερνούσε τις 1.200 δραχμές.



Το Σανατόριο της Μάνας παρείχε όρους καλής διαμονής και διέθετε τα πλέον σύγχρονα μέσα αντιμετώπισης της φυματίωσης. Είχε 37 δωμάτια όλων των θέσεων, κεντρική θέρμανση, λουτρά, αίθουσες ψυχαγωγίας, μεγάλες βεράντες αεροθεραπείας, απολυμαντήριο, μικροβιολογικά και ακτινολογικά μηχανήματα. Υπήρχαν όλες οι δυνατότητες να εφαρμοσθούν επί τόπου οι νέες επεμβατικές μέθοδοι, πνευμονοθώρακα, συμπτυξιοθεραπείας, φρενικοεξαίρεσης και θωραπλαστικής.

Στην έκθεση πεπραγμένων του πρώτου έτους λειτουργίας (1930). που συνέταξε

ο διευθυντής Ιατρός Αδαμάντιος Ασσιούρας, αναφέρεται εισαγωγή 115 ασθενών συνολικά. Από τους οποίους 8 θεραπεύτηκαν. 18 έγιναν ικανοί για εργασία. 39 παρουσίασαν έκδηλη Βελτίωση. 36 ελαφρά βελτίωση. 7 επιδείνωση και 7 απεβίωσαν. Τα αποτελέσματα αυτά κρίνονται άθλος για τα δεδομένα της εποχής, δίνουν όμως και τα όρια των δυνατοτήτων αντιμετώπισης της φυματίωσης με την υγειονομιακή αγωγή και τις επεμβατικές μεθόδους στις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα.

Το σανατόριο αντιμετώπισε πολλά προβλήματα. Η θέση του στην καρδιά της ορεινής Αρκαδίας, η μεγάλη απόσταση από τα αστικά κέντρα. Οι κακές συγκοινωνίες, έκαναν προβληματικό το τριήμερο ταξίδι από την Αθήνα με τρένο, αυτοκίνητο και άμαξα. Συχνά έμενε χωρίς ηλεκτρικό ρεύμα, και άλλοτε χωρίς τρόφιμα, λόγω των χιονοπτώσεων. Η έλλειψη ειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού οδήγησε στην προκήρυξη θέσεων ακόμη και για «ολίγον ασθενείς εκ φυματίωσης» γιατρούς! και αδελφές! νοσοκόμους. Σημειώθηκαν κατά καιρούς αδιαφανής διαχείριση και οικονομικά σκάνδαλα.

Το σανατόριο λειτούργησε μέχρι το 1938 και αναδείχθηκε Παμπελοποννησιακής εμβέλειας αντιφυματικό ίδρυμα.¹²

2.6. Το Σανατόριο της Τρίπολης

Τη δεύτερη εικοσαετία του 20^{ου} αιώνα το κράτος δραστηριοποιείται κατά της φυματίωσης, αλλά επειδή οι ανάγκες είναι ,μεγάλες η πολιτεία χρηματοδοτεί επίσης την Ίδρυση, και στηρίζει τη λειτουργία ιδιωτικών αντιφυματικών θεραπευτηρίων, με όρους ανταποδοτικούς, π.χ. μειωμένο νοσήλιο ή δωρεάν περίθαλψη ασθενών απόρων ή δημοσίων υπαλλήλων.

Το 1940 ολοκληρώνεται η ανέγερση του Σανατορίου Τριπόλεως. Στην περιοχή Μάκρης, κοντά στην πόλη. Έργο του αρχιτέκτονα Ι. Δεσποτόπουλου, είναι παρόμοιο του «Λαϊκού»

Περιπτέρου της «Σωτηρίας». εναρμονισμένο στις νεότερες απόψεις για ολοκληρωμένα νοσοκομεία--σανατόρια κοντά σε αστικά κέντρα, με παροχή συνθηκών νοσοκομειακής περίθαλψης και όχι ασυλικής απομόνωσης. Όμως ο πόλεμος και η κατοχή αναβάλλουν την έναρξη λειτουργίας του σανατορίου. Το κτίριο

επιτάσσεται από τις γερμανικές δυνάμεις κατοχής.

Στη δύσκολη μεταπολεμική εποχή στελεχωμένο με ελάχιστο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αρχικά το σανατόριο υποδέχεται χιλιάδες ασθενείς. Από το 1947 έως το 1965 λειτουργεί με 250-465 κλίνες. Στη διάρκεια του εμφυλίου πολλοί ασθενείς του εμπλέκονται στη διαμάχη και αντιμετωπίζουν τραυματισμούς, συλλήψεις και εκτοπίσεις.

Στο σανατόριο Τρίπολης οι γιατροί εφαρμόζουν με επιτυχία τα νέα αντιφυματικά φάρμακα. Στη στατιστική των τεσσάρων πρώτων ετών λειτουργίας του (1947-1951) αναφέρεται έξοδος με ίαση ή βελτίωση 1.337 ασθενών και θάνατος 865 σε σύνολο 2.185 νοσηλευθέντων.

Η εφαρμογή των αντιφυματικών φαρμάκων και προγραμμάτων πρόληψης, η έξοδος της χώρας από τον πόλεμο, την πείνα και την εξαθλίωση, και η φυσική καθοδική πορεία του επιδημικού κύματος, συνέβαλαν ώστε να εκλείψει από τη δεκαετία 1960-1970 η ανάγκη σανατοριακής αντιμετώπισης της φυματίωσης για τους περισσότερους ασθενείς. Την πενταετία 1955-1960 οι ασθενείς του σανατορίου Τρίπολης είναι περίπου 250 και μόνο 120-180 την περίοδο 1964-1965. Το 1965 παύει να λειτουργεί και οι εναπομείναντες ασθενείς μεταφέρονται στη «Σωτηρία».¹²

2.7. ΤΟ ΣΑΝΑΤΟΡΙΟ ΒΥΤΙΝΑΣ- ΘΑΣΟΥ- ΠΕΤΡΑΣ ΟΛΥΜΠΟΥ

Την περίοδο 1920-1930, το κράτος προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του σε σανατορικές κλίνες ευνοούσε την ίδρυση ιδιωτικών σανατορίων (με την παραχώρηση σε ιδιώτες μεγάλων δασικών εκτάσεων), φρόντιζε δε την ύδρευση.

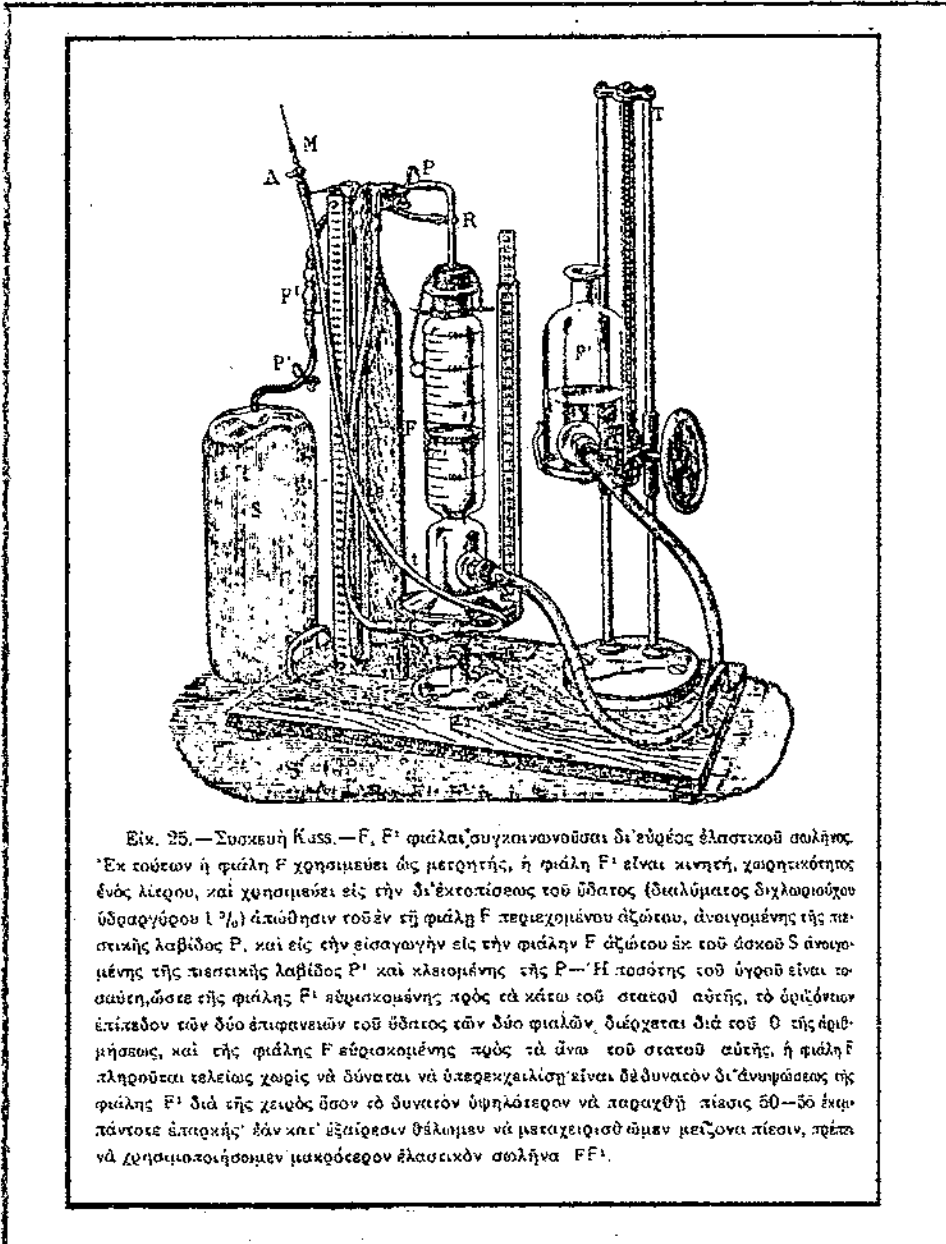
Έτσι ο γιατρός Νικόλαος Μπόμπολας συνέστησε μαζί με επιφανείς φυματιολόγους την «Εταιρία Σανατορίων Βυτίνης».

Το σανατόριο Βυτίνης «Ο Άγιος Τρύφων» με δύναμη 60-80 κλινών, άρχισε να οικοδομείται το 1924 και λειτούργησε από τον Ιούλιο του 1931 ως τον πόλεμο του

1940. μετά μερικά χρόνια λειτουργίας, λόγω οικονομικής αδυναμίας της Εταιρίας Σανατορίων πωλήθηκε στο Αδελφάτο απόρων φυματικών Μεσσηνίας. Μετονομάστηκε έτσι σε σανατόριο «Ιθωμη», λειτούργησε δε ως ΝΠΔΔ και νοσήλευε ασθενείς με φυματίωση κυρίως από το νομό Μεσσηνίας.¹³

Ιδρύθηκε το νοσοκομείο φυματιόντων παιδιών στο νησί Θάσο, όπου λειτούργησε για ένα έτος με δύναμη 150 ασθενών, αναγκάστηκε να διακόψει τη λειτουργία του για την παραχώρηση του οικοδομήματος, στο οποίο στεγαζόταν, στην Μεταλλευτική εταιρία Θάσου.

Ψηφίστηκε νόμος κατά το 1926 για το σανατόριο Πέτρας Ολύμπου, για το οποίο επιτεύχθηκε η απαλλοτρίωση όλης της περιουσίας της Μονής Πέτρας, ανερχόμενη σε 36.000 στρέμματα δασικής κυρίως έκτασης. Στην έκταση αυτή θα ήταν δυνατόν να συγκεντρωθούν στο μέλλον και άλλα σανατόρια. Το σανατόριο αυτό του Ολύμπου με την κατασκευή και τις μεταρρυθμίσεις των κτιρίων που υπήρχαν εκεί στην αρχαία Μονή και με την ανέγερση νέων συμπληρωματικών οικοδομημάτων θα αποτελέσει ίδρυμα πολύ αξιόλογο για τη νοσηλεία των πασχόντων, το έχοντας τη δυνατότητα να περιλάβει γύρω στους 300 ασθενείς. Η έναρξη αυτού δε θα καθυστερήσει παραπάνω από ένα μέχρι 2 χρόνια.¹⁴



Εικ. 25.—Συσσκευή Kass.—F, F' φιάλαι, συζητιωνοῦσαι δι' εὐρέος ἑλαστικοῦ σωλήνος. Ἐκ τούτων ἡ φιάλη F χρησιμεύει ὡς μετρητής, ἡ φιάλη F' εἶναι κινητή, χωρητικότητος ἑνὸς λίτρου, καὶ χρησιμεύει εἰς τὴν δι' ἔκτοπίσεως τοῦ ὕδατος (διαλύματος διχλωροῦχου ὕδραργύρου 1 %) ἀπόδησιν τοῦ ἐν τῇ φιάλῃ F περιεχομένου αἰώσιου, ἀνοικτομένης τῆς πιεστικῆς λαβίδος P, καὶ εἰς τὴν εἰσαγωγὴν εἰς τὴν φιάλην F αἰώσιου ἐκ τοῦ ἄσκοῦ S ἀνοικτομένης τῆς πιεστικῆς λαβίδος P' καὶ κλειστομένης τῆς P.—Ἡ ποσότης τοῦ ὕδατος εἶναι τοσαύτη, ὥστε τῆς φιάλης F ἀνεπιχομένῃς πρὸς εἰς κάτω τοῦ στατοῦ αὐτῆς, τὸ ὑψιόμενον ἐπίπεδον τῶν δύο ἐπιφανειῶν τοῦ ὕδατος τῶν δύο φιαλῶν, διέρχεται διὰ τοῦ O τῆς ἀριθμήσεως, καὶ τῆς φιάλης F εὐρισκομένης πρὸς τὰ ἄνω τοῦ στατοῦ αὐτῆς, ἡ φιάλη F πληροῦται τελείως χωρὶς νὰ δύναται νὰ ὑπερκεχειλήσῃ· εἶναι δὲ δυνατὸν δι' ἀνυψώσεως τῆς φιάλης F' διὰ τῆς χειρὸς ὅσον εὐδυνατὸν ὑψηλότερον νὰ παραχθῇ πίεσις 50—55 ἐκμ. πάντοτε ἀπαρκής· δὲν κατ' ἐξαιρέσειν θάλλοιεν νὰ μεταχειρισθῶμεν μειζονα πίεσιν, πρὸς νὰ λοησιμοποιήσομεν μακρότερον ἑλαστικὸν σωλήνα FF'.

Α. ΜΕΡΟΣ 3

3.1. Θεραπεία-Νοσηλεία τωνφυματικών τότε

3.1.1. Τα χαρακτηριστικά ενός σανατορίου.

Την τότε εποχή σύμφωνα με τα πιστεύω τους, τις πεποιθήσεις τους, τις επιδιώξεις τους διαμορφώθηκαν τα εξής χαρακτηριστικά σύμφωνα με τα οποία λειτούργησαν τα σανατόρια:

1. Πίστις και πεποίθησις, ότι η νόσος δύναται να θεραπευθεί. Αλλιώςτικα δεν θα είχε νόημα. Δεν ήταν απλά απομονωτήριο δηλαδή.
2. Πεποίθησις ότι η φυσικοθεραπεία, αεροθεραπεία -κλιματοθεραπεία, βοηθούν. Γι αυτό τα κάνανε κιόλας. Έτσι πιστεύανε.
3. Ανοχή και επιδίωξις πάσης δοκίμου, για την εποχή εννοείται, θεραπευτικής αγωγής. Δηλαδή θεραπεία με τηνφυματίνη. Ακούσατε, ο Κώχ πρώτος, επεχείρησε να θεραπεύσει μεφυματίνη. Ο τεχνητός πνευμοθώραξ, η φρενικεκτομία, η θωρακοπλαστική, ο πωματισμός -το πλομπάζ- εξωπλεύριος πνευμοθώρακας κτλ, και η χρυσοθεραπεία.
4. Υπερτονισμός της σημασίας της αφθόνου. και υγιεινής διατροφής και της αναπαύσεως. Και ...
5. Σανατόριο σχολείο. Σχολείο κυρίως, διότι γινότανε ενημέρωσις του ασθενούς περί της νόσου του. Βεβαίως υπήρξαν και σανατόρια, ή μάλλον ιδρύματα εναντίον τηςφυματίωσης, στα οποία γινότανε διδασκαλία στα παιδιά τωνφυματικών, ή στα άρρωστα, στα παιδιά μεφυματίωση. Υπήρξαν και τέτοια και στο εξωτερικό και στην πατρίδα μας. Το ΠΚΠΑ είχε κάνει κάμποσα.⁹

3.1.2. Τα θεραπευτικά μέσα

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά του σανατορίου αποτέλεσαν και βασικά στοιχεία της αντιμετώπισης τηςφυματίωσης. Έτσι ως θεραπευτικά μέσα θεωρούνταν τα εξής:

1. Η συμπτωματική θεραπεία;
2. Διαιτητική θεραπεία,
3. Γυμναστική πνευμονική
4. Το κλίμα,
5. Ακτινοθεραπεία,
6. Η οποθεραπεία- οργανοθεραπεία- χυμοθεραπεία,
7. Τα ειδικά θεραπευτήρια(Φθισιατρεία),
8. Φάρμακα,
9. Η χειρουργική θεραπεία.

1. Συμπτωματική θεραπεία

Το σύμπτωμα προς το οποίο στρέφεται κυρίως η προσοχή του γιατρού είναι ο πυρετός, διότι από τον πυρετό εξαρτάται η πρόγνωση. Όχι σπάνια, ο πυρετός είναι μέτριος στην ένταση, υφέσιμος στον τύπο. Βέβαια η σωματική ανάπαυση με την τρέπουσα δίαιτα συμβάλλουν στην πτώση του πυρετού, όταν μάλιστα ο πάσχων καταπονείται σωματικά, ενώ οι αλλοιώσεις από τους πνεύμονες δεν είναι πολύ εκτεταμένες, αλλά ατυχώς αυτή η βελτίωση δε συναντάται σταθερά. Κατά τον Riechter ο πυρετός προκαλεί το σχηματισμό των συγκολλητινών, των αιμολυσινών, βακτηριολυσινών και των αντιτοξινών, γι αυτό και επιβάλλεται η διασαφήνιση όταν ο πυρετός είναι υψηλός και επίμονος. Ο Hajek διακρίνει 3 τύπους πυρετικούς, τον εξ αφυλαξίας, τον εξ αντιδράσεως της φυματικής εστίας και τον αποκαλούμενο εκτικό πυρετό, και συμβουλεύει για τους 2 πρώτους τύπους τη χρήση ειδικών αντιγόνων από τα οποία παράγονται αντισώματα, μέσω των οποίων οι πυρετικές αντιδράσεις που προκαλούνται από τις τοξίνες εξουδετερώνονται. Δυστυχώς αυτή η θεραπεία δεν προσαρμόζεται καθόλου στα γεγονότα, ενώ τα αντιγόνα δεν επιδρούν καθόλου ή επιδρούν ελάχιστα στην πτώση του πυρετού. Βέβαια οι θεραπευτικές αυτές μέθοδοι πρέπει να συνδυάζονται με σωματική ανάπαυση και διαιτητική αγωγή. Αλλά ακόμα και αν πέσει ο πυρετός, ποτέ δεν επανέρχεται στα φυσιολογικά του επίπεδα, αλλά απλά παρατηρείται ύφεση. Σε αυτή την περίπτωση ο γιατρός χρησιμοποιεί αντιπυρετικά φάρμακα ή και άλλα μέσα, όπως υδροθεραπεία κλπ. Τα αντιπυρετικά δίδονται σε ελάχιστη δόση, διότι ναι μεν με τη χρήση τους αμέσως πέφτει ο πυρετός, αλλά δυστυχώς οι επακολουθούντες ιδρώτες είναι άφθονοι και καταπονούν τον πάσχοντα. Ο φυματικός που πολλές φορές παρουσιάζει μέτριο πυρετό πρέπει να τρέφεται καλά, διότι τα αντιπυρετικά μπορεί να προξενήσουν βλάβη στο στομάχι. Τα αντιπυρετικά δρουν αμέσως, αλλά παροδικά. Ο γιατρός πρέπει να είναι φειδωλός με τη χρήση τους, όχι μόνο γιατί προκαλούν ιδρώτα ή διαταράσσουν την όρεξη, αλλά και γιατί η κατάχρησή τους βλάπτει την αντίδραση του οργανισμού, την άμυνά του ενάντια στις παθογόνες αιτίες. Υπάρχει κίνδυνος να επιδεινωθεί η νόσος όταν ο πυρετός ακολουθείται από ανορεξία, άφθονο ιδρώτα, αϋπνία. Όταν όμως ο πυρετός

είναι μέτριος ή βραχύς, συνίσταται σωματική ανάπαυση, και μόνο στον επίμονο και συνεχή πυρετό ενδείκνυται η χρήση αντιπυρετικών φαρμάκων.

Οι παρατηρητές χρησιμοποίησαν τα άλατα της κινίνης, αλλά αυτά δεν είχαν καμία ωφέλεια για τον φθισικό. Σε μας δυστυχώς γίνεται κατάχρηση αυτού του φαρμάκου λόγω της ακμάζουσας ελονοσίας. Η θεραπεία μέσω της κινίνης συνεπάγεται την εκδήλωση πολύ ενοχλητικών καρδιακών παλμών, η όρεξη μειώνεται και επέρχονται θόρυβοι στα αυτιά. Ο Brehmer αποκάλυψε την κινίνη καρδιακό δηλητήριο και δεν απέχει πολύ από την αλήθεια. Ευτυχώς στις μέρες μας μειώνεται η τελοίθηση για την αποτελεσματικότητα των αλάτων της κινίνης και κυρίως χρησιμοποιούμε την κρυογενίνη την πυραμιδόνη, την αντιπυρετίνη, τη μαρετίνη κλπ.

2. Δίαιτητική θεραπεία

Με αυτήν επιδιώκουμε κυρίως την επιμελή διατροφή του φυματικού λόγω της μεγάλης επίρειας που ασκεί αυτή στον οργανισμό και κατέχει ύψιστη σπουδαιότητα. Από την αύξηση του βάρους του σώματος του φυματικού η βελτιωτική τροπή της νόσου αυτού, διότι με την καλή θρέψη και η κυκλοφορία του αίματος ποσοτικώς και ποιοτικώς βελτιώνεται, το αίμα έχει μέσα του περισσότερες αμυντικές ουσίες, αντιτοξικές και αντιμικροβιακές, οι οποίες επενεργούν ωφέλημα στις νοσηρές επεξεργασίες του πνεύμονα, η λειτουργία της καρδιάς διαρρυθμίζεται καλύτερα, προοδεύει δε η εν γένει αντίσταση των ιστών. Ο δε τρόπος του καθορισμού της διατροφής του φυματικού δεν ωφελεί να οδηγείται σε βεβιασμένη υπερσίτιση αλλά σε κανονική προσαγωγή της τροφής αναλόγως της ιδιοσυγκρασίας του ατόμου.

Η μεικτή τροφή περιέχει όλα τα θρεπτικά και απαραίτητα στοιχεία, λεύκωμα, λίπος, υδατάνθρακες, άλατα, αρτύματα και ηδύσματα.

Ο έφηβος φυματικός χρειάζεται 3500-4000 θερμαντικές μονάδες, από τις οποίες 100γρ λευκώματος ισοδυναμούν σε 400 θερμαντικές μονάδες, 200γρ λίπους σε 1800 θερμαντικές μονάδες και 400γρ υδατάνθρακες σε 1400 θερμαντικές μονάδες.

Στις λευκωματούχες ουσίες περιλαμβάνεται το κρέας, τα πτηνά, τα ψάρια και τα αυγά.

Τα λίπη είναι απαραίτητα για τη διατροφή του φυματικού, όταν αυτός είναι σχνός, η ποσότητα αυτών κανονίζεται αναλόγως των συνηθειών του πάσχοντα, του κλίματος και των εποχών του έτους. Ως επί το πλείστον όμως για την αποφυγή στομαχικών διαταραχών χορηγούμε σε αφθονία γάλα, ανθόγαλα και βούτυρο. Οι υδατάνθρακες σε συνδυασμό με κρέας και βούτυρο είναι αξιολογότετη τροφή. Τα όσπρια παρέχονται συνήθως σε μορφή πουρέ. Αφθόνως χορηγούμε όλα τα ζυμαρικά και τα αμυλούχα αρχικά και μετά γλυκίσματα και φρούτα ή το χυμό αυτών όσες φορές επιζητούμε να καταπολεμήσουμε την επίμονη δυσκοιλιότητα. Τα γεώμηλα οποσδήποτε παρασκευασμένα δεν πρέπει να λείπουν από τα γεύματα των αρρώστων.

Τα φρούτα και τα χορταρικά είναι αξιόλογη τροφή για τη διατροφή των φυματικών.

Τα τεχνητά θρεπτικά παρασκευάσματα δεν είναι δυνατόν να αντικαταστήσουν τη φυσική τροφή, χορηγούνται μόνο σε περίπτωση που η λαμβανόμενη τροφή είναι ανεπαρκής και με την προσθήκη αυτών επιζητούμε αύξηση της θρεπτικής δυνάμεως.

Το οινόπνευμα σε μέτρια δόση είναι δυνατόν να λαμβάνεται από τους φυματικούς, αν όχι για ωφέλεια αλλά ούτε και για βλάβη- εξαρτάται από τη ζήτησή τους από τους πάσχοντες. Σημαντικά συντελεί η επιμελής μάσηση των τροφών στην αφομοίωση αυτών καθώς και τα κανονικά και ορισμένα διαλείμματα των ωρών των γευμάτων που πρέπει να τηρεί αυστηρά ο άρρωστος.

Το βάρος του σώματος λαμβάνεται τακτικά κάθε εβδομάδα, την ίδια ώρα φορώντας τα ρούχα του. Το κανονικό βάρος στους εφήβους εκτός από ασήμαντες διαφορές μερικές φορές, αναλόγως το φύλλο, την ηλικία και το επάγγελμα, είναι σε χιλιόγραμμα ίσο προς τον αριθμό των εκατοστών πάνω από το 1 μέτρο του μήκους όλου του σώματος. Το μήκος όλου του σώματος είναι το διπλάσιο του μήκους από την κορυφή του κεφαλιού μέχρι και την ηβική σύμφιση, αν π.χ. αυτό είναι 0,80μ τότε το μήκος όλου του σώματος είναι 1μ 60, το δε κανονικό βάρος 60 χιλιόγραμμα.

Σύμφωνα με τα παραπάνω παραθέτουμε ως παράδειγμα το παρακάτω διαιτολόγιο:

Πρώτο πρόγευμα (7:30-8:00 π.μ.) Ελαφρό έγχυμα καφέ ή τσάι ή κακάο με άφθονο γάλα (1/4 με 1/3 λίτρων) ή αμυλώδης σούπα, λευκό ψωμί με βούτυρο και σε

πλαττωμένη θρέψη ένα αυγό, σε δυσκοιλιότητα μέλι πλήρες (μετά πιτύρων) ψωμί με μέλι ή μαρμελάδα.

Δεύτερο πρόγευμα (10 π.μ.) 1/4 με 1/3 λίτρο γάλακτος, κακάο ή αμυλώδη σούπα, ψωμί με βούτυρο ή και ένα αυγό

Γεύμα (1μ.μ.) Σούπα- κρέας με χόρτα ή γεώμηλα, κομπόστα ή σαλάτα, σε ανάγκη δεύτερη μερίδα κρέατος ή ψαριού – γλύκισμα και φρούτα, με αυτά δύο ποτήρια ζύθου ή ένα ποτήρι οίνου με ή χωρίς μεταλλικού νερού.

Δειλινό (4μ.μ.) Όπως το πρώτο πρόγευμα

Δείπνο (7μ.μ.) Σούπα- κρέας θερμό ή ψυχρό ή αυγά- ψωμί, βούτυρο, τυρί- ένα ή δύο ποτήρια ζύθου ή ένα ποτήρι οίνου

9^η μ.μ. 1/4 - 1/3 λίτρο γάλακτος ή κακάο ή αμυλώδη σούπα. ¹⁶

3.Γυμναστική πνευμονική

Αυτή πρέπει να γίνεται με κάθε είδους προφυλάξεις και αναλόγως της ατομικής διανομοκρασίας του αρρώστου. Ενδείκνυται όταν κλινικά εντοπισθούν πνευμονικές αλλοιώσεις και εκλείπει ο πυρετός, η απόχρεμψη και ο βήχας. Συνίσταται σε αυτή μεθοδικές αργές και βαθιές εισπνοές από τη μύτη, οι οποίες φθάνουν στο ανώτερο ύψος τους, ακολουθεί μικρής διάρκειας άπνοια και μετά επέρχεται γρήγορη και σπασμωδική εκπνοή, η οποία υποβοηθείται με την πίεση του θώρακος από τα χέρια. Οι βαθιές εισπνοές και οι κινήσεις στην ύπαιθρο αρκούν, θεωρούνται περιττά τα μηχανήματα για την πνευμονική γυμναστική. ¹⁶

4.Το Κλίμα

Κάποιοι θεωρούσαν ότι τα καταλληλότερα μέρη για τη φυματίωση είναι τα όρη, άλλοι θεωρούσαν ότι είναι οι πεδιάδες και άλλοι τα παραθαλάσσια. Οι διευθυντές φθισιατρείων ομολογούν ότι άλλοι από τους πάσχοντες βελτιώνονται, ενώ σε άλλους η νόσος χειροτερεύει, δεν μπορούμε λοιπόν να πούμε τίποτα για το κλίμα αν ο αέρας δεν είναι καθαρός, δηλαδή όπου και αν πας αν το κλίμα είναι γεμάτο μικρόβια και επιβλαβές ουσίες το αναπνευστικό σύστημα του πάσχοντος θα χειροτερεύσει. Στην κατάσταση ενός φθισικού επιδρούν κακώς η υγρασία και η

ομίχλη, οι απότομες ατμοσφαιρικές αλλαγές, οι διακυμάνσεις της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος κτλ.

Στα ορεινά μέρη δε μπορεί να καλύψουν η κατάσταση του αρρώστου διότι απουσιάζει η ευμάρεια του βίου, δεν εφαρμόζεται διαιτητική και υγιεινή αγωγή και η απόσταση είναι μεγάλη προκειμένου να έρθει κάποιος γιατρός από το κέντρο της πόλης. Αν ο φθισικός απομακρυνθεί από το οικογενειακό περιβάλλον μεγαλώνει ο κίνδυνος να μολυνθεί επειδή ο φυματικός αποσπάται από τις οικογενειακές φροντίδες. Υπάρχει παροδική βελτίωση στην κατάσταση του φθισικού όταν διαμένει στην εξοχή και προσαρμόζεται στις υγιεινές και διαιτητικές συνθήκες. Επομένως είναι αδύνατον να καθορίσουμε ακριβώς τον κατάλληλο τόπο διαμονής για κάθε πάσχοντα επειδή υπάρχουν πολλές θεραπευτικές αποτυχίες.

Η θερμοκρασία του περιβάλλοντος έχει επίσης μέγιστη σημασία για την εκλογή της διαμονής του πάσχοντος. Οι ταλαντεύσεις που παρουσιάζει η θερμοκρασία της ατμόσφαιρας επιδρούν πολύ στον οργανισμό και ο αγώνας μεγαλώνει όταν οι ταλαντεύσεις είναι πιο συχνές. Σημειώνουν τη θερμοκρασία 2 φορές την ημέρα, μία κατά την ανατολή του ηλίου και μία κατά τη 2^η μεσημβρινή ώρα για ένα συνεχόμενο μήνα και έτσι λαμβάνεται η λεγόμενη μέση θερμοκρασία του μήνα. Οι παλαιότεροι γιατροί έδιναν θεραπευτική αξία στην επίδραση του κλίματος, αλλά οι νεότεροι δεν αποδίδουν πρωτεύουσα σημασία σε αυτήν. Οι κλιματολογικοί όροι εξαρτώνται από την ατμοσφαιρική πίεση, τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος, την υγρασία ή αντίθετα την ξηρότητα, την ηλεκτρική ή ραδιενεργό ιδιότητα της ατμόσφαιρας, από την ομίχλη ή τη βροχή, από τους πνέοντες ανέμους, την επίδραση των ηλιακών ακτίνων κλπ.

Γενικά το κλίμα διακρίνεται σε ηπειρωτικό και ωκεάνιο. Ηπειρωτικό ονομάζεται όταν ο χειμώνας είναι πολύ ψυχρός και το καλοκαίρι πολύ θερμό, ενώ στο ωκεάνιο συμπεριλαμβάνονται θαλάσσια μέρη όπου ο χειμώνας είναι μάλλον ενώ το καλοκαίρι δροσερό. Τα κλίματα υποδιαιρούνται σε χειμερινά και θερινά και ανάλογα από το ύψος της θάλασσας διακρίνουμε πεδινά, παραθαλάσσια και ορεινά κλίματα. Η επίδραση των ηλιακών ακτίνων στο βακτηρίδιο την φυματίωσης φαίνεται από πειράματα του Teson που αποδεικνύουν ότι τα βακτηρίδια του Κωχ που βρίσκονται

στα πύελα των φθισικών δέχονται ελάχιστη επίδραση από τον ήλιο και αυτό συνεπάγεται από το ότι τα βακτηρίδια περιβάλλονται από παχιές βλενοπυώδεις στιβάδες, οι οποίες τα προστατεύουν. Αν στις κονιορτοβριθείς οδούς ο ήλιος επιδρά ελάχιστα στη ζωτικότητα του βακτηριδίου, αυτό οφείλεται στους λόγους, οι οποίοι όταν εκλείψουν καθιστούν το βακτηρίδιο χειρότερα τοξινικό μέσω της άμεσης των ηλιακών ακτίνων, οι οποίες επενεργούν αποστειρωτικά.

Είναι αναγκαίο να γνωρίσουμε τη μέση θερμοκρασία, αν δηλαδή αυτή είναι συνεχής ή με ταλαντεύσεις, διότι εκτός από τις θερμομετρικές ταλαντεύσεις επέρχονται διαταραχές της εναλλαγής της ύλης, ενώ οι αναπνευστικές κινήσεις και οι καρδιακοί παλμοί επιταχύνονται. Ταυτόχρονα όμως τα τριχοειδή διευρύνονται η έκκριση του ιδρώτα αυξάνεται και ο πάσχων καταπονείται πολύ.

Η επίδραση του ψύχους στο σώμα προκαλεί σύσπαση των περιφερικών αγγείων, αυξάνεται η πίεση του αίματος, ενώ συγχρόνως βραδύνονται οι καρδιακοί παλμοί και αναστέλλεται η έκκριση του ιδρώτα, αντίθετα προς την απέκκριση των ούρων που είναι άφθονη. Το διοξείδιο του άνθρακα αυξάνεται εξαιτίας της εντεινόμενης εναλλαγής της ύλης.

Οι μεταβολές της ατμοσφαιρικής πίεσης επιδρούν σημαντικά στον οργανισμό. Έτσι όσο υπερυψωνόμαστε από την επιφάνεια της θάλασσας, τόσο η ατμοσφαιρική πίεση μειώνεται και στην περίπτωση αυτή δημιουργείται κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται με τον όρο ορεσιπάθεια. Όσο υπερυψωνόμαστε, το οξυγόνο ελαττώνεται και οι αναπνευστικές κινήσεις αυξάνονται και οι καρδιακοί παλμοί επιταχύνονται, ενώ τα ερυθρά αιμοσφαίρια πολλαπλασιάζονται παροδικά.

Ο αέρας περιέχει ποικίλους υδρατμούς, η παρουσία των οποίων οφείλεται στην εξάτμιση των υδάτων ή και των φυτών. Αυτοί οι υδρατμοί εκδηλώνονται με τη μορφή ομίχλης, νεφών ή βροχών ή και χιονιών. Η απόλυτη υγρασία καθορίζεται από το βάρος των ατμών στον αέρα. Η σχετική υγρασία εξαρτάται όχι μόνο από την απόλυτη ποσότητα των υδρατμών, αλλά και από τη θερμοκρασία, γιατί ο αέρας που θεωρείται ξηρός μπορεί να περιέχει μεγάλες ποσότητες υδρατμών, εάν η θερμοκρασία είναι υψηλή, ενώ αν η θερμοκρασία είναι χαμηλή περιέχει λιγότερους υδρατμούς και ο αέρας θεωρείται υγρός. Η υγρή ατμόσφαιρα επιδρά πολύ όχι μόνο στην εξέλιξη της

πνευμονική φυματιώσεως, αλλά και στο ηθικό των φθισικών. Η ψυχική ηρεμία με τη σωματική ανάπαυση αποτελούν ουσιώδη παράγοντα για τη θεραπεία της νόσου. Ο αρρώστος πρέπει να απομακρύνεται από περιοχές στις οποίες η ατμόσφαιρα είναι ομίχλωδης και οι οποίες γειτνιάζουν με ποταμούς ή ρυάκια ή από περιοχές όπου το έδαφος έχει αποξηρανθεί από τις βροχές.

Οι εναλλασσόμενοι άνεμοι επιδρούν κακώς στην εξέλιξη της πνευμονικής φυματιώσεως. Ο γιατρός πρέπει να προσέξει τις περιοχές όπου πνέει εκ βορρά άνεμος όπως τα δασώδη μέρη.

Το ζήτημα της εκλογής του λεγόμενου κατάλληλου κλίματος για τη θεραπεία του φυματικού δεν έχει πλέον καμία σημασία, αρκεί να τηρηθούν κανόνες υγιεινοί και διαιτητικοί. Υπάρχουν ικανοί φυματικοί που δε βελτιώνονται καθόλου παρ' όλες τις εφαρμοζόμενες μεθόδους, και άλλοι που ακόμα και υπό κακές συνθήκες διαβίωσης βαίνουν καλά. Απαραίτητη είναι η απομάκρυνση του αρρώστου από το οικογενειακό περιβάλλον γιατί αναμοχλεύει ο κίνδυνος μόλυνσεως.

Πολλές φορές το ιδεώδες κλίμα προκαλεί διαταραχές σε ορισμένους φθισικούς, ενώ σε άλλους πάλι όχι.

Το πεδινό κλίμα χαρακτηρίζεται από μέση βαρομετρική πίεση. Παρατηρείται διαφορά στα πεδινά κλίματα ανάλογα με την ύπαρξη δασών ή με το αν υπάρχει κοντά θάλασσα, γι αυτό και το πεδινό κλίμα θεωρείται κλιματολογικό κράμα, που παρουσιάζει άλλοτε ηπειρωτικό χαρακτήρα και άλλοτε ωκεάνιο. Τα κλίματα που συνδυάζουν σταθερότητα στη θερμοκρασία, ξηρότητα στο έδαφος, διαύγεια στην ατμόσφαιρα με άπλετο ηλιακό φως, αποτελούν τις κύριες ενδείξεις για τη θεραπεία του πάσχοντος. Παρατηρείται βελτίωση όταν ο πάσχων συμμορφώνεται στις υγιεινές και διαιτητικές μεθόδους και δεν μετατοπίζεται από το μέρος αυτό.

Στην Ελλάδα υπάρχουν θαυμάσια τοπία που συμβάλλουν στη θεραπεία, όμως η πλήρης έλλειψη ιδιαίτερων οικημάτων καθιστούν προβληματική τη διαμονή του πάσχοντος και έτσι αυτός φεύγει για το εξωτερικό. Στην Αθήνα, οι ακτές του Παλαιού Φαλήρου, η Βουλιαγμένη, το Χαλάνδρι, το Μαρούσι συγκεντρώνουν ότι ζητάει κανείς από κλιματολογική άποψη αλλά ο βίος είναι αφόρητος. Η Κέρκυρα έχει γλυκό κλίμα όμως η διαμονή εκεί είναι προβληματική. Οι Σπέτσες συγκεντρώνουν

ριστους κλιματικούς όρους αλλά και από εκεί λείπουν ιδιαίτερα οικήματα που σταθιστούν το βίο άνετο. Η Κρήτη έχει ότι απαιτείται για ένα φθισικό. Έχει το ιδεώδες φυσικό κλίμα και το ανώτερο από το νησιά του Αιγαίου Πελάγους.

Το θαλάσσιο κλίμα θεωρείται το πιο ωφέλιμο για τη νόσο, χαρακτηρίζεται από σταθερότητα της θερμοκρασίας, καθώς ο θαλάσσιος αέρας τείνει να ισοσταθμίσει τη θερμοκρασία του με αυτή του θαλάσσιου ύδατος και επειδή η μάζα του νερού θερμαίνεται ή ψύχεται αργά, η θερμοκρασία του θαλάσσιου αέρα είναι το χειμώνα πιο ζεστή από αυτή του ηπειρωτικού κλίματος και πιο δροσερή κατά τους θερινούς μήνες. Ο αέρας της θάλασσας είναι καθαρός και έχει ελάχιστα βακτηρίδια. Το μόνο μειονέκτημα των παραθαλάσσιων κλιμάτων οι βίαιοι πνέοντες άνεμοι που καταλαιπωρούν τους πάσχοντες. Ο υγρός αέρας δεν ενοχλεί τους πάσχοντες γιατί το έδαφος είναι αμμώδες. Ο φθισικός που παραμένει στα παραθαλάσσια μέρη έχει τα εξής αποτελέσματα: εντείνονται οι πεπτικές λειτουργίες του, αυξάνεται η όρεξη, οι αναπνευστικές λειτουργίες του γίνονται ακόμη πιο ζωηρές, η πίεση του αίματος στα αγγεία του αυξάνεται και το νευρικό σύστημα τονώνεται.

Σήμερα πολλοί συνιστούν τα θαλάσσια ταξίδια. Με αυτά ο νέος φυματικός παρουσιάζει βελτίωση και οι απύρετοι καλύτερεύουν, ωστόσο οι απότομες καιρικές μεταβολές, οι βίαιοι άνεμοι, οι θερμομετρικές ταλαντεύσεις καταπονούν τον άρρωστο. Άλλοι συνιστούν τη ναυσιπλοΐα καθώς οι επιβαίνοντες είναι λίγοι, τα διαμερίσματα ευρύχωρα και ο αέρας καθαρός. Επίσης συνιστούν χρησιμοποίηση μικρών πλοίων με λίγους επιβάτες και με μικρές αποστάσεις. Ο πυρετός υποχωρεί, η όρεξη ανοίγει και το βάρος αυξάνεται.

Το ορεινό κλίμα. Επικρατεί η άποψη ότι η φυματίωση δε συναντάται σε υψηλά μέρη και κυρίως πάνω των χιλίων μέτρων. Αυτή η ιδέα αποδείχθηκε ανακριβής. Ωστόσο κάποιοι όχι μόνο βελτιώθηκαν, αλλά και θεραπεύτηκαν εντελώς. Κατά τους χειμερινούς μήνες παρά το χιόνι που καλύπτει το έδαφος των βουνών(Ελβετία) η ατμόσφαιρα καθίσταται πιο ζεστή, όσο ψηλότερα βρίσκονται τα όρη από τη θάλασσα. Αυτή η διαφορά οφείλεται στη δροσιά που παράγεται εξαιτίας της ακτινοβολίας της θερμότητας.

Η ατμόσφαιρα είναι ξηροί, οι υδρατμοί ελαττώνονται, όσο ανεβαίνουμε ψηλότερα ο αέρας είναι εντελώς καθαρός χωρίς κανένα μικρόβιο. Οι ηλιακές ακτίνες είναι πιο έντονες, σπάνια πνέουν άνεμοι. Οι αναπνευστικές κινήσεις γίνονται βαθύτερες, τα συμφορητικά φαινόμενα εκλείπουν, τα ερυθρά αιμοσφαίρια αυξάνονται. Ο κονιορτός και οι διάφοροι μικροοργανισμοί και τοξικές ουσίες λείπουν από τον αέρα των βουνών.

Με τη διαμονή του φυματικού στα ορεινά μέρη ελαττώνονται τα φαινόμενα του θώρακος, μειώνεται η απόχρεμψη και η υγροί ρόγχοι αντικαθίστανται από ξηρούς.

Η διαμονή σε ορεινά μέρη ενδείκνυται για άτομα νεαρής ηλικίας και τα οποία είναι απύρετα. Το νευροπαθές των ατόμων αντενδεικνύει τη διαμονή στα ορεινά μέρη, γιατί ο θάνατος επιταχύνεται. Οι χειρουργικές φυματώσεις βελτιώνονται από τη διαμονή στα ορεινά μέρη και με τη συμμετοχή της ηλιοθεραπείας.

Γενικά το ορεινό κλίμα εν συγκρίση προς τα άλλα φαίνεται να υπερτερεί από θεραπευτική άποψη και κυρίως όταν η διαμονή συνδυάζεται με τις κατάλληλες υγιεινές και διαιτητικές μεθόδους. Πολλοί πάσχοντες τη χειμερινή περίοδο τα πηγαίνουν καλά ενώ το Μάρτιο και τον Απρίλιο που λιώνουν τα χιόνια δεν τα πάνε καλά, γι αυτό και κατεβαίνουν σε χαμηλότερα μέρη.

Επιβάλλεται η λήψη μέτρων από τους γιατρούς των διαφόρων πόλεων της Ελλάδας, για να καθορίσουν τα μέρη που συγκεντρώνουν υγιεινούς όρους προκειμένου να αποσταλούν εκεί οι πάσχοντες. Ένα μέρος είναι η Πάρνηθα, η μετάβαση όμως είναι δύσκολη, επίσης η Βυτίνα, ο Ταΰγετος, τα όρη της Αρκαδίας, ο Αίνας κλπ παρέχουν στους φθισικούς πολλά θεραπευτικά αποτελέσματα.¹⁵

5. Ακτινοθεραπεία

Αφετηρία της εφαρμογής της μεθόδου αυτής στην πνευμονική φυματίωση υπήρξε η επιτυχής θεραπευτική δράση των ακτίνων Rontgen σε πολλές μορφές χειρουργικής φυματίωσης (αδένες, οστά, αρθρώσεις, περιτόναιο κτλ.). Αρχικά Berzonie, Teissier, Mongour κλπ. Πειραματίστηκαν πάνω στα ζώα, αλλά τα αποτελέσματα δεν ήταν ενθαρρυντικά. Παρόλα αυτά οι ερευνητές βασίστηκαν κυρίως

στις παρατηρήσεις που έγιναν στα ζώα που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία, τα οποία μετά από αυτήν εμφάνισαν στους πνεύμονες και στον υπεζωκότα ινώδεις σκληρύνσεις και τάση για επούλωση.

Τα πειράματα πάνω στα ζώα επαναλήφθηκαν μετά από μερικά χρόνια με νεότερες μεθόδους και μέσω της κατά βάθος ακτινοθεραπείας. Με αυτές τις νεότερες μεθόδους κατορθώνεται η είσοδος στο εσωτερικό του οργανισμού μεγάλων δόσεων σκληρών ακτίνων χωρίς να προκληθεί σε κάποιο από τα όργανα και μάλιστα στο δέρμα. Έτσι παρατηρήθηκε η θεραπευτική επίδραση των ακτίνων Rontgen στην φυματίωση των πνευμόνων. Οι παρατηρήσεις αυτές έθεσαν τις βάσεις της περαιτέρω εφαρμογής της ακτινοθεραπείας. Οι παρατηρητές χρησιμοποίησαν κονίκλους, τους οποίους ενοφθάλμισαν μέσω βακτηριδίων φυματιώσεως ανθρώπινου τύπου, για να κάνουν τη νόσο χρόνια καλοήγη και να την προσαρμόσουν προς τη χρόνια συνήθη πνευμονική φθίση του ανθρώπου. Τους κονίκλους τους ενοφθάλμισαν μέσω της ρέβας του αυτιού αφού είχαν περάσει 4 εβδομάδες από τη μόλυνση και επερχόταν ακτινοθεραπεία, αρχικά επί 3 εβδομάδες με μικρές δόσεις, και έπειτα επί 5 εβδομάδες με μεγάλες δόσεις. Μετά από 14 μέρες από την τελευταία ακτινοθεραπεία σκοτώνονταν 2 ζώα, συγχρόνως δε και ένα μολυσμένο αλλά όχι και υποβεβλημένο στη θεραπεία. Σε αυτό το ζώο βρέθηκαν φυματιώδεις εστίες μάλλον εκτεταμένες και επεκτεινόμενες προς την περιφέρεια μέσω κεντρικών νεκρώσεων, ενώ στα ζώα που είχαν υποβληθεί στην ακτινοθεραπεία οι νεκρώσεις δεν ήταν εκτεταμένες αλλά περισσότερο τεντωμένες και περιβαλλόμενες από ευρεία ζώνη νεαρού συλλεκτικού ιστού καθορισμένου πλήρως από την τριγύρω μοίρα. Σ' αυτά παρατηρήθηκαν μικρές μόνο πνευμονικές διηθήσεις, τα δε βακτήρια δεν έγιναν αντιληπτά στην περιφέρεια και μόνο μερικά ελάχιστα βρέθηκαν στο κέντρο της αλλοιωμένης εστίας. Άλλοτε πάλι τα μολυσμένα ζώα υποβάλλονταν αμέσως μετά τη μόλυνση σε ακτινοθεραπεία με μεγάλες δόσεις και μετά από 4-5 εβδομάδες οι αλλοιώσεις είχαν ήδη υποστεί την ενώδη μεταμόρφωση, τα δε οζίδια δεν έμοιαζαν με φυμάτια, εν τούτοις όμως στις πνευμονικές εστίες παρατηρήθηκαν βακτηρίδια φυματιώσεως τοξινικότατα. Στα ζώα που δεν υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία παρατηρήθηκαν τυπικά φυμάτια με τυροειδοποίηση στο κέντρο και περιφερική ζώνη από δαψιλά κύτταρα. Στη βάση

αυτών των πειραμάτων ο Kupferle και ο Baemeister κατέληξαν στα ακόλουθα αποτελέσματα :

1. Με τη χρήση σκληρών διηθημένων ακτίνων roentgen αναστέλλεται η φυματίωση που αρχίζει να εμφανίζεται και παρατηρείται ίαση της ήδη εξελισσόμενης νόσου.
2. Οι ακτίνες Rontgen επιδρούν μόνος στους φυματιώδεις ιστούς, όχι όμως και στα βακτηρίδια της φυματιώσεως.
3. Για να επιτευχθεί η ίαση των μολυσμένων ζώων, πρέπει να εξακριβωθεί και να καθοριστεί η θεραπευτική δόση των ακτίνων, διότι οι μεν μικρές με μεγάλες διακοπές δεν έχουν καμία επίδραση, ενώ αντιθέτως οι μεγάλες δόσεις επαναλαμβάνονται γρήγορα χωρίς μεγάλες διακοπές και προκαλούν τα αντίθετα αποτελέσματα
4. Η ίαση της πειραματικής φυματιώσεως με τη χρήση των ακτίνων Rontgen επιτυγχάνεται με την ακριβή ακλογή των δόσεων, άσχετα αν η φυματίωση οφείλεται σε αερογενή μόλυνση ή σε αιματογενή. Πολλοί ερευνητές εφάρμοσαν τη μέθοδο αυτή σε αυτούς που πάσχουν από τη φυματίωση των πνευμόνων. Και πράγματι αν κρίνουμε από τα αποτελέσματα, παρατηρούμε ότι επέρχονται πολλά καλά στους πάσχοντες. Εντούτοις αυτοί που ενέκυσαν σε αυτή τη μέθοδο ομολογούν το δύσκολο της εφαρμογής, διότι είτε εξαιτίας της μορφής της φυματιώδους αλλοιώσεως είτε εξαιτίας της κακής τεχνικής κατά την εφαρμογή, ενδέχεται αυτή να προκαλέσει μεγαλύτερες βλάβες επιδείνωση της καταστάσεως. Συνεπώς αυτή η θεραπευτική μέθοδος αποτελεί δίκικοπο μαχαίρι και χρειάζεται μέγιστη προσοχή ως προς την εκλογή των πασχόντων και ως προς την εφαρμογή της τεχνικής της θεραπείας. Η επίδραση των ακτίνων Rontgen επιτελείται στον κυρίως φυματιώδη ιστό, ο οποίος ερεθίζεται και επουλώνεται. Αυτές δεν επιδρούν στα βακτηρίδια της φυματιώσεως μιας και πειράματα απέδειξαν ότι όχι μόνο δεν καταστρέφονται τα βακτηρίδια, αλλά ούτε καν αλλοιώνονται βιολογικά.

Κάποιοι συγγραφείς δέχονται ότι από την επίδραση μεγάλων δόσεων το βακτηρίδιο αλλοιώνεται σημαντικά ή και φθείρεται.



Ο Vetterez ισχυρίζεται ότι αν μερικές μεγάλες δόσεις ακτίνων Rontgen επιδράσουν στα βακτηρίδια της φυματιώσεως από θεραπευτικής άποψης αυτό δεν έχει καμία σημασία δεδομένου ότι η θεραπευτική δόση στον άνθρωπο είναι πολύ μικρότερη από την αναγκαία για τη φθορά του βακτηριδίου. Στις εξιδρωματικές μορφές της νόσου, είτε εξαιτίας έντονης τοξικότητας των βακτηριδίων είτε εξαιτίας της ασθενούς άμυνας του οργανισμού ο πνευμονικός ιστός καταστρέφεται και ουροειδοποιείται, οι ακτίνες Rontgen όχι μόνο δε θεραπεύουν αλλά και εκτραχύνουν μάλιστα τις αλλιώσεις. Εκτός από αυτό ο φυματιώδης ιστός ακόμη και τα ευαίσθητα από την επίδραση των ακτίνων κύτταρα νεκρώνονται τελείως, γι αυτό και οφείλουμε να αποφεύγουμε με κάθε τρόπο αυτό, γιατί η φθορά του ιστού συνεπάγεται την προϋούσα εξέλιξη της φυματιώσεως και συνεπώς η πρόγνωση είναι κακή. Συνέπεια αυτής της φθοράς είναι οι αιμοραγίες και οι ελκωτικές εξεργασίες. Η πείρα δε έδειξε, ότι κατά την ακτινοθεραπεία της πνευμονικής φυματιώσεως του ανθρώπου μόνο μικρές ερεθιστικές δόσεις ωφελούν και αυτές μάλιστα σε ορισμένες περιστάσεις.

Μερικοί, όπως ο Maufred και ο Frankel, δεν περιορίζονται μόνο στην ακτινοθεραπεία των πνευμόνων, αλλά εφαρμόζουν τη μέθοδο αυτή και σε άλλα όργανα, όπως τον σπλήνα, τους λεμφικούς αδένες και το μυελό των οστών και αυτό για να προκαλέσουν αύξηση των λεμφοκυττάρων μέσω των οποίων καταπολεμείται η

φυματίωση και ενισχύονται γενικά οι αμυντικές δυνάμεις του οργανισμού. Η ακτινοθεραπεία της πνευμονικής φυματίωσης ενδείκνυται στους βραδέως εξελισσόμενους, στους στάσιμους ή λαθραίους, των οποίων την ίαση μπορεί να επιταχύνει. Στις εξιδρωματικές τυροειδείς μορφές, στις οποίες δεν υπάρχει ο κοκκιώδης ιστός, τον οποίον επηρεάζουν οι ακτίνες, καθώς και σε όλες τις αλλοιώσεις του οξέως, όχι μόνο αντενδείκνυται, αλλά και πρόξενος μεγάλης βλάβης καθίσταται. Αλλά και στις μορφές στις οποίες επιδρούν θεραπευτικά οι ακτίνες Rontgen, αυτές βοηθούν απλώς στη φυσική ίαση με το να προκαλούν επούλωση των υφισταμένων ιστών και επιτάχυνση της ανεπαρκούς τάσης προς ίαση.

Η επιτυχία της ακτινοθεραπείας εξαρτάται από την ορθή εκτίμηση των περιπτώσεων, αλλά απαιτείται ο ακριβής καθορισμός της δόσεως των ακτίνων. Η ακτινοθεραπεία πρέπει να συνδυάζεται με κατάλληλη διαιτητική και υγιεινή θεραπευτική, η οποία και αποτελεί πάντα την κύρια βάση της θεραπείας. Ο Basmeister, ο κύριος υποστηρικτής αυτής της θεραπευτικής μεθόδου, πιστεύει ότι ο απαραίτητος όρος για την επιτυχία της ακτινοθεραπείας είναι η ακριβής διάγνωση της ανατομικής μορφής των πνευμονικών αλλοιώσεων και ανάλογα καθορίζονται οι ενδείξεις και οι η ακολουθητέα τεχνική. Η ακριβής διάγνωση της εκτάσεως των αλλοιώσεων είναι δύσκολη και απαιτείται η λεπτομερής έρευνα μέσω ακτινολογικής εξέτασεως. Συνεπώς καθίσταται αδύνατος ο εκ των προτέρων καθορισμός των δόσεων των ακτίνων. Γενικά, στις καλοήθεις μορφές χρησιμοποιούμε μεγάλες δόσεις με μικρότερες διακοπές, ενώ στην εξελισσόμενη νόσο μεταχειριζόμαστε μικρές δόσεις με μεγαλύτερες διακοπές.

Ο Basmeister κάνει τώρα χρήση δόσεων 8-30% της ΗΕΔ ή διαφορετικά 4-15x επί 4 χιλιοστά φίλτρου αλουμινίου, υποδιαιρεί την πνευμονική μοίρα της ακτινοθεραπείας σε διάφορα πεδία προς τα εμπρός, προς τα πίσω και στα πλάγια. Σε κάθε συνεδρία υποβάλλει ένα από τα πεδία αυτά σε ακτινοθεραπεία εκτελώντας 1-3 συνεδρίες ανά εβδομάδα προς αποφυγή μεγάλων αντιδράσεων. Εάν τα αποτελέσματα της πρώτης σειράς της ακτινοθεραπείας είναι καλά την επαναλαμβάνει με την ίδια σειρά και αυξάνει με προσοχή τις δόσεις. Όταν κατά την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας η θερμοκρασία του σώματος αυξηθεί ή ο υφιστάμενος ήδη πυρετός

πιταθεί, όπως επίσης και όταν ο βήχας εκτραχυνθεί ή η απόχρεμψη γίνει αφθονότερη, το δε βάρος του σώματος ελαττωθεί τότε αναστέλλουμε τη θεραπεία. Αντίθετα η υποχώρηση των διαφόρων συμπτωμάτων σημειώνει την επιτυχή θεραπεία. Κατά την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας απαραίτητος είναι ο συνδυασμός των γνωστών διαιτητικών μεθόδων ως και ιατρική παρακολούθηση, γι αυτό και αυτή εφαρμόζεται κυρίως σε κλινικές ή ειδικά θεραπευτήρια.¹⁵

5. Οποθεραπεία-Οργανοθεραπεία-Χυμοθεραπεία

Η οποθεραπεία, η αρχαιότατη αυτή θεραπευτική μέθοδος, αποτελεί κλάδο της χημειοθεραπείας. Με τη χημειοθεραπεία κυρίως μέσω χημικών ουσιών. Αντίθετα η χυμοθεραπεία περιλαμβάνει τα προερχόμενα παράγωγα από το ζωικό βασίλειο. Ανέκαθεν η οποθεραπεία συνιστιώταν για την ενίσχυση του φθίνοντος οργανισμού. Η οποθεραπεία είχε καρφωθεί στο μυαλό των θεραπευτών και στην αρχή προσφερόταν απλά ως τονωτικό φάρμακο, αργότερα όμως εξετάστηκε λεπτομερέστατα ο σκοπός της ως προς τη φυματίωση, κατά την πορεία της οποίας εκδηλώνονται συμπτώματα που έχουν κάποια σχέση προς το ανεπαρκές κάποιων οργάνων, αδένων εσωτερικής εκκρίσεως. Τα εκχυλίσματα των επινεφριδίων, της υποφύσεως, του ύπατος κλπ παρέχονται με αφθονία στους φθισικούς. Η ελάττωση της πίεσης του αίματος στα αγγεία, η οποία συνήθως οφείλεται στην αλλοίωση των επινεφριδίων τράβηξε την προσοχή των παρατηρητών, ενώ η ένεση διαλύματος επινεφριδίνης απομακρύνει αυτή την υπόταση. Αλλά και ως τονωτικό παρέχεται η επινεφριδίνη γιατί αυξάνει την πίεση του αίματος και κυρίως διακανονίζει τη λειτουργία του ασβεστίου. Η χρήση της επινεφριδίνης ωφελεί πολύ επίσης, διότι ο φυματικός μερικές φορές παρουσιάζει συμπτώματα κοπώσεως, αναιμίας, μυατροφίας, υποτάσεως. Η επινεφριδίνη συγχρόνως δρα και ως καρδιοτονωτικό.

Ορμώμενοι οι συγγραφείς από τις παρατηρημένες αλλοιώσεις του ύπατος και έχοντας υπόψιν τη λειτουργία του ύπατος ως άμυνα κατά των λοιμώξεων ή δηλητηριάσεων, προσπάθησαν μέσω της υπατικής ή χολικής οποθεραπείας και παρασκεύασαν εκχυλίσματα θεραπευτικά ύπατος ή και σιροπίου, τα οποία

κυκλοφορούσαν στο εμπόριο. Τα υπατικά εκχυλίσματα χρησιμοποιήθηκαν θεραπευτικά κατά των αιμοπτύσεων και αργότερα πολλοί γιατροί παρασκεύασαν εκχυλίσματα χολικά και κυρίως τα λιποειδή του ύπατος του χηνός, τα οποία αποχωρίζονται δια του πετρελαιϊκού αιθέρος. Αυτές οι ενέσεις δεν παρέχουν καμιά ωφέλεια, μόνο κάποια βελτίωση στις πεπτικές διαταραχές, ελάττωση των νυχτερινών ιδρώτων, αύξηση του βάρους του σώματος, ενίσχυση των δυνάμεων, ελάττωση της αποχρέμψεως και του βήχα.

Με την δια θυρεοειδούς αδένος οποθεραπεία πολλά συμπτώματα, όπως η ανορεξία ή οι κεφαλαλγίες ή η κόπωση κλπ βελτιώνονται. Όσοι υποστηρίζουν αυτή την οποθεραπεία έκανα πειραματικές έρευνες σε ζώα και παρατήρησαν ότι αυτά επέζησαν περισσότερο χρόνο από αυτά που δεν υποβλήθηκαν στη θεραπεία. Άλλοι πάλι πιστεύουν ότι αυτή η θεραπεία δεν παρέχει καμιά βελτίωση στον πάσχοντα αλλά χειροτερεύει μάλιστα την κατάστασή του.

Η δια της υποφύσεως οποθεραπεία κατά της φυματιώσεως συστήθηκε για ορισμένα συμπτώματα όπως αυτό της πιμελώσεως ή των ψυχικών διαταραχών, ή της πτώσεως της αρτηριακής πίεσεως και της ταχυκαρδίας. Κατά των αιμοπτυσιών χρησιμοποιείται το εκχύλισμα του οπισθίου λοβού της υποφύσεως. Σε μερικούς άρρωστους η όρεξη επανέρχεται και ενισχύονται όλες οι δυνάμεις του οργανισμού, ενώ σε άλλους παρατηρήθηκαν τα αντίθετα. Τέλος, μερικοί που προσομιάζουν προς τον ονομαζόμενο χλωρωτικό τύπο καλυτέρευαν με τη χρήση των εκχυλισμάτων των ωοθηκών, και κυρίως, όταν υφίστανται διαταραχές που επέρχοντο από την έμμηνο ρύση ή και την αιμοπτυσία. Ένα άλλο παρασκεύασμα της ωοθήκης είναι αυτό που παράγεται από το φαιό σωματίο, προτιμότερη όμως είναι η χρήση του γενικού εκχυλίσματος της ωοθήκης που περιέχει και το ωχρο σωματίο.

Τα εκ του στομάχου οποθεραπευτικά σκευάσματα δόθηκα για θεραπευτικό σκοπό κυρίως κατά των δυσπειπικών διαταραχών των φυματικών. Και πράγματι κατά την εξέλιξη της πνευμονική φυματιώσεως ενίοτε παρατηρείται ανορεξία εξαιρετικά επίμονη, κατά την οποία ο άρρωστος σιτίζεται με δυσαρέσκεια.

Αλλά και τα σκευάσματα του εντέρου και του παγκρέατος μεταχειριζόμεστε για τις διαταραχές του εντέρου. Ο πάσχοντας δεν έχει ουσιαστικά καμιά ωφέλεια.¹⁵

7. Τα ειδικά θεραπευτήρια(φθισιατρεία)

Τα δωμάτια του φθισιατρείου πρέπει να είναι ευάερα, να είναι αυρύχωρα, οι πόρτες και τα παράθυρα μεγάλα για να μπαίνει φως, είναι απαραίτητη η ευρύχωρη αίθουσα αναπαύσεως.

Τα δωμάτια του προσωπικού και το δωμάτιο του γιατρού βρίσκονται σε κάποια απόσταση από τους θαλάμους των αρρώστων. Ωστόσο ο γιατρός μπορεί ανά πάσα στιγμή να επιβλέπει τις λειτουργίες του θεραπευτηρίου. Οι άρρωστοι υποχρεώνονται να φέρουν μαζί τους ειδική πτυελίστρα που να περιέχει αντισηπτικό διάλυμα. Έτσι τα φθισιατρεία όχι μόνο δεν αποτελούν εστίες μόλυνσεως, αλλά χρησιμεύουν στην απομόνωση του φθισικού ο οποίος δε μολύνει καθόλου τους τριγύρω του. Τα φθισιατρεία δεν είναι καθόλου επικίνδυνα για τη δημόσια υγεία, γιατί παίρνονται προφυλακτικά μέτρα, το προσωπικό του φθισιατρείου δεν επηρεάζεται από τη νόσο, τα πύελα που τίθενται σε ειδικά μεταλλικά δοχεία καίγονται και από την υψηλή θερμοκρασία φθείρονται και μετά ρίχνονται στους οχετούς. Σε αυτά τα θεραπευτήρια υπάρχουν λουτήρες και ειδικές υδροθεραπευτικές εγκαταστάσεις, ενώ το νερό που χρησιμοποιείται από το ίδρυμα εκκενώνεται στους ίδιους βόθρους.



Θάλαμος ασθενών. διακρίνονται όλα καθαρά και ταξτοποιημένα.

Στα φθισιατρεία και κυρίως στα ιδιωτικά παρέχεται άφθονη τροφή και πλούσια ποικιλία edésματα, βέβαια στα πλαίσια της υγιεινής. Απαραίτητη επίσης θεωρείται

η χάραξη οδών γύρω από το φθισιατρείο, οι οποίες είναι επίπεδες και ο πάσχων κάνει περιπάτους σύμφωνα με τις υποδείξεις του γιατρού. Τα θεραπευτήρια πρέπει να περιβάλλονται από πολλά δέντρα, που χρησιμεύουν όχι μόνο για να προφυλάσσουν τους πάσχοντες από την επίδραση του ήλιου το καλοκαίρι, αλλά και για να προφυλάξουν την κατοικία των φυματικών από τους βίαιους ανέμους.

Ο χρόνος παραμονής του φυματικού στο θεραπευτήριο εξαρτάται από πολλούς λόγους και κυρίως από τον ίδιο τον πάσχοντα, ο οποίος άλλοτε καταλαμβάνεται από ανία, μελαγχολεί και εγκαταλείπει το φθισιατρείο. Ο λόγος που μακραίνει την παραμονή του αρρώστου στο φθισιατρείο δεν είναι μόνο θεραπευτικός, αλλά κυρίως προφυλακτικός, αφού ο άρρωστος ενώ διαμένει εκεί δε μολύνει τουλάχιστον τους περιγύρω του.

Οι γιατροί πριν την αναχώρηση του αρρώστου, τον υποβάλλουν στην εκτέλεση ορισμένων σωματικών εργασιών για 3 μήνες και αν μετά από αυτό το χρονικό διάστημα δεν παρουσιαστεί παρόξυνση, τότε ο πάσχων μπορεί να εγκαταλείψει το φθισιατρείο θεωρούμενος ως ιαθείς.¹⁵

β. Φάρμακα

Με την πρώτη ανάπτυξη των μέσων μαζικής ενημέρωσης άρχισαν να κυκλοφορούν «μαγικές συνταγές, όπως ο «Γνήσιος, ο όντως θαυματουργός οίνος Μάρκου Βαρλά». Η συγκεκριμένη υπόθεση κατέληξε στα δικαστήρια και σε φυλάκιση του οινοπώλη. Τρία χρόνια αργότερα οι οίνοι Βαρλά συνεχίζουν να διατίθενται σε συνδυασμό και με ειδικά βακτηριοκτόνα φάρμακα.

Η «κεκαθαρμένες» φυματίνες το Κωχ εγκαταλείπονται νωρίς από το σακορράφο, λόγω αναζωπύρωσης και επιτάχυνσης του θανάτου και τη θέση τους πήραν η οροθεραπεία και ειδικά αντιγόνα (Μεθυλικό αντιγόνο του Negre), με τα οποία θεραπεύετο κυρίως η αδενική φυματίωση και ήπιες μορφές της πνευμονικής. Οι γιατροί του Marmoreck και του Maragliano υπήρξαν η ελπίδα των σοβαρών μορφών. Ακολουθεί πλούσια συνταγογραφία με επικράτηση των αλάτων ασβεστίου, της στρυχνίνης του αρσενικού. Το σωσίκρεας ή κρεόσωτο (είδος κεδρέλαιου) σε εισπνοές σκοτώνει το βακτήριου ενώ όλα τα άλλα δηλητήρια τονώνουν! Τα άλατα χρυσού

θεραπεύουν τη φυματίωση όπως τη συφιλλίδα ενώ η ακτινοθεραπεία επουλώνει τα σπήλαια. Ευτυχώς που ο αιθέρας, η καμφορά, η μορφίνη και η ηρωίνη σε γενναίες δόσεις ανακουφίζουν. ²

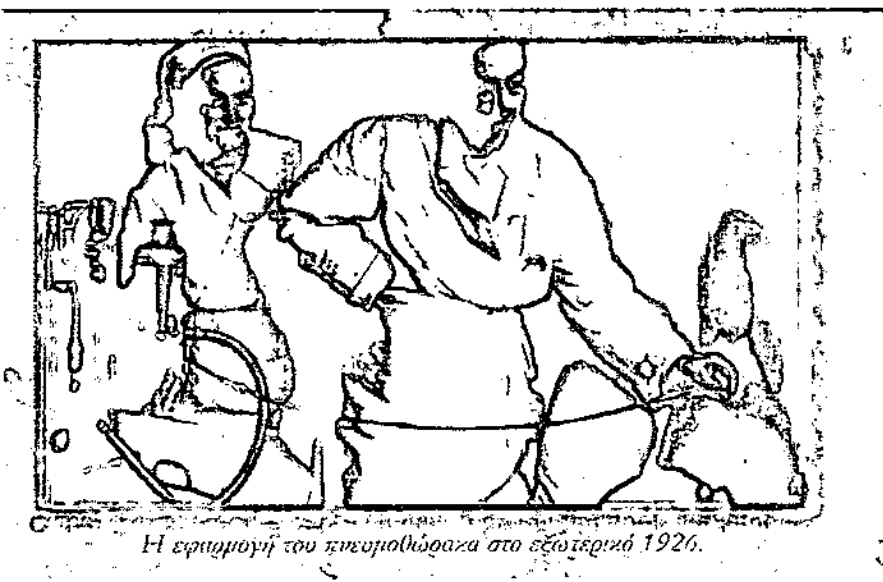
Τα πρώτα εμβόλια άρχισαν να χορηγούνται από το στόμα, γνωστά ως εμβόλια του Calmette, από το ν. ερυθρό σταυρό στα 1927 σε παιδιά φυματικών. Το βακτηρίδιο του Κοχ αποκτά μεγάλη λοιμογόνο δύναμη όταν γίνεται «διηθητός ιός». Φαίνεται σαν να είναι μια άλλη μορφή του «παράσιτου». Δίνεται μεγάλη σημασία στη Mantoux. Είναι τεκμήριο νόσου εν εξελίξει ή εν ενεργεία στα βρέφη και τα παιδιά αλλά όχι στους ενήλικες, έχει κακή προγνωστική αξία όταν αρνητικοποιείται και καλεί όταν είναι έντονη. Για τη διάγνωση της φυματίωσης χρησιμοποιούνται και νέες ορολογικές αντιδράσεις «συγκολλητίνης» με ευαισθησία 65-80%. ²

9. Χειρουργική θεραπεία

Η πρώτη δραστική προσέγγιση της νόσου υπήρξε ο τεχνητός πνευμοθώρακας που αποτελούσε χειρουργική θεραπεία δηλαδή: εισαγωγή, μέσω ειδικής σύριγγας, αέρος στην υπεζωκοτική κοιλότητα. 'Σε περίπτωση συμφύσεων που καθιστούσαν τον τεχνητό (ενδοϋπεζωκοτικό) πνευμοθώρακα ανεφάρμοστο ή αναποτελεσματικής προσπάθειας λύσης των συμφύσεων, ετίθετο θέμα μείζονος θωρακοχειρουργικής παρέμβασης: σύνθλιψη ή εκτομής του φρενικού νεύρου (φρενικοσύνθλιψη ή φρενικοεξαίρεση), θωρακοπλαστικής (αφαίρεση τμημάτων θωρακικών πλευρών), χειρουργικής παροχέτευσης σπηλαίου με αναρροφήσεις, plombage, σπηλαιοεκτομής, λοβεκτομής ή πνευμονεκτομής. Μια παραλλαγή του τεχνητού ενδοϋπεζωκοτικού πνευμοθώρακα ήταν και ο "εξωπλεύριος πνευμοθώρακας", δηλαδή η εισαγωγή αέρα μεταξύ τοιχωματικού υπεζωκότα και θωρακικού τοιχώματος.

Αναλυτικότερα, η φρενικοεξαίρεση είχε σκοπό την παράλυση του ημιδιαφράγματος και την συνεπακόλουθη σύμπτυξη του νοσούντος πνευμονικού παρεγχύματος. Η μέθοδος αρχικά εφαρμόστηκε για βλάβες των πνευμονικών βάσεων, αλλά στη συνέχεια, επεκτάθηκε και σε περιπτώσεις με σπήλαια στις πνευμονικές κορυφές. Σύμφωνα με τον μετέπειτα πρώτο καθηγητή Φυματιολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ν.Β. Οικονομόπουλο, το 15-30% των ασθενών εμφάνιζε, μετά από φρε-

κοεξαίρεση, "κλινική θεραπεία". Συγκριτικά με τον τεχνητό πνευμοθώρακα, η ορνεκοεξαίρεση μειονεκτούσε στην βραδύτερη επίτευξη της μολυσματικότητας του ασθενή, στον μικρότερο αριθμό των ενδείξεων για την εφαρμογή της και στο μικρότερο ποσοστό ασθενών με κλινική θεραπεία.



Παρά τις σποραδικές παρενέργειές τους (διάτρηση πνεύμονα, υπεζωκοτικές συλλογές, εκτεταμένες ουλές, λειτουργική έκπτωση αναπνευστικού κλπ, οι τεχνικές αυτές πετύχαιναν συνήθως την αποστείρωση των πτυέλων, τη βελτίωση της γενικής κατάστασης του ασθενούς, του βήχα και των αιμοπτύσεων του.

Οι σημαντικές αυτές θωρακοχειρουργικές συντελέστηκαν στα μεγάλα, ευρωπαϊκά φυματιολογικά κέντρα. Ελάχιστοι ήσαν οι Έλληνες Φυματιολόγοι που, κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου, εφήρμοσαν τον τεχνητό πνευμοθώρακα. Όλοι πήγαιναν σε αντίστοιχα κέντρα της Ευρώπης: ο Γιώργος Καραμάνης, στην Ελβετία, ο Δημήτριος Χαροκόπος στη Γαλλία.

Στροφή στην ελληνική, θωρακοχειρουργική προσέγγιση της φυματίωσης αποτελεί η έλευση στην Ελλάδα, μετά από δετή εκπαίδευση στο Παρίσι, του θωρακοχειρουργού Νικολάου Τσούτη. Η στροφή αυτή όμως συντελείται μεσούντος του παγκοσμίου πολέμου και, κυρίως μετά το τέλος του, οπότε ο Τσούτης και το επιτελείο του αναπτύσσουν σημαντική δραστηριότητα στην Αθήνα, με επίκεντρο την «Σωτηρία».²

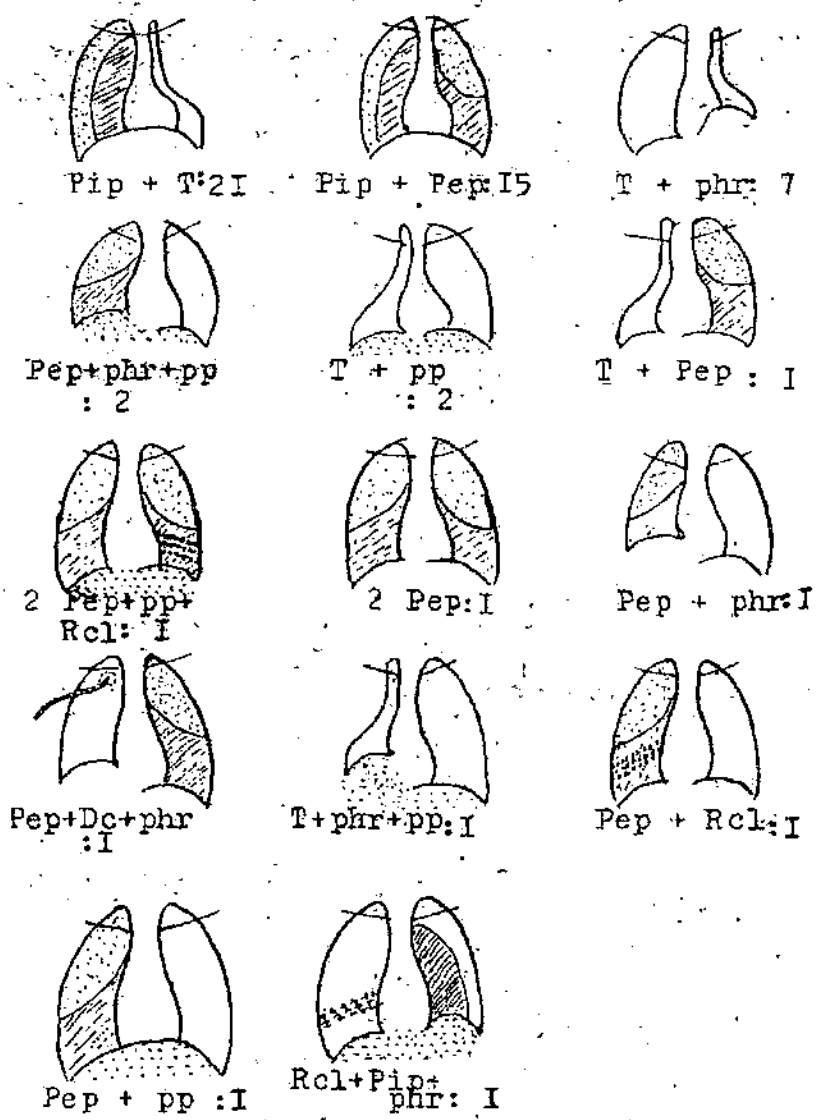


Tableau 1. — Les associations collapsothérapeutiques.

Abbréviations:

- Pip et Pep: pneumothorax intra- et extra-pleural.
- T: thoracoplastie.
- phr: intervention sur le phéniq.
- pp: pneumo-péritoine.
- Rcl: résections costales localisées.
- Dc: drainage cavitaire.

3.1.3. Η Σανατοριακή νοσηλεία πλεονεκτεί σε πολλά σημεία πό την κατ'

ρίκον νοσηλεία

Στο σανατόριο επιτυγχάνεται αρχικά η απομόνωση του μολυσματικού φυματικού από το περιβάλλον του έχοντας αυτόν σε ένα ουσιαστικό προστατευτικό μέτρο. Επίσης στο σανατόριο ο ασθενής απομακρύνεται από την επαγγελματική του ασχολία και την οικογένεια του, βρίσκεται σε συνθήκες ψυχικής αναπαύσεως η οποίες διευκολύνουν την ίασή του. Αυτό δεν ισχύει για όλους τους φυματικούς, διότι

πάρχουν και ορισμένοι από αυτούς ψυχονευρωτικοί για τους οποίους ο εγκλεισμός στο σανατόριο και η απομάκρυνση από την οικογένεια τους τους δημιουργεί πειδείνωση της ψυχονεύρωσής τους, η οποία επιδρά αναμφισβήτητα και στην πορεία της πνευμονικής τους καταστάσεως. Στην περίπτωση αυτή, παρόμοιοι ασθενείς είναι δυνατόν να νοσηλεύονται στο σπίτι.

Ακόμα στο σανατόριο, ο ασθενείς έχει πειθαρχημένη διαβίωση και διατελεί υπό συνεχή ιατρική επίβλεψη και παρακολούθηση.

Η ελεύθερα νοσηλεία, πρέπει να εφαρμόζεται μόνο σε σοβαρούς, πειθαρχημένους ασθενείς, οι οποίοι έχουν και τα οικονομικά μέσα έχοντας μικρές αλλοιώσεις. Σε αυτούς απαγορεύεται ο συγχρωτισμός με νήπια και μικρά παιδιά.¹⁷

3.2. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΤΕ

Η νοσηλεία στις παθολογικές κλινικές απευθυνόταν αποκλειστικά σε οματικούς. Η αγωγή, κλασική με στεπτομυκίνη, παρααμινοσαλικυλικό νάτριο (PAS) και ισονιαζίδη, με τη σειρά εμφανίσεως. Η ενδονοσοκομιακή νοσηλεία ήταν δεδομένη και για πολλούς-πολλούς μήνες ή και ισοβίως. Όταν οι γιατροί «βαριόνταν» τον άρρωστο, ή και αντίστροφα εφευρισκόταν η ...για λόγους κλίματος μεταφορά των ασθενών σε άλλο σανατόριο! Όχι πάρα πολύ σπάνια νοσηλεύονταν, κατά λάθος, μη οματικοί άρρωστοι. Ευνόητο ότι αντιμετωπιζόταν παράλληλα σωρεία συνυπαρχουσών, πολύ συχνών τότε, νόσων: σακχαρώδης διαβήτης, πυριτίαση (χαλίκωση τη λέγαν τότε), κίρρωση ήπατος, πνευμονική καρδιά Κ.λ.π. Δεν υπήρχε βέβαια καρδιογράφος. Κάθε κλινική διέθετε σκοτεινό θάλαμο και ακτινοσκοπικό μηχάνημα, στο οποίο γινόταν, ανά δίμηνο, περιοδικός έλεγχος όλων των ασθενών. Ανά τετράμηνο γινόταν ακτινογραφία θώρακος. Το μηχάνημα χρησιμοποιούταν εκτάκτως σε υποψία πνευμοθώρακα, καθόλου σπάνιου τότε. Η σημασία του μηχανήματος θα διαφανεί και από το γεγονός ότι, στα πρώτα μελετήματα της Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής ήταν η προμήθεια ακτινολογικού μηχανήματος.

Οι εξετάσεις των πτυέλων, όμως, ήταν σχολαστικές. Παραγγέλλονταν με καταστάσεις κάθε μήνα και για όλους τους αρρώστους. Σε καταστάσεις και τα

αποτελέσματα. Επακολουθούσε η καλλιέργεια ή κατά περίπτωση, το test αντιφυματικών. Πολλά "παιχνίδια" παίζονταν με την απόχρεμψη, γιατί "νομότυπα" ασθενής με θετικά πτύελα δεν μπορούσε να πάρει άδεια (ναι υπήρχε ο θεσμός των άδειών, τις οποίες υπέγραφε η διεύθυνση, μετά εισήγηση των γιατρών). Ανακαλύφθηκε λοιπόν η εναλλασσόμενη απόχρεμψη. Η "αποφυλάκιση" των άρρωστων "παιζόταν" με την απόχρεμψη. Τα δε εξιτήρια είχαν τελετουργικό χαρακτήρα, αφού δίνονταν ομαδικά κατά τις εορτές (Χριστούγεννα, Πάσχα). Η έξοδος θύμιζε απόλυση στρατιωτών.

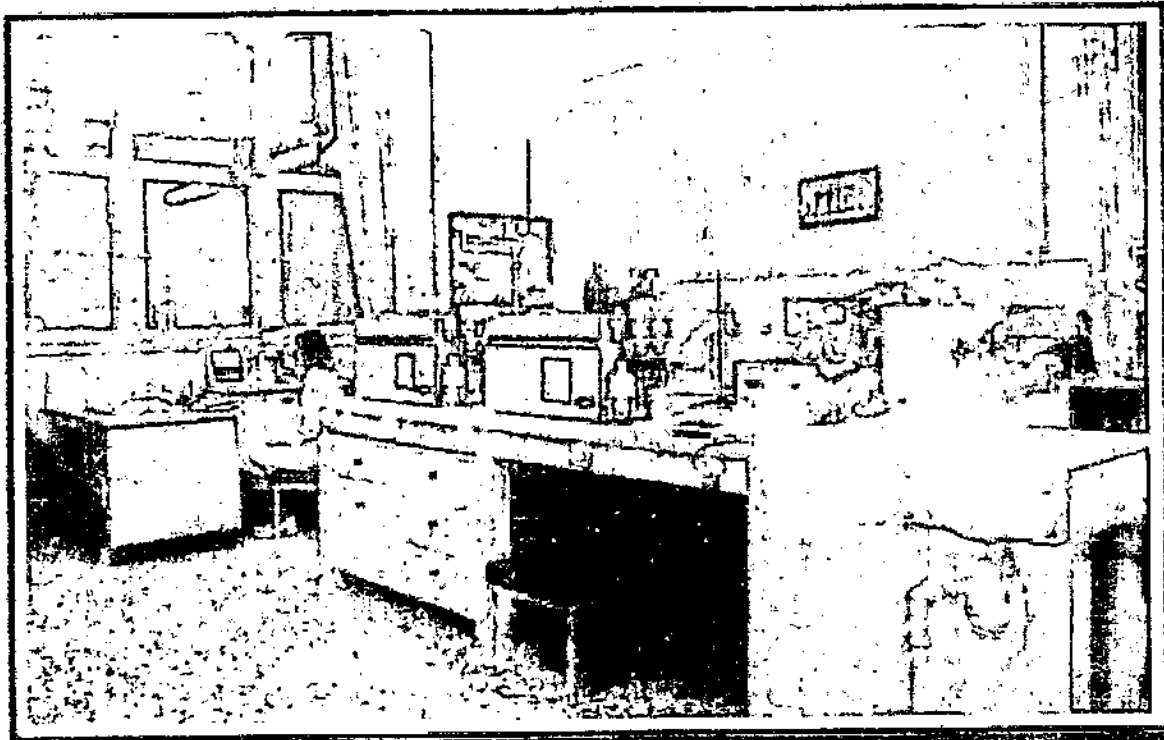


Η τάξη και η γεωμετρία επιστρέφει στη "Σωτηρία" με τον Μεταλλινό. Βεράντα αεροθεραπείας.

Η διαβίωση των ασθενών υπαγορευόταν από "τυπικό", όπως στις φυλακές ή τις κατασκηνώσεις: εγερτήριο, ρόφημα, σιωπητήριο κ.λ.π. Πολλές ώρες της ημέρας οι άρρωστοι έμεναν ακίνητοι στα κρεβάτια, ανάσκελα και χωρίς μαξιλάρι, ανταγωνιζόμενοι αλλήλους για ρεκόρ. Η διαδικασία αυτή, ταβανοθεραπεία, λεγόταν επίσημα κούρα, από το "γαλλικό cure = θεραπεία. Η απελευθέρωση από την κούρα αναφερόταν ως ξεκούρα. Κατ' αυτήν (την ξεκούρα) ο άρρωστος μπορούσε να κυκλοφορήσει κομμάτι, ή να ξαπλώσει για ...αεροθεραπεία σε πολύσπαστη πολυθρόνα στη βεράντα. Το ότι αυτά ανήκουν στη γραφική ιστορία της φυματίωσης δεν εμποδίζει γραφικές θέσεις της πρωτεύουσας, που ακόμη, ή μέχρι προ τινός, ομιλεί για τον αέρα των φυματικών.

Το φαγητό προσφερόταν σε τραπεζαρίες, όπως στις κατασκηνώσεις. Εξαίρεση, έβαια, για βαριά πάσχοντες, αιμοπτύοντες κ.λ.π. Και επειδή, βέβαια, δεν ήταν

υνατό ο γιατρός να επισκέπτεται κάθε μέρα εκατό και... αρρώστους, η ώρα του εσημερινού φαγητού ήταν μια πολύ καλή ευκαιρία να τους δει όλους μαζεμένους. Αλλά και αμφίδρομα να βλέπουν οι άρρωστοι άσπρη μπλούζα. Αυτό δεν σημαίνει ότι εν υπήρχαν γιατροί που ...φοβούνταν την τραπεζαρία. Ο φόβος από τη φυματίωση ταν διάσπαρτος και παρά τοις ιατροίς. Κάπως δικαιολογημένα γιατί οι γνώσεις γύρω πό την παθογένεια της νόσου ήταν τόσο ρευστές.... ¹¹



Το ειδικό βιοχημικό εργαστήριο κατά την εποχή που λειτουργούσε στις εγκαταστάσεις του Κέντρου Αναπνευστικής Ανεπάρκειας.

Ε. ΜΕΡΟΣ 4

4.1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ

Το αντιφυματικό πρόγραμμα από «τότε» μέχρι και «σήμερα» περιλαμβάνει πρόληψη και θεραπεία.

ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η πρόληψη της φυματίωσης περιλαμβάνει:

α) την αναζήτηση νέων περιπτώσεων ενεργού νόσου: Η αναζήτηση νέων περιπτώσεων, ευαισθητοποιεί την ιατρική σκέψη στο διαρκές ενδεχόμενο παρουσίας της νόσου μεταξύ ομάδων υψηλού κινδύνου αλλά και στο γενικό πληθυσμό. Κινητοποιεί σε ταχύτερη αντιμετώπιση των ασυμπτωματικών ασθενών και αντιμετωπίζει καίρια την πηγή της περαιτέρω μετάδοσης.

β) τη χημειοπροφύλαξη των μολυνθέντων: Η χημειοπροφύλαξη αποτρέπει την εκδήλωση της νόσου στους μολυνθέντες. Σε ειδικές περιπτώσεις δίδεται για να προφυλάξει από την αναζωπύρωση της νόσου, αλλά και από αυτή την ίδια τη μόλυνση. Και

γ) τον αντιφυματικό εμβολιασμό: Ο αντιφυματικός εμβολιασμός με BCG αποτρέπει να προλάβει τη φυσική μόλυνση και την ίδια τη νόσο προς την οποία η μόλυνση μπορεί να εξελιχθεί.¹⁸

4.1.1. Ανίχνευση νέων περιπτώσεων

Η ανίχνευση νέων περιπτώσεων περιλαμβάνει όλες τις μεθοδεύσεις και ενέργειες που απαιτούνται για την ανακάλυψη πασχόντων από φυματίωση που δεν έχουν επίγνωση της νόσησής τους. Σπουδαιότερες μέθοδοι που έχουν μέχρι τώρα εφαρμοσθεί είναι η κλινική αξιολόγηση, η ακτινογραφία θώρακος, η εξέταση πτυέλων για B.Koch και η φυματοαντίδραση.

Θα πρέπει κάθε κρούσμα φυματίωσης αφού διαγνωσθεί να αναφέρεται στο Πνευμονολογικό- Αντιφυματικό Ιατρείο της περιοχής κατοικίας του ασθενούς. Το Ιατρείο αυτό θα πρέπει με την καθοδήγηση του υπεύθυνου γιατρού να στείλει επισκέπτρια αδελφή, η οποία θα επισκεφθεί και θα ελέγξει το οικογενειακό, κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον του ασθενούς σε συνεργασία με το κέντρο υγείας.¹⁹

4.1.2. Πού στοχεύει η ανίχνευση

Η ανίχνευση νέων περιπτώσεων στοχεύει στην έγκαιρη αντιμετώπιση της νόσου και την αποτροπή νέων μολύνσεων.

Μπορεί να διακριθεί σε ενεργητική και παθητική ανίχνευση. Η ενεργητική αναφέρεται κυρίως στα προγράμματα ελέγχου της φυματίωσης, που αφορούν στο γενικό πληθυσμό ή ορισμένες ομάδες του. Επίσης αναφέρεται στις μεθόδους αναζήτησης της νόσου, δηλαδή, ακτινογραφία θώρακα, εξέταση πτυέλων για β Koch, θερμοαντίδραση φυματίνης. Η παθητική ανίχνευση περιλαμβάνει την κλινική αξιολόγηση των συμπτωμάτων ασθενών που προσέρχονται εκουσίως για ιατρική εξέταση καθώς και την περαιτέρω εργαστηριακή διερεύνησή τους.

Στις αναπτυγμένες χώρες η μικρή επίπτωση της φυματίωσης έχει οδηγήσει στην κατάργηση της μαζικής εξέτασης του πληθυσμού για ανίχνευση νέων περιπτώσεων της νόσου. Έτσι η φυματίωση αναζητείται κυρίως σε ευαίσθητες ομάδες αυξημένου κινδύνου", όπως αυτές προσδιορίζονται από τα ειδικότερα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά κάθε χώρας (π.χ. περιθωριακοί, μετανάστες, AIDS κλπ.).

4.2. Μέθοδοι ανίχνευσης νέων περιπτώσεων φυματίωσης

4.2.1. Ακτινογραφία θώρακα

Η ακτινογραφία θώρακα αποτελεί εύκολη, ασφαλή και προσβάσιμη μέθοδο για την αναζήτηση των μολυσματικών ασθενών. Η περιοδική μαζική ακτινογράφιση αποτελούσε ήδη βασική έρευνα ρουτίνας μεταξύ 1950-1975 σε πολλές αναπτυγμένες χώρες (μικροακτινογράφιση). Στην Ολλανδία άρχισε να εφαρμόζεται από το 1949 και κάθε χρόνο για τον έλεγχο του πληθυσμού μεγαλύτερου των 14 ετών και ειδικότερα ομάδων υψηλού κινδύνου. Η απόδοση της μικροακτινογράφισης δεν ξεπέρασε το ποσοστό 15% στην ανεύρεση ασθενών με θετικά πτύελα (άμεσα παρασκευάσματα). Επίσης δεν πέρασε το 25% στην ανίχνευση ασθενών με πτύελα θετικά από την καλλιέργεια και το 30% στους ασθενείς με πτύελα αρνητικά στην καλλιέργεια .

Φαίνεται ότι ο μαζικός ακτινολογικός έλεγχος του πληθυσμού αν και αποκαλύπτει νέες περιπτώσεις φυματίωσης δεν μεταβάλλει ουσιαστικά την επίπτωση

της νόσου. Στο Kolin της Τσεχοσλοβακίας, όπου το 95% του πληθυσμού πάνω από 14 ετών έκανε ακτινογραφία θώρακα κάθε τρία χρόνια (μεταξύ των ετών 1960-1972), και αφού όλες οι νέες περιπτώσεις υποβλήθηκαν σε θεραπεία η επίπτωση παρέμεινε σταθερή.

Η ακτινογραφία θώρακα παραμένει μέθοδος εκλογής για την ανίχνευση νέων περιπτώσεων φυματίωσης στις αναπτυγμένες χώρες.¹⁸

4.2.2.Εξέταση πτυέλων για ανεύρεση β Koch

Για την ανίχνευση νέων περιπτώσεων χρησιμοποιείται κυρίως η απλή μικροσκοπική εξέταση στο άμεσο παρασκεύασμα πτυέλων. Πιθανόν όμως να χρειασθεί και καλλιέργεια πτυέλων. Η μέθοδος είναι μάλλον ακατάλληλη για τις αναπτυγμένες χώρες με χαμηλή επίπτωση. Παραμένει κύριο διαγνωστικό μέτρο σε περιορισμένες και καλά ελεγχόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου καθώς και στους ηλικιωμένους.

Αν η βακτηριολογική επιβεβαίωση της νόσου κριθεί απαραίτητη, χρησιμοποιούνται νεότερες τεχνικές συλλογής δειγμάτων (βρογχοσκόπηση με συλλογή βρογχικών εκκρίσεων, βρογχοκυψελιδική έκπλυση), και εργαστηριακής επιβεβαίωσης (DNA-probes και PCR).

Η εξέταση πτυέλων για β Koch παραμένει μέθοδος εκλογής για τις αναπτυσσόμενες χώρες αφού α) αφορά στην περισσότερη μολυσματική ομάδα των ασθενών με θετικά πτύελα σε απλή εξέταση, β) Είναι φθηνότερη από την ακτινογραφία θώρακα, γ) χρειάζεται υποτυπώδη υποδομή. Σ' αυτές τις περιπτώσεις έχει δειχθεί ότι αρκεί εξέταση τριών δειγμάτων πτυέλων για τη βακτηριολογική επιβεβαίωση, που δίδονται συνήθως εντός τριών συνεχών ημερών.

Η εξέταση πτυέλων για β Koch εμπεριέχει και μια σημαντική επιδημιολογική παράμετρο. Η επίπτωση των ασθενών με θετικά πτύελα σε μια χώρα αντανάκλα τις υπάρχουσες μολυσματικές εστίες που πρέπει να αντιμετωπιστούν.¹⁸

4.2.3.Δερμοαντίδραση φυματίνης

Περίπου το 10% των μολυνθέντων, οι οποίοι και έχουν θετική δερμοαντίδραση, διατρέχουν τον κίνδυνο ενεργού φυματίωσης. Εξ αυτών δε οι μισοί θα νοσήσουν στο πρώτο έτος μετά τη μόλυνση.

Σε χώρες με υψηλή επίπτωση της νόσου η δερμοαντίδραση έχει αξία μόνο στον έλεγχο μαθητών σε σχολεία, αφού μεγάλο ποσοστό των ενηλίκων έχει ήδη μολυνθεί.

Σε χώρες με χαμηλή επίπτωση, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ανίχνευση νέων περιπτώσεων, μόνο όταν δεν έχει προηγηθεί μαζικός εμβολιασμός με BCG. Επίσης μπορεί να εφαρμοσθεί στην ανίχνευση νέων περιπτώσεων σε μικρούς πληθυσμούς όταν υπάρχει μετατροπή της από αρνητική σε θετική. Στην Ολλανδία η δερμοαντίδραση φυματίνης χρησιμοποιήθηκε αξιόπιστα τη δεκαετία του 1960, σε ομάδες διαφόρων ηλικιών και απέδωσε 20% στην αναζήτηση νέων περιπτώσεων μεταξύ των μετατροπέων της!!.¹⁸

4.3. Παθητική ανίχνευση των περιπτώσεων φυματίωσης

Ποσοστό ασθενών με φυματίωση (έως και 60%), προσφεύγει στο γιατρό κυρίως με κλινικά συμπτώματα που δεν ανταποκρίνονται σε διάφορες θεραπείες. Αυτοί οι ασθενείς αποτελούν τον πληθυσμό στον οποίο καταγράφεται η παθητική ανίχνευση και αναφέρουν τα εξής συμπτώματα σε διάφορους συνδυασμούς Π.χ.

- . παραγωγικό βήχα για διάστημα μεγαλύτερο των τριών εβδομάδων
- . αιμόπτυση ή αιμόφυρτα πτύελα
- . πυρετό, νυκτερινούς ιδρώτες
- . θωρακικό πόνο, απώλεια βάρους.

Πολλές φορές οι ασθενείς μπορούν να ανεχθούν εβδομάδες ή μήνες τον παραγωγικό βήχα, χωρίς να ζητήσουν ιατρική συμβουλή. Είναι δυνατόν να λάβουν αγωγή με αντιβιοτικά για μεγάλο διάστημα πριν καταφύγουν σε ακτινολογικό έλεγχο ή πνευμονολογική εξέταση.¹⁸

4.4 Ομάδες υψηλού κινδύνου

4.4.1. Άτομα που έχουν έλθει σε επαφή με πάσχοντα

Είναι η ομάδα ατόμων που διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν νόσο. Σε διάφορες μελέτες αναφέρεται ότι ποσοστό 10%-14%, ακόμη και 20% των νέων περιπτώσεων έχουν ανιχνευθεί μεταξύ επαφών των ασθενών.

Αυτά τα άτομα έχουν 10-60 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από ό,τι ο γενικός πληθυσμός και αυτό εξαρτάται κυρίως από τη στενότητα της επαφής, την ηλικία, την τοπική επίπτωση της φυματίωσης και τη λοιμογόνο δύναμη των

τυέλων του πάσχοντος. Υψηλότερο κίνδυνο διατρέχουν όσοι ήλθαν σε επαφή με πάσχοντες που έχουν πτύελα θετικά στην απλή μικροσκοπική εξέταση.

Οι επαφές μπορεί να διακριθούν σε οικογενειακές, στενές και τυχαίες. Στις δύο πρώτες κατηγορίες ανήκουν όσοι ζουν στην ίδια στέγη με τον πάσχοντα ή εργάζονται μαζί του, και οι οποίοι πρέπει κατά προτεραιότητα να εξετάζονται για ανίχνευση νέας περίπτωσης φυματίωσης.

Ιδιαίτερως δύσκολη είναι η ανίχνευση στις επαφές περιθωριοποιημένων ομάδων όπως οι άστεγοι και οι Χρήστες ουσιών που προκαλούν εξάρτηση, των οποίων η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να διευκολύνεται.¹⁸

4.4.2. Μετανάστες και πρόσφυγες

Είναι ορθό οι μετανάστες να ελέγχονται κατά την άφιξή τους στη χώρα υποδοχής με δερμοαντίδραση φυματινής και ακτινογραφία θώρακα και να υποβάλλονται σε χημειοπροφύλαξη ή χημειοθεραπεία όταν χρειάζεται.

Ακόμα μεγαλύτερο πρόβλημα αποτελούν οι ομάδες προσφύγων αφού επιπλέον αντιμετωπίζουν έλλειψη στέγης, τροφής και ιατρικής φροντίδας, ευρίσκονται σε συνεχή μετακίνηση. Η επιβάρυνση των προσφύγων με νέες περιπτώσεις φυματίωσης, HIV και άλλες λοιμώδεις ασθένειες είναι πολύ υψηλή. Στη χώρα μας τέτοια πολιτική δεν υπάρχει παρά μόνο περιστασιακά ή περιοχικά.¹⁸

4.4.3. Φυλακισμένοι

Το περιβάλλον της φυλακής αποτελεί ιδιαίτερα γόνιμο έδαφος για μετάδοση της φυματίωσης (υπερπληθυσμός, φτωχική διαβίωση, χρήση ουσιών που προκαλούν εξάρτηση, AIDS). Οι φυλακισμένοι αποτελούν "αιχμάλωτο" πληθυσμό για ανίχνευση νέων περιπτώσεων φυματίωσης, δεν έχουν όμως εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.¹⁸

4.4.4. Εργαζόμενοι σε υπηρεσίες υγείας

Τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν καθημερινά το ενδεχόμενο ευκαιριακής επαφής με πάσχοντες από ενεργό φυματίωση. Η έκθεσή τους ελαχιστοποιείται όταν τηρούνται τα αναγκαία προληπτικά μέσα (απομόνωση ασθενών όταν χρειάζεται, καλός αερισμός). Ίσως πρέπει να γίνεται περιοδική ανίχνευση για νέες περιπτώσεις φυματίωσης και -έλεγχος των επαφών τους. Η μεγαλύτερη πηγή μετάδοσης βρίσκεται

στις αίθουσες βρογχοσκοπήσεως.¹⁸

4.4.5. Άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου

Οι χρήστες ουσιών που προκαλούν εξάρτηση, οι αλκοολικοί και οι άστεγοι, πληθυσμοί που παρουσιάζουν αλληλοεπικάλυψη, παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση φυματίωσης.

Άτομα που παλιότερα έπασχαν από φυματίωση, η οποία ουδέποτε αντιμετώπιστηκε με σύγχρονα αντιφυματικά φάρμακα αποτελούν εν δυνάμει δεξαμενή της νόσου.

Ταξιδιώτες σε χώρες με υψηλή επίπτωση φυματίωσης, που παραμένουν σ' αυτές περισσότερο από 3 μήνες πρέπει να ελέγχονται μετά την άφιξή τους.

Σε έλεγχο θα πρέπει να υποβάλλονται οι εκπαιδευτικοί και όσοι ασχολούνται επαγγελματικά με παροχή διαφόρων υπηρεσιών, π.χ. υπάλληλοι εστιατορίων, οι οποίοι λόγω της φύσης του επαγγέλματός τους έρχονται σε επαφή με ευαίσθητους πληθυσμούς, π.χ. παιδιά σχολείου.

Τέλος ομάδα υψηλού κινδύνου για φυματίωση αποτελούν οι πάσχοντες από άλλα νοσήματα και παθολογικές καταστάσεις όπως HIV λοίμωξη, καρκίνο, σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, χρόνια υποσιτισμό, γαστρεκτομή, πυριτίαση. Επίσης οι ηλικιωμένοι και όσοι υποβάλλονται σε αγωγή με ανοσοκατασταλτικά ή κορτικοειδή.¹⁸

4.5 ΕΜΒΟΛΙΟ BCG

4.5.1. Πού στοχεύει ο εμβολιασμός

Το BCG προκαλεί τεχνητή πρωτοπαθή εξωπνευμονική μόλυνση αφού αποτελείται από εξασθενημένα με ανακαλλιέργειες και φυματοβακτηρίδια. Στοχεύει στην ανάπτυξη κυτταρικής ανοσίας. Το εμβόλιο μιμείται τη φυσική λοίμωξη, προκαλεί δε τοπικά ανάπτυξη κοκκιώματος που έχει ιστοπαθολογική εικόνα παρόμοια αυτού της φυσικής λοίμωξης.

Η κυτταρική ανοσία που αναπτύσσεται προστατεύει τον ανθρώπινο οργανισμό για 5-10 χρόνια. Έτσι κάθε μεταγενέστερη του εμβολίου φυσική λοίμωξη, συνοδεύεται μόνο από ανάπτυξη τοπικών φυματιωδών βλαβών, αποφεύγονται όμως οι βαριές μορφές φυματίωσης (κεγχροειδής, μηνιγγίτιδα).¹⁸

4.5.2. Πώς παρασκευάζεται το BCG

Προσπάθειες για παρασκευή αντιφυματικού εμβολίου αρχίζουν ήδη από το 1902 από τους Von Behring, Romer και Ruppel. Οι Calmette και Guerin προσπαθούσαν να επιτύχουν παραγωγή στελεχών μυκοβακτηριδίων χωρίς λοιμογόνο δύναμη, με πλήρη όμως αντιγονική ισχύ. Η αρχική παρασκευή του εμβολίου απαίτησε 13 ολόκληρα χρόνια συνεχών ανακαλλιεργειών μυκοβακτηριδίου βοείου τύπου και απέδωσε τον βάκιλο Calmette-Guérin, απ' όπου και η ονομασία του εμβολίου BCG. Ο βάκιλος αυτός που έχει χάσει για πάντα τη λοιμογόνο δύναμή του, δεν μπορεί να την επανακτήσει καλλιεργούμενος σε διάφορα θρεπτικά υλικά.

Το εμβόλιο BCG άρχισε να χρησιμοποιείται από το 1921 αλλά η χρήση του ενικεύθηκε από το 1950, μετά από σύσταση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Το BCG κυκλοφορεί στις μορφές εναιωρήματος και λυοφίλου παρασκευάματος. Το εναιώρημα εξασθενεί και αδρανοποιείται γρήγορα αφού διατηρείται μόνο 2 εβδομάδες μετά την παρασκευή του. Το λυόφιλο εμβόλιο που χρησιμοποιείται σήμερα στην Ελλάδα, από στέλεχος Pasteur, διατηρείται σε θερμοκρασία 20-80 C για 2 χρόνια. Καταστρέφεται εντός διαστήματος 30 ημερών αν εκτεθεί σε 37 C, διατηρείται όμως μόνο 2 ώρες μετά την ανασύστασή του.

Το λυόφιλο εμβόλιο, πρέπει να ανακινείται πολύ καλά αφού προστεθεί ο διαλύτης, προκειμένου να αποδοθεί ομοιογενές διάλυμα με ίσο αριθμό μυκοβακτηριδίων σε όλες τις δόσεις.¹⁸

4.5.3. Πώς χορηγείται το BCG

Το εμβόλιο χορηγείται ενδοδερμικά στο άνω τριτημόριο της εξωτερικής επιφάνειας του αριστερού συνήθως βραχίονα. Προηγείται καλός καθαρισμός και στέγνωμα της περιοχής. Χρησιμοποιείται πολύ λεπτή βελόνη 26-27 G και σύριγγα μικρής περιεκτικότητας. Εγχύεται 0,1ml διαλύματος, ώστε να σχηματισθεί πομφός διαμέτρου 5-8 mm. Η υποδόρια χορήγηση του εμβολίου μπορεί να δημιουργήσει τοπικό απόστημα ή μεγάλη ουλή.

Τρεις έως τέσσερις εβδομάδες μετά τον εμβολιασμό, εμφανίζεται μικρή, ερυθρή κηλίδα που εξελίσσεται σε βλατίδα. Την 6η-7η εβδομάδα μπορεί να σχηματισθεί

εφελκίδα που καταλείπει συνήθως ουλή μερικών χιλιοστών. Εάν η εφελκίδα προσπασθεί υπάρχει ενδεχόμενο εξέλκωσης με εκροή ορώδους υγρού. Στην τελευταία περίπτωση δεν επιτρέπεται αεροστεγής κάλυψη της Περιοχής και δεν χρειάζεται τοπική αντισηψία ή χορήγηση αντιβίωσης.

Η επιτυχία του εμβολίου BCG ελέγχεται με τη θετικοποίηση της δερμοαντίδρασης φυματίνης 6- 12 εβδομάδες μετά τον εμβολιασμό, χωρίς αυτό να ισχύει απόλυτα. Και τούτο γιατί η θετικοποίηση της δερμοαντίδρασης που δηλώνει ανάπτυξη της φυματινικής υπερευαισθησίας, δεν σχετίζεται αναγκαία με το βαθμό προστασίας που παρέχει το BCG και ο οποίος είναι ανάλογος της αναπτυσσόμενη κυτταρικής ανοσίας.

Σημειώνεται ότι η δερμοαντίδραση φυματίνης Mantoux μετά από εμβολιασμό με BCG, θεωρείται θετική ακόμα και με διάθηση διαμέτρου 5-10mm, μεταβάλλεται δε από την επίδραση παραγόντων που επηρεάζουν και τη δερμοαντίδραση που προκύπτει μετά από φυσική μόλυνση-(π.χ. μείωση ή και εξαφάνισή της κατά τη διαδρομή λοιμωδών νοσημάτων, λήψη φαρμάκων όπως κορτικοειδή, ανοσοκατασταλτικά, κ.ά.).

Τελικά και μόνο ο σχηματισμός ουλής αρκεί για να θεωρηθεί το εμβόλιο BCG επιτυχές. Σε περίπτωση όμως αρνητικής Mantoux χωρίς σχηματισμό ουλής, το εμβόλιο επαναλαμβάνεται.

Το BCG δεν πρέπει να γίνεται κατά τη διάρκεια χημειοπροφύλαξης με σπονιαζίδη, εκτός αν περιέχει στελέχη μυκοβακτηριδίου με αντοχή στο φάρμακο.

Το BCG μπορεί να χορηγηθεί μαζί με άλλα εμβόλια, αποφεύγεται όμως η ταυτόχρονη χορήγηση λόγω ταυτόχρονης εμφάνισης παρενεργειών. Μπορεί να χορηγηθεί χωρίς να έχει γίνει προηγούμενα έλεγχος με δερμοαντίδραση φυματίνης, όπως Π.χ. στις αναπτυσσόμενες χώρες που γίνεται μαζικός εμβολιασμός μεγάλων πληθυσμιακών ομάδων. Σε τέτοια περίπτωση, όταν η δερμοαντίδραση φυματίνης είναι θετική, είναι δυνατόν να δημιουργηθούν εντονότερες τοπικές αντιδράσεις (φαινόμενο Koch).

Όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι το εμβόλιο προστατεύει τα παιδιά σε ποσοστό 80-90% από τις βαριές μορφές φυματίωσης(κεχροειδής μηνιγγίτιδα).¹⁸

4.5.4. Ποιες ομάδες πληθυσμού εμβολιάζονται με BCG

Η απόφαση για τον εμβολιασμό όλων των παιδιών ή ομάδων παιδιών ή ομάδων πληθυσμού υψηλού κινδύνου για φυματική λοίμωξη σε μια χώρα, ακόμα και η ηλικία ορόληξης του BCG, εξαρτώνται κυρίως από επιδημιολογικούς αλλά και από κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, συστήνει εμβολιασμό των νεογνών κατά γέννησή τους στις αναπτυσσόμενες χώρες με μεγάλη επιβίωση φυματίωσης. Για χώρες με μέτρια επίπτωση προτείνεται εμβολιασμός στις ηλικίες 6-12.ετών, ενώ για τις αναπτυγμένες χώρες με μικρή επίπτωση φυματίωσης εξειδικεύονται οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια για συνέχιση του εμβολιασμού.

Σε όλες τις περιπτώσεις πρέπει να καλύπτεται με BCG τουλάχιστον το 80% του πληθυσμού προς εμβολιασμό".

Συζητείται επίσης κάλυψη με αντιφυματικό εμβόλιο του βοηθητικού, νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων, όπως και του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος πασχόντων από ενεργό φυματίωση. Ιδιαίτερα μάλιστα όταν αυτή οφείλεται σε ανθεκτικά σε φάρμακα στελέχη.

Σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες διεκόπη τα τελευταία χρόνια ο αντιφυματικός εμβολιασμός επειδή κρίθηκε ασύμφορος σε σχέση με το πολύ μικρό ετήσιο κίνδυνο μόλυνσης του πληθυσμού. Παρόμοια διακοπή της εφαρμογής BCG είχαμε και στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1967-1974 χωρίς ασφαλή κριτήρια. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις διακοπής του εμβολιασμού παρατηρήθηκε αργότερα αύξηση της επίπτωσης της φυματίωσης.

Το εμβόλιο BCG είναι ασφαλές με σπάνιες συνήθως τοπικές και θεραπεύσιμες επιπλοκές, σπανιότατα γενικευμένες σε ανοσοκατασταλμένα άτομα.¹⁸

4.5.5. Αντενδείξεις BCG

Οι αντενδείξεις του αντιφυματικού εμβολίου είναι σχετικές και περιορισμένες. Έχουν δε σχέση με καταστάσεις έκπτωσης της κυτταρικής ανοσίας (βαριά συστηματικά νοσήματα, λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, παθήσεις των γλοβουλινών, εκτεταμένες χρόνιες δερματοπάθειες, τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας).

Προσωρινές αντενδείξεις αποτελούν τα λοιμώδη νοσήματα στην οξεία φάση τους, οξείες δερματίτιδες, νεογνά και βρέφη ελλιποβαρή. ¹⁸

4.5.6. Παρενέργειες – Επιπλοκές του BCG

Ο κίνδυνος εμφάνισης παρενεργειών μετά από BCG σχετίζεται με το στέλεχος του εμβολίου, τη δόση, την ηλικία του εμβολιαζόμενου, την τεχνική του εμβολιασμού και την ικανότητα του εμβολιαστή.

Κύριες παρενέργειες BCG:

Τοπικές δερματικές βλάβες (έλκος, απόστημα, φαινόμενο Koch)

Τοπική διαπυητική λεμφαδενίτιδα

Διάσπαρτη BCG λοίμωξη (γενικευμένες ή τοπικές βλάβες, ακόμα και ανατηφόρες) με εκδηλώσεις όπως : μέση ωτίτιδα, οπισθοφαρυγγικό απόστημα, έλκος, δερματικές βλάβες, υποδόρια ή ενδομυϊκά αποστήματα, βλάβες οστών και αρθρώσεων, νεφρικές και ουρογεννητικές βλάβες, μεσεντέριος λεμφαδενίτιδα, χολαδενίτιδα, ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία.

Μετεμβολιαστικά σύνδρομα:

Τοπικές χρόνιες δερματικές βλάβες (ειδικά τα χηλοειδή), οξέα δερματικά εξανθήματα και οζώδες ερύθημα, οφθαλμικές βλάβες

Η πιο συνηθισμένη τοπική αντίδραση είναι η διαπυητική λεμφαδενίτιδα.

Σπανιότατα έχουν αναφερθεί αντιδράσεις υπερευαισθησίας μετά BCG ακόμα και θανατηφόρες όπως επίσης και μηνιγγίτιδα και πολυνευρίτιδα.

Αντιμετώπιση τοπικών αντιδράσεων, κυρίως αποστημάτων και εξελκώσεων, μπορεί να γίνει με ερυθρομυκίνη, αλλά συνήθως δίνουμε αντιφυματική αγωγή με ισοναζίδη ή ισιοναζίδη με ριφαμπικίνη.

Συμπερασματικά το εμβόλιο BCG είναι ασφαλές, με σπάνιες συνήθως τοπικές και θεραπεύσιμες επιπλοκές, σπανιότατα γενικευμένες σε ανοσοκατασταλμένα άτομα. ¹⁸

5.7. Βασικές προϋποθέσεις που καθιστούν αξιόπιστα τα αποτελέσματα

Η χρησιμοποίηση της ίδιας φυματίνης σε όλες τις εξετάσεις, στη χώρα μας χρησιμοποιείται η φυματίνη RT23

Διενέργεια της δερματοαντιδράσεως και ανάγνωση του αποτελέσματος από ειδικά εκπαιδευόμενο προσωπικό, το οποίο κατά τεκμήριο θα έχει την ίδια τεχνική και τη διενέργεια της δερματοαντιδράσεως και θα εφαρμόζει τα ίδια κριτήρια κατά την ανάγνωσή της.

Είναι γεγονός ότι μεγάλο μέρος της αμφιβολίας ως προς την αξιοπιστία των δεικτών φυματικής μόλυνσεως σε παγκόσμια κλίμακα οφείλεται σε τεχνικές διαφορές και διαφορετικούς τρόπους αναγνώσεως των αποτελεσμάτων.

Έλεγχος των διαφόρων περιοχών της χώρας για ύπαρξη μολύνσεων από άτυπα μυκοβακτηριδία (ειδικές φυματίνες) (λοιμώξεις αναπνευστικού) ²⁰

4.6. Σύγχρονη θεραπεία της φυματίωσης

Η εποχή της χημειοθεραπείας στη φυματίωση αρχίζει τη δεκαετία του 1940 με την ανακάλυψη της στρεπτομυκίνης (STM). Στις αρχές της δεκαετίας του 1950 εισάγεται η ισονιαζίδη (INH) και ακολουθεί η πυραζιναμίδη(PZM). Στη συνέχεια εισάγονται δυο ακόμα φάρμακα, η εθαμβουτόλη (EMB) το 19β2 και η ριφαμικίνη (RIF) το 19β9. Η προτεινόμενη διάρκεια θεραπείας τότε ήταν 18μηνη με INH, PAS και STM.

Η προσθήκη ριφαμικίνης ως βασικό φάρμακο στη χημειοθεραπεία της φυματίωσης από τη 1Οετία του 1970, μειώνει τη διάρκεια θεραπείας σε 9 μήνες με INH+RIF και επιπλέον EMB ή STM, ενώ τελευταία που η πυραζιναμίδη καθιερώθηκε ως πρωτεύον φάρμακο, τα σχήματα γίνονται εξάμηνα συνεχή ή διαλείπονται. ¹⁸

6.1. Βασικές γνώσεις για τη βραχυχρόνια χημειοθεραπεία της φυματίωσης

Τα κύρια αντιφυματικά φάρμακα ποικίλλουν ανάλογα με την ικανότητά τους να φονεύουν τα βακτηρίδια, να εμποδίζουν την εμφάνιση ανθεκτικότητας και να αποστειρώνουν τις βλάβες.

Η ισονιαζίδη είναι το δραστικότερο βακτηριοκτόνο φάρμακο και φονεύει πάνω από το 90% των βακτηριδίων σε 7 ημέρες, δρώντας στους μεταβολικά ενεργούς ακίλους, είναι επίσης αρκετά αποτελεσματικό στην παρεμπόδιση εμφάνισης ανθεκτικότητας στη θεραπεία.

Η ριφαμπικίνη είναι επίσης καλό βακτηριοκτόνο φάρμακο με ισχυρή αντισηπτική δράση και πρόληψη αντίστασης στα φάρμακα. Εκτός από τους ταχέως πολλαπλασιαζόμενους βακίλους, φονεύει επίσης μετά από βραχύ διάστημα θεραπείας και αυτούς που παραμένουν ανενεργοί για μακρά χρονικά διαστήματα, αλλά έχουν κατά περιόδους μεταβολική δραστηριότητα.

Η πυραζιναμίδη, σημαντικό φάρμακο, είναι ειδικά αποτελεσματικό στους ενδοκυττάριους βακίλους που βρίσκονται μέσα στα μακροφάγα και η δράση της συνοδεύεται σε όξινο περιβάλλον.

Η στρεπτομυκίνη και η εθαμβουτόλη είναι λιγότερο ισχυρά φάρμακα. Η εθαμβουτόλη μπορεί να δρα σαν βακτηριοκτόνο μόνο σε μεγάλες συγκεντρώσεις. Τα δύο αυτά φάρμακα είναι λιγότερο αποτελεσματικά στην πρόληψη αντίστασης στην ισονιαζίδη και ριφαμπικίνη. Ίσως έχουν κάποια θέση στη θεραπεία ασθενών με προϋπάρχουσα αντίσταση στα αντιφυματικά φάρμακα και μπορεί να περιληφθούν στην αρχική φάση θεραπείας σε χώρες με μεγάλη συχνότητα πρωτοπαθούς αντίστασης στην ισονιαζίδη.

Το PAS και η θειακεταζόνη έχουν μικρή βακτηριοκτόνο ικανότητα και είναι λιγότερο αποτελεσματικά στην πρόληψη αντίστασης. Η θειακεταζόνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί μετά την αρχική φάση θεραπείας όταν οικονομικοί λόγοι δεν επιτρέπουν τη χορήγηση ριφαμπικίνης σ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας.

Η δραστικότητα των θεραπευτικών σχημάτων που βασίζονται στη ριφαμπικίνη, ισονιαζίδη και πυραζιναμίδη εκτιμάται από την ταχεία αρνητικοποίηση των δειγμάτων πτυέλων και τα χαμηλά ποσοστά υποτροπής. Βραχυχρόνια σχήματα

του περιέχουν τα φάρμακα αυτά επιτυγχάνουν εντός δύο μηνών αρνητικοποίηση της καλλιέργειας πτυέλων σε ποσοστό άνω του 90%. Το ποσοστό ίασης υπερβαίνει το 95%, ενώ μετά από εξάμηνη θεραπεία το ποσοστό υποτροπής είναι μικρότερο του 5%.

Άλλο πλεονέκτημα της χορήγησης σχημάτων που περιέχουν INH, RIF και PZM είναι η εύκολη συμμόρφωση στη θεραπεία και οι λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες. Αν για κάποιο λόγο διακοπεί η θεραπεία σε τρεις ή τέσσερις μήνες, το ποσοστό ίασης φθάνει το 80%, ενώ σε περίπτωση υποτροπής της νόσου μπορεί η αναθεραπεία να είναι επιτυχής εφόσον οι βάκλιοι συνεχίζουν να είναι ευαίσθητοι.¹⁸

6.2. Χημειοθεραπευτικά Σχήματα

Η θεραπεία της φυματίωσης έχει ευρέως μελετηθεί και αρκετά χημειοθεραπευτικά σχήματα έχουν προταθεί. Έτσι ενώ μέχρι τη δεκαετία του 1960 η διάρκεια θεραπείας ήταν 18 μήνες, η προσθήκη ριφαμπικίνης πρότεινε το 9 μήνο ενώ της πυραζιναμίδης καθιέρωσε το 8μηνο σχήμα. Τα σχήματα μπορεί να είναι καθημερινά ή διαλείποντα. Οι δόσεις των φαρμάκων για την καθημερινή ή τη διαλείπουσα χορήγηση αναφέρονται στον πίνακα.¹⁸

Φάρμακο	Καθημερινή δοσολογία		Διαλείπουσα δοσολογία			
	Παιδιά	Ενήλικοι	Παιδιά	Ενήλικοι		
	mg/kg	ΣΒ	Δόση	mg/kg	ΣΒ	Δόση
Ισονιαζίδη	10 (300mg)	-	300mg	15	-	15mg/kg
Ριφαμπικίνη	10 (600mg)	<50kg	450mg	15	-	600-900mg
		≥50kg	600mg	3 φορές/εβδ.		3 φορές/εβδ.
Στερεοκομίνη	15-20	<50kg	750mg	15-20	<50kg	750mg
		≥50kg	1gr	3 φορές/εβδ.	≥50kg	1gr
Πυραζιναμίδη	25-35	<50kg	1,5 gr	50	<50kg	2.0 gr
		≥50kg	2,0 gr	3 φορές/εβδ.	≥50kg	2.5 gr
				75	<50kg	3.0 gr
				2 φορές/εβδ.	≥50kg	3.5 gr
Εθκιδαντόλη	15		15mg/kg	30		30mg/kg
				3 φορές/εβδ.		3 φορές/εβδ.
				45		45mg/kg
				2 φορές/εβδ.		2 φορές/εβδ.

Σε παρένθεση αναφέρονται οι μέγιστες δόσεις

6.3. Διάρκεια Θεραπείας

Το μικρής διάρκειας εξάμηνο σχήμα έχει γίνει αποδεκτό από τις περισσότερες χώρες με χαμηλή επίπτωση φυματίωσης και χρησιμοποιείται συχνά. Περιλαμβάνει καθημερινή χορήγηση INH RIF και PZM για τους δύο πρώτους μήνες και INH, RIF τους υπόλοιπους τέσσερις μήνες. Η χορήγηση της PZM πέραν του διμήνου δεν προσφέρει θεραπευτικά περισσότερο.

Μερικοί προτείνουν την προσθήκη τέταρτου φαρμάκου κατά το πρώτο δίμηνο όπως EMB ή STM, με στόχο την εξουδετέρωση τυχόν ανθεκτικών στελεχών.

Θεραπεία διάρκειας μικρότερης των 6 μηνών δεν συνιστάται λόγω των υψηλών ποσοστών υποτροπής και χαμηλών θεραπειάς τα οποία δεν είναι αποδεκτά για τις αναπτυσσόμενες χώρες.

2. Το εννεάμηνο σχήμα περιλαμβάνει INH και RIF για όλη τη διάρκεια της θεραπείας ενώ EMB μόνο το πρώτο δίμηνο. Η προσθήκη τέταρτου φαρμάκου δεν είναι απαραίτητη προτείνεται όμως πολλές φορές με βάση επιδημιολογικά δεδομένα αυξημένης ανθεκτικότητας σε συγκεκριμένες περιοχές. Με τη χορήγηση του σχήματος αυτού, η αρνητικοποίηση των καλλιιεργειών πτυέλων επιτυγχάνεται σε ποσοστό περίπου 100% σε τρεις μήνες, χωρίς να παρατηρηθεί υποτροπή της νόσου τα επόμενα δύο χρόνια.

Το εξάμηνο σχήμα είναι εξίσου αποτελεσματικό με το εννεάμηνο και η συμμόρφωση των ασθενών είναι καλύτερη λόγω της μικρότερης διάρκειας.

Τα παραπάνω θεραπευτικά σχήματα λόγω του κόστους της ριφαμπικίνης δεν εφαρμόζονται στις μη αναπτυσσόμενες οικονομικά χώρες. Εδώ προτιμώνται άλλοι συνδυασμοί φαρμάκων χαμηλότερου κόστους και η διάρκεια θεραπείας

3. Το διαλείπον σχήμα διάρκειας έξι μηνών είναι εξίσου αποτελεσματικό με αυτό της καθημερινής Χορήγησης. Οι δόσεις των φαρμάκων είναι αυξημένες εκτός από την ισονιαζίδη, ενώ ο αριθμός δόσεων είναι μικρότερος σε σχέση με την καθημερινή χορήγηση. Τα φάρμακα χορηγούνται υπό παρακολούθηση και συνήθως αφορά μεγάλες ομάδες ατόμων.¹⁸

6.4. Παρενέργειες αντιφυματικών Φαρμάκων

Όλα τα φάρμακα προκαλούν παρενέργειες, οι περισσότερες των οποίων είναι

αστρεντερικές διαταραχές ήπιες που εύκολα υποχωρούν.

Οι παρενέργειες που είναι σοβαρότερες και μπορούν να επιβάλλουν τη διακοπή της θεραπείας αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 4. Κύριες παρενέργειες αντιφυματικών φαρμάκων.

Φάρμακο	Παρενέργεια
Ισονιαζίδη	Περιφερική νευροπάθεια > ηπατίτιδα > δερματική υπερευαισθησία
Ριφαμπικίνη	Ηπατίτιδα > δερματική υπερευαισθησία θρομβοκυττοπενική πορφύρα αιμόλυση, καταπληξία οξεία νεφρική ανεπάρκεια
Περαζιναμίδη	Δερματικές αντιδράσεις > αρθραλγία > ηπατίτιδα, υπερουριχαιμία
Στρεπτομυκίνη	Δερματικές αντιδράσεις > αρθραλγία > αστάθεια, ίλιγγος
Εθαμιδουόλη	Οπτιθοδόλικη νευρίτις (σπάνια)

Ηπατίτιδα μπορεί να προκληθεί από τη RIF, INH και PZM, ενώ δερματικές αντιδράσεις από την PZM, RIF, STM. Αστάθεια και ίλιγγοι αποτελούν παρενέργεια της STM, ενώ οπτική νευρίτιδα της EMB. Για τους λόγους αυτούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι απαραίτητο να παρακολουθείται τακτικά η ηπατική λειτουργία στους ασθενείς. Επιπλέον η χορήγηση STM επιβάλλει παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας και ΩΡΑ εκτίμηση, η δε χορήγηση ETM, οφθαλμολογική εκτίμηση. Η αύξηση των τρανσαμινασών μέχρι του διπλασίου δεν είναι λόγος διακοπής της αγωγής, αλλά λόγο επαγρύπνησης. Επί τριψηφίων τιμών ενζύμων πρέπει να εκτιμηθεί η πιθανότητα ηπατοτοξικότητας.

Σε περίπτωση ηπατοτοξικότητας, όπου η οξαλοξική και πυροσταφυλική τρανσαμινάση αυξηθεί 5 φορές άνω των φυσιολογικών τιμών ή αυξηθεί η ολερυθρίνη, τότε συνιστάται διακοπή της RIF, INH και PZM. Στη συνέχεια μέχρι να επανέλθουν τα ένζυμα στα φυσιολογικά επίπεδα, αν ο ασθενής είναι καλά δεν παίρνει προς το παρόν θεραπεία. Αν όμως ο ασθενής είναι κλινικά βαριά ή έχει θετικό το μεσο παρασκεύασμα πτυέλων για B. Kochi, 2 εβδομάδες μετά την έναρξη θεραπείας, τότε μερικά από τα φάρμακα πρέπει να δοθούν μέχρι να αποκατασταθεί η ηπατική λειτουργία.

Όταν η ηπατική λειτουργία επανέλθει στο φυσιολογικό, τα φάρμακα (INH,

IF, PZM) αρχίζουν να επαναχορηγούνται σταδιακά υπό παρακολούθηση. Η INH χορηγείται αρχικά σε δόση 50mg/ημέρα που αυξάνονται σε 300mg/ημέρα προοδευτικά. Δύο έως τρεις ημέρες μετά και αφού δεν εμφανιστούν παρενέργειες, προστίθεται η RIF σε δόση 75mg/ημέρα με προοδευτική αύξηση ανά 2-3 ημέρες έως 600mg. τελικά προστίθεται η PZM σε δόσεις 250mg/ημέρα με προοδευτική επίσης αύξηση, έως 1,5 ή 2 gr.

Αν οι παρενέργειες επανεμφανιστούν, πρέπει να επιλεγούν εναλλακτικές θεραπείες υπό επίβλεψη γιατρού. Όταν πχ εξαιρείται η PZM, η θεραπεία θα διαρκέσει μήνες με INH, RIF και θα προστεθεί EMB το πρώτο δίμηνο. Μερικές φορές η επιλογή εναλλακτικών φαρμάκων είναι περιορισμένη.¹⁸

6.5. Φάση θεραπείας του ασθενούς

Ο φυματικός 15-20 μέρες μετά την έναρξη της θεραπείας με τα σύγχρονα αντιφυματικά φάρμακα, πρακτικά δε μεταδίδει τη νόσο. Σε αυτό συμβάλει η εξασθένιση και μείωση του αριθμού των μυκοβακτηριδίων, η ελάττωση του βήχα και της απόχρεμψης καθώς και η ενημέρωση του ασθενούς και του περιβάλλοντος σχετικά με τον τρόπο μετάδοσης της νόσου. Εντούτοις απαιτείται προσοχή για το ενδεχόμενο ύπαρξης πολυανθεκτικής νόσησης.¹⁹

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Δύσπνοια ήματος- ευτική οση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέ-σματος
Κακή κίνηση τις ματινές	1) Ρύθμιση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικές τιμές 2) Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της υψηλής θερμοκρασίας σε διάστημα μιας ώρας.	1) Να χορηγηθούν υγρά για την ενυδάτωση του αρρώστου και την διατήρηση του ισοζυγίου υγρών. 2) Να τοποθετηθούν ψυχρά επιθέματα. 3) Να χορηγηθούν αντιπυρετικά - αναλγητικά φάρμακα.	1) Χορηγήθηκε ορός 1000cc i.v. με ιατρική εντολή. 2) Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα για μείωση της θερμοκρασίας. 3) Χορηγήθηκε p.o. αντιπυρετικό 1 tabl. με ιατρική εντολή.	Ο άρρωστος στο διάστημα της μιας ώρας ανακουφίστηκε από τα συμπτώματα της πυρετικής κίνησης
ή βήχα με όδη εμψη	1) Ελάττωση ή πλήρης υποχώρηση του συμπτώματος του βήχα με βλεννώδη απόχρεμψη σε διάστημα τριών ημερών. 2) Ανακούφιση του αρρώστου από το συνεχή βήχα.	1) Να χορηγηθούν κωδεϊνούχα (αντιβηχικά) σύμφωνα με ιατρική εντολή 2) Τοποθέτηση του αρρώστου σε ημικαθιστή θέση για δευκόλυση απόχρεμψης των βλεμμάτων και διασφάλιση ανοιχτής αναπνευστικής οδού.	1) Χορηγήθηκαν κωδεϊνούχα στον ασθενή 2) Ο άρρωστος τοποθετήθηκε σε κατάλληλη ημικαθιστή θέση.	Ο άρρωστος βελτιώθηκε, ο βήχας υποχώρησε.
αυση	Μείωση ή παύση του αίματος στα πτύελα σε διάστημα ενός μηνός.	1) Χορήγηση κωδεϊνούχων (αντιβηχικών) με ιατρική εντολή. 2) Σύσταση του ασθενή να βρίσκεται σε πλήρη αφωνία. 3) Ο ασθενής να είναι ενυδατωμένος. 4) Να τοποθετηθεί	1) Χορηγήθηκαν τα κατάλληλα κωδεϊνούχα. 2) Ο ασθενής βρίσκεται σε πλήρη αφωνία. 3) Χορηγήθηκαν υγρά για ενυδάτωση του ασθενούς.	Το σύμπτωμα της αιμόπτυσης έπαυσε να υπάρχει.

	<p>σε πλάγια κατακεκλιμμένη θέση.</p> <p>5) Τοποθέτηση φλεβοκαθετήρων 17 G σε 2 κεντρικές φλέβες για πιθανή μετάγγιση αίματος σε μεγάλη αιμόπτυση.</p>	<p>4) Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε πλάγια κατακεκλιμμένη θέση.</p> <p>5) Τοποθετήθηκαν φλεβοκαθετήρες.</p>
--	--	---

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η φθίση πλέον δεν είναι αθεράπευτη! Τα σανατόρια, που υπήρξαν παντού στον κόσμο, έπαψαν να λειτουργούν αφού οι ασθενείς με τα νέα θεραπευτικά σχήματα γινόταν καλά μέσα σε λίγους μήνες. Ορισμένα από αυτά μετατράπηκαν σε γενικά νοσοκομεία. Παρόλα αυτά αποτελούν πολύτιμο έμπειρο κέντρο για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών αναπνευστικής υγείας. Είναι διδάγματα του παρελθόντος που πρέπει να συναντήσουν τις σύγχρονες και αυριανές τεχνολογικές δυνατότητες σε μια κοινωνία που διαρκώς αλλάζει.

Παρόλα αυτά η φυματίωση δε μας έχει εγκαταλείψει. Αναζωοπυρώνεται σε αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες χώρες, μέσω μετακινήσεων πληθυσμών, όπως προσφύγων από χώρες με υψηλή επίπτωση της φυματίωσης (από Ασία, Αφρική κτλ.) σε αναπτυσσόμενες χώρες καθώς και λόγω της προοδευτικής αύξησης της επιδημίας της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS). Τα σύνορα δεν προστατεύουν και τα φάρμακα δε θεραπεύουν πάντοτε!

Τα μέσα για την εξάλειψη της νόσου που διαθέτουν οι αναπτυσσόμενες χώρες πρέπει να συνδυαστούν και με συλλογική προσπάθεια της κοινωνίας ώστε ο ρυθμός υποχώρησής της να είναι πιο σύντομος. Το κράτος θα πρέπει να φροντίσει τόσο για την εκπαίδευση ιατρικού και (παραϊατρικού) νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και για τη διαφώτιση των ατόμων της κοινωνίας: α) η εκπαίδευση θα πρέπει να γίνεται στο χώρο εργασίας από τους εμπειρότερους συναδέλφους και η ενημέρωση θα πρέπει να είναι συνεχής, ιδίως για τις νεότερες επιστημονικές εξελίξεις και τυχόν τροποποιήσεις στο αντιφυματικό πρόγραμμα. β) όσο καλύτερη είναι η διαφώτιση, όσο οι πληθυσμιακές ομάδες θα συμβάλλουν περισσότερο στην επίτευξη των στόχων του αντιφυματικού προγράμματος. Ο άρρωστος με συμπτώματα θα απευθυνθεί εγκαίρως στο γιατρό, θα συμμορφωθεί καλύτερα προς τις απαιτούμενες διαγνωστικές ενέργειες, θα εφαρμόσει τη θεραπεία του σωστά και θα προσαρμόσει σωστότερα τη συμπεριφορά του προς το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Επιπλέον θα βοηθήσει ασθενείς και κοινωνικό σύνολο στην αποδοχή της φυματίωσης στην πραγματική της έκταση, χωρίς προκαταλήψεις, στην

κταση που αυτές υπάρχουν ακόμη, υπολειμματικές των εποχών με μεγάλες κοινωνικές επιπτώσεις της νόσου.

Η εκρίζωση της μάστιγας αυτής που ακόμα προκαλεί το θάνατο σε εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο και που ακόμα δεν ξέρουμε την τροπή που μπορεί να πάρει σε συσχέτιση με τα εξαπλούμενα ανοσοκατασταλτικά νοσήματα θα επιτευχθεί με τον περιορισμό του δείκτη μυκοβακτηριδιακής μόλυνσης κάτω του 0,1% στο γενικό πληθυσμό, της ετήσιας επίπτωσης της φυματίωσης με θετικά πτύελα στο άμεσο παρασκεύασμα πτυέλων κάτω του 0,01/100000 πληθυσμού.

Στην Ελλάδα ακόμη το υπουργείο υγείας έχει αναθέσει την εφαρμογή του αντιφυματικού προγράμματος στα πρότυπα ιατρεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, στα επαρχιακά αντιφυματικά ιατρεία, στις πνευμονολογικές κλινικές και ιατρεία της χώρας.

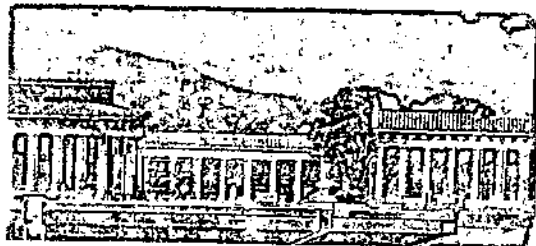
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΕΙΚΟΝΑ 1Α: Ο Ιπποκράτης.



Η Σκηνή της "Άρας Υπέρτας" αναπαριστά τον Ήρα στη Θεολογία. Τα γερμανικά γράφονται στη Γερμανία.



ΕΙΚΟΝΑ 1Γ: Αποθεωστική του Ακαδημαϊκού της Εκδόσεως.



Η ΣΧΟΛΗΙΑΣ ΕΙΣ ΤΑΣ ΑΡΧΑΣ ΤΗΣ

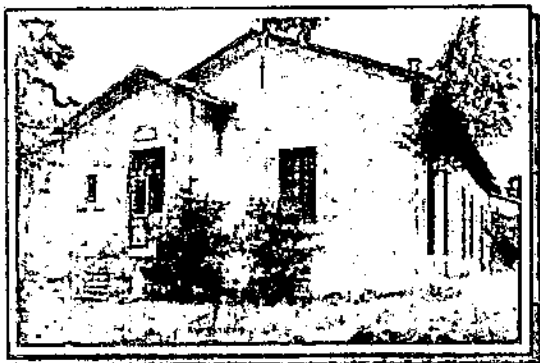


Η Σοφία Σάββα, η πρώτη διευθύντρια της "Σοφίας"

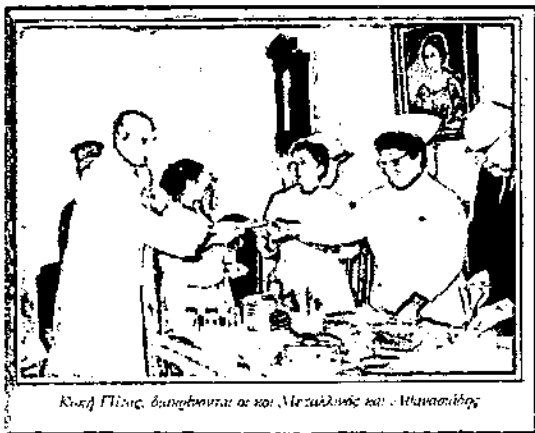


ΓΙΑΤΙ ΣΕ ΠΑΜΕ ΕΚΕΙ

-Να γιατί αγαθούλα, ήθελα μου, θα μπορούσατε να δείτε
 κοντά στους γονείς σου... Αγαθούλα, θα ανέλθεις
 το ίδιο καλά και εκεί, όπως και στο Λαυρεάτιο...
 Αλλά, να το λέω ξανά, θα γινώ Θεοτόκου
 Πρακτική, αν θαν βρεθεί για να με σε προσέχεται
 (από Γαλλική περιόδο του τέλους του 19ου αιώνα)



Το "Γυμνασιολύκειο", πρώην εκκλησιαστικό σχολείο στο γέφυρα
 την παλιά Αθήνα με γυμνασιολύκειο.



Κική Πίπας, διευθύντρια σε και Μεταλλίδης και - Μανασσίδης

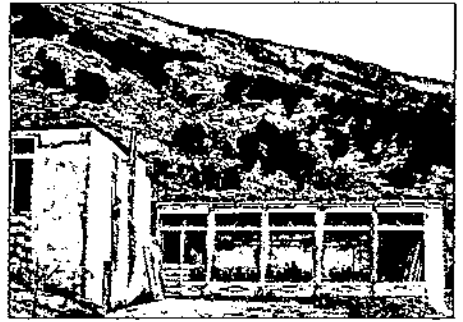


Το 1930-1931

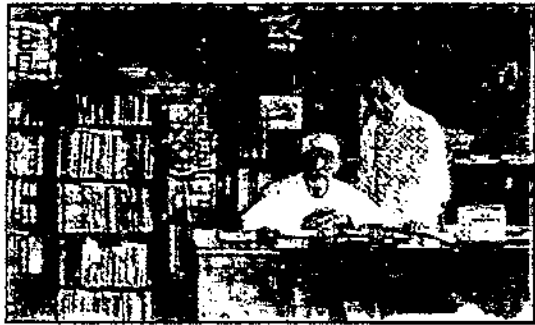




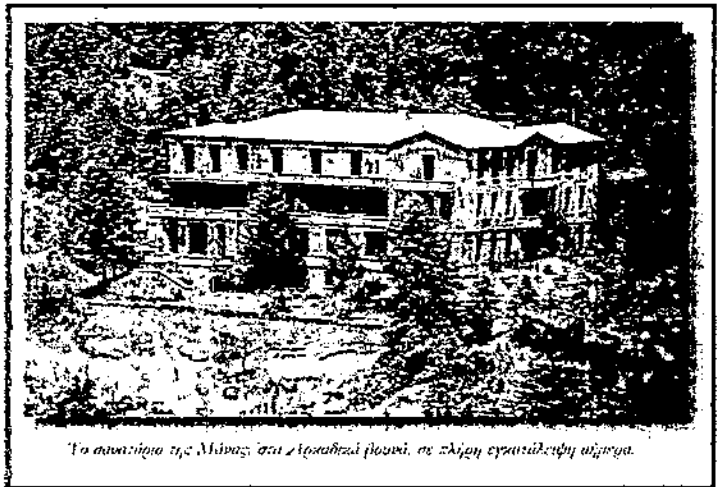
Έργος μετεωρολογίας-ηλεκτροποιίας στο πανατάριο του Γηλίου



Το Σανατόριο του Γ. Καριγιάνη στα πρώτα χρόνια της λειτουργίας του. Διακρίνεται η ειδική εξέδρα για την αερόθεραπεία των ασθενών.



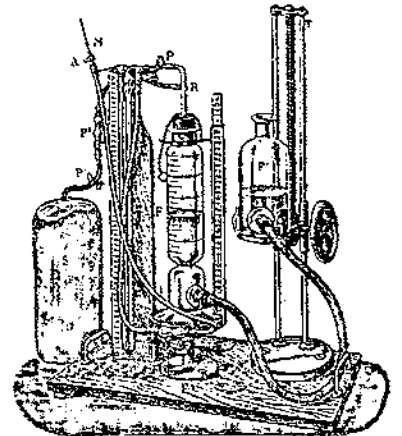
Ο Γεώργιος Καριγιάνης με τον συνεργάτη του Κ. Κοΐμουλο στο γραφείο του στο πανατάριο του Γηλίου.



Το πανατάριο της Μίτσος στα Αρκαδικά βουνά, σε πλήρη εγκατάλειψη σήμερα.



Οι κλίμακες, προστάλλους ακτινομετρήσεις υπό αέρθιο του άλλου του Πρωσίου



Εικ. 25. — Σκευή Κλάιν. — F' φάσμα ηλιοφωτισμού δι' αέριου υδρογόνου σπλήν. Ένα τσίμα ή φάσμα F χρησιμοποιεί ως μετατόπιση ή φάσμα F' είναι κενή χωρητικότητα έδος λίστου, και χρησιμοποιεί την δι' εκπομπής του υδρογόνου (διακρίματος διακρίματα υδρογόνου I, II) διακρίματα τούτων εχ' φάσμα F περιχρησμένο αέριου, αναγκασμένη της παστερικής λυφίδος P, και της την εισαγωγή της της φάσμα F' αέριου ή και αέριου S ή αέριου μένη; της αετικής λυφίδος P' και αετικής της F. — Η ποσότης του υδρογόνου είναι ενστατή, ώστε της φάσμα F' περιχρησμένο της το κύμα του αετικού αέριου, το αέριου εκτεθειών των διακρίματων του υδρογόνου των δύο φασμάτων διακρίνει δια του U της λίστου μέσης, και της φάσμα P περιχρησμένο της το ήτοι του αετικού αέριου, ή φάσμα F' πληροφορεί εκθέσει χωρίς να δύναται να διακρίνει διακρίματα υδρογόνου δι' αετικής της φάσμα F' δια της γαλίας όσον το δυνατόν υπερκρίσειον να παραχθή πίεσις 50-55 έτος, ήτοι να ελαττώση έλατος διακρίματων υδρογόνου ή αετικής υδρογόνου, πριν να χρησιμοποιήσουμε μακρότερον υδρογόνου σπλήν. F'.



Θάλαμος ασθενών, διακρίνονται όλα καθαρά και ταξιοποιημένα.



Η εφευρέσιμη του πνευμοθώρακι στο εξωτερικό 1926.















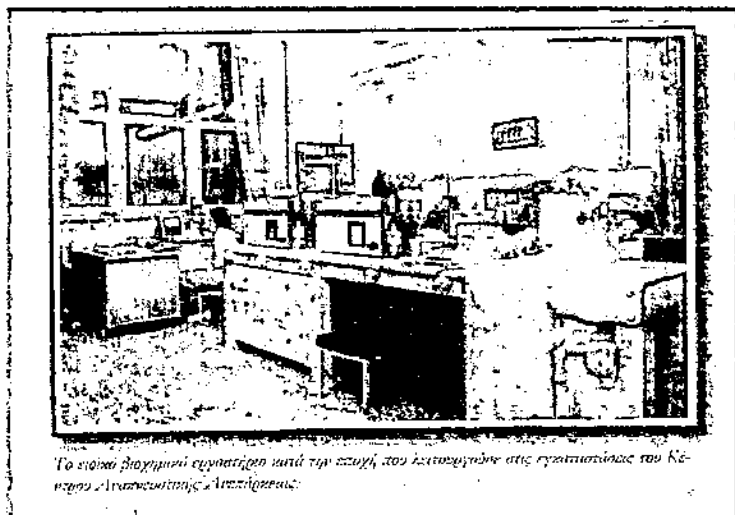
		
Pip + T ² I	Pip + PcpI ⁵	T + phr: 7
		
Pcp+phr+pp : 2	T + pp : 2	T + Pcp: I
		
2 Pcp+pp Rcl: I	2 Pcp: I	Pcp + phr: I
		
Pcp+Dc+phr : I	T+phr+pp: I	Pcp + Rcl: I
		
Pcp + pp: I	Rcl+Pcp phr: I	

Tableau I. — Les associations tuberculotériques.

Abbréviations:
 — Pip et Pcp: pneumothorax interne et externe.
 — T: thoracoplastie.
 — phr: pleurotomie sur le plicature.
 — pp: pneumo-périosté.
 — Rcl: résections costales locales.
 — Dc: drainage cutané.



Η τάξη και η γειωμετρία επιστρέφει στη "Σωτηρία" με τον Μεταλλικό. Βεράντα υεροθεραπειών.



Το σιόκι βιοχημικό εγκαταστήσιν υπό την εποχή, που λειτουργούσιν στις εγκαταστάσεις του Κέντρου Ανατομικής Ανατομικής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Περιοδικό Πνεύμων, Τρίμηνη Ιατρική Έκδοση, Τόμος 14, Αθήνα 2001, σελ.: 42,43
- Α.Ρασιδάκης-Φ.Βλαστός, «Οδηγός μνήμης 100 χρόνια Σωτηρίας 1903-2003», Επετειακή Έκδοση Ιατρική Υπηρεσίας ΝΝΘΑ, Αθήνα 2003, σελ.:11,24,36,49,60-63,69,87,88,91,92,95-96,129-130,143,144,146
- Γ.Ο. Δημητρακόπουλος, «Στοιχεία Ανοσολογίας» Αθήνα 1981, σελ.: 147-149.
- Harisson, «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος Β, 8^η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1982, σελ.:1090-1091
- Δημήτριος Α. Πάτακας, «Επίτομη Πνευμονολογία», Θεσσαλονίκη 1994, σελ.:95
- Δημήτριος Ι. Βλατής, «Στοιχεία Εσωτερικής Παθολογίας», Τόμος Α, Θεσσαλονίκη 1971, σελ.:403
- Σοφία Α. Περιστεροπούλου, «Φυματίωση Πνευμόνων και Νοσηλευτική Φροντίδα των Πασχόντων εξ αυτής», Πτυχιακή Εργασία, Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα Μάιος 1988, σελ.:2-4
- Ιωάννης Ε. Λεμπέσης, «Η Ιστορία της Φυματίωσης», Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1983, σελ.:52-55, 58-63, 83-84, 85
- Π. Ζιωτόπουλος, «Τα σανατόρια- Σανατόρια στον κόσμο», Πρακτικά Πανελληνίου Ιατρικού Συμποσίου, Αθήνα 1994, σελ.: 67,68
- Ο.Κ. Καττής, «Σωτηρία», Πρακτικά Πανελληνίου Ιατρικού Συμποσίου, Αθήνα 1994, σελ.: 73
- 1.Χρήστος Κ. Βάμβαλης, «Από το Σανατόριο στο», σελ.: 5,7-8,13-16, 18-20
- 2.Κ. Ι. Γουργουλιανή-Κώστας Ζαχαριάς, Εφημερίδα «Η Καθημερινή», Κυριακή 24 Νοεμβρίου 2002, σελ.:21-23
- 3.Κ. Ζαχαριάς, «Η φυματίωση στην Ελληνική Επαρχία- Σανατόρια στην Αρκαδία», Πρακτικά Πανελληνίου Ιατρικού Συμποσίου, Αθήνα 1994, σελ.:8
- 4.Φωκίωνος Κοπανάρη, «Η Δημόσια Υγεία εν Ελλάδι», Αθήνα 1933, σελ.:237
- 5.Μενέλαος Μ. Σακορράφας, «Η Πνευμονική Φυματίωσις», Αθήνα 1928, σελ.:499-508, 562-579, 583-585

- 5.Ιωάννης Θεοδωρίδου, «Κλινική Συμβολή εις την Φυματίωσιν των Πνευμόνων και του Υπεζωκότος», Αθήνα 1920, σελ.:56-59
- 7.Θεόδωρος Ε. Λιώκης, «Επίτομος Φυματιολογία-Πνευμονολογία», Αθήνα 1974, σελ.:233
- 8.Α. Ρασιδάκης-Μ.Τούμπης, Κλινικά Φροντιστήρια «Σύγχρονες Απόψεις για τη Φυματίωση, Τόμος 10, Τεύχος 3, Αθήνα 1998, σελ.:104-108, 119,121-134
- 9.Περιοδικό Πνεύμων, Τόμος 3, Τεύχος 1, Αθήνα Ιανουάριος - Μάρτιος 1990, σελ.:30,31,32
- 10.Ελευθερίου Ανευλάβη, «Λοιμώξεις Αναπνευστικού –Φυματίωση, Διαγνωστική Προσέγγιση- Θεραπευτική Αντιμετώπιση», Αθήνα 1988, σελ.:109

