

Δελτίο

Α' Παιδιατρικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών

20
17

ΤΟΜΟΣ 67,
ΤΕΥΧΟΣ 3,
ΙΟΥΛΙΟΣ,
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ,
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ

ISSN: 1792 - 0256



| | |
|---|----|
| Άρθρο Ειδικού Ενδιαφέροντος | 1 |
| Ιστορική Αναδρομή | 8 |
| Περιγραφή Περίπτωσης I | 19 |
| Περιγραφή Περίπτωσης II | 23 |
| Διάγνωση και Αντιμετώπιση Διαφόρων Παθολογικών Καταστάσεων στα παιδιά | 29 |

Annales Clinicae Paediatricae Universitatis Atheniensis

| | |
|--|----|
| Special Article | 1 |
| Historic review | 8 |
| Case Report I | 19 |
| Case Report II | 23 |
| Guidlines on diagnosis and management of Pediatric Clinical Problems | 29 |

20
17ΤΟΜΟΣ 67,
ΤΕΥΧΟΣ 3,
ΙΟΥΛΙΟΣ,
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ,
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ

Δελτίο

Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΜΕ ΕΘΝΙΚΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ
ΦΕΚ 19/16-1-1985, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»**ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ**Α' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΑΘΗΝΩΝ - ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΠΑΙΔΩΝ
«Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»**ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ****Γεώργιος Π. Χρούσος****ΑΝ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ****Μαρία Θεοδωρίδου****ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**Χρήστος Καττάμης
Χρύσα Μπακούλα
Βασιλική Συριοπούλου
Φωτεινή Τζωρτζάτου - Σταθοπούλου
Ευστάθιος Χαροκόπος**ΜΕΛΗ**Εμμανουήλ Ζουμάκης
Αθανάσιος Καδίτης
Ευαγγελία Λαγκώνα
Αθανάσιος Μίχος
Roser Pons
Ελευθερία Ρώμα
Αικατερίνη Σαλαβούρα
Σουλτάνα Σιαχανίδου
Ευαγγελία Χαρμανδάρη**ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ****ΤΟΥ «ΔΕΛΤΙΟΥ Α' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝ. ΑΘΗΝΩΝ»**

- | | |
|---|---|
| 1. Stylianos Antonarakis (Γενεύη, Ελβετία) | 14. Olga Kordonouri (Ανόβερο, Γερμανία) |
| 2. Alexis Arzimanoglou (Λυόν, Γαλλία) | 15. Hugo Lagercrantz (Στοκχόλμη, Σουηδία) |
| 3. Peter Bader (Φρανκφούρτη, Μείν, Γερμανία) | 16. Primus Mullis (Βέρνη, Ελβετία) |
| 4. Tadej Battelino (Λουμπλιάνα, Σλοβενία) | 17. Maria New (Νέα Υόρκη, ΗΠΑ) |
| 5. Margherita Bonamico (Ρώμη, Ιταλία) | 18. Constantine Stratakis (Βηθεσδά, ΗΠΑ) |
| 6. Athos Busvaros (Βοστώνη, Μασαχουσέτη, ΗΠΑ) | 19. Charalambos Pothoulakis (Λος Άντζελες, ΗΠΑ) |
| 7. Claudia Chiriboga (Νέα Υόρκη, ΗΠΑ) | 20. Manuel Roig (Βαρκελώνη, Ισπανία) |
| 8. George Coukos (Φιλαδέλφεια, ΗΠΑ) | 21. Dimitrios Spentzos (Βοστώνη, ΗΠΑ) |
| 9. Basil Daras (Βοστώνη, ΗΠΑ) | 22. Thomas Walsh (Βηθεσδά, ΗΠΑ) |
| 10. Raif Geha (Βοστώνη, ΗΠΑ) | 23. Michael Wessels (Βοστώνη, ΗΠΑ) |
| 11. Donald Greydanus (Μίτσιγκαν, ΗΠΑ) | 24. Theoklis Zaoutis (Φιλαδέλφεια, ΗΠΑ) |
| 12. Melvin Grumbach (Σαν Φρανσίσκο, ΗΠΑ) | 25. Stergios Zcharoulis (Σάτον, Ηνωμένο Βασίλειο) |
| 13. Stella Kourembanas (Ανόβερο, Γερμανία) | 26. Mary Zupanc (Γουίσκόνσιν, ΗΠΑ) |

ΙΔΡΥΤΗΣ**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΧΩΡΕΜΗΣ****ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**Κ. Χωρέμης (1954 - 1965)
Ν. Μασσανιώτης (1966 - 1993)
Χ. Καττάμης (1994 - 1998)
Α. Μεταξωτού (1999 - 2000)
Γ. Χρούσος (2001 -)**PUBLISHED BY:****ZITA MEDICAL
MANAGEMENT S.A.**1st klm Peanias -
Markopoulou Avenue,
Peania, Attica, Greece,
P.O BOX 155, 190 02,
tel.: +30 211 1001 777,
fax: +30 210 6642116, E - mail:
info@zita - management.com

Εικόνα εξωφύλλου: Αρχαίο
ελληνικό άγαλμα με τίτλο «Statue
of a Child», 200 - 300 μ.Χ., ύψος
33,02 cm, έκθεμα στο μουσείο «Los
Angeles County Museum of Art»

ΕΤΗΣΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗ: ΓΙΑΤΡΟΙ 30 , ΦΟΙΤΗΤΕΣ 20 , ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΥΠΡΟ 30Παρακαλούνται οι κ.κ. συνδρομητές να στέλνουν τη συνδρομή τους στον διευθυντή Γεώργιο
Χρούσο - Α.Π.Κ.Π.Α. - Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Γουδί, 11527 Αθήνα, τηλ. 210 7794023

20
17

ΤΟΜΟΣ 67,
ΤΕΥΧΟΣ 3,
ΙΟΥΛΙΟΣ,
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ,
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ

Annales

Clinicae Paediatricae Universitatis Atheniensis

THREEMONTHLY NATIONAL CERTIFIED SCIENTIFIC JOURNAL
GREEK OFFICIAL JOURNAL 19/16 - 1 - 1985, "AGHIA SOFIA" CHILDREN'S HOSPITAL

OWNER

FIRST DEPARTMENT
OF PAEDIATRICS, ATHENS
UNIVERSITY - «AGHIA
SOPHIA» CHILDREN'S
HOSPITAL, ATHENS,
GREECE

EDITOR - IN - CHIEF

George P. Chrousos

DEPUTY EDITOR

Maria Theodoridou

ASSOCIATE EDITORS

Christos Kattamis
Chrysa Bakoula
Vassiliki Syriopoulou
Fotini Tzortzotou - Stathopoulou
Efsthios Charokopos

EDITORIAL BOARD

Emmanouil Zoumakis
Athanasios Kaditis
Evangelia Lagona
Athanasios Michos
Roser Pons
Eleftheria Roma
Aikaterini Salavoura
Soulтана Siahaniδου
Evangelia Charmandari

INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD FOR "ANNALES OF CLINICAL PAEDIATRICS"

- | | |
|---|---|
| 1. Stylianos Antonarakis (<i>Geneva, Switzerland</i>) | 14. Olga Kordonouri (<i>Hannover, Germany</i>) |
| 2. Alexis Arzimanoglou (<i>Lyon, France</i>) | 15. Hugo Lagercrantz (<i>Stocholm, Sweden</i>) |
| 3. Peter Bader (<i>Frankfurt, Main, Germany</i>) | 16. Primus Mullis (<i>Bern, Switzerland</i>) |
| 4. Tadej Battelino (<i>Ljubljana, Slovenia</i>) | 17. Maria New (<i>New York, USA</i>) |
| 5. Margherita Bonamico (<i>Rome, Italy</i>) | 18. Constantine Stratakis (<i>Bethesda, USA</i>) |
| 6. Athos Busvaros (<i>Boston, Massachusetts, USA</i>) | 19. Charalambos Pothoulakis (<i>Los Angeles, USA</i>) |
| 7. Claudia Chiriboga (<i>New York, USA</i>) | 20. Manuel Roig (<i>Barcelona, Spain</i>) |
| 8. George Coukos (<i>Philadelphia, USA</i>) | 21. Dimitrios Spentzos (<i>Boston, USA</i>) |
| 9. Basil Daras (<i>Boston, USA</i>) | 22. Thomas Walsh (<i>Bethesda, USA</i>) |
| 10. Raif Geha (<i>Boston, USA</i>) | 23. Michael Wessels (<i>Boston, USA</i>) |
| 11. Donald Greydanus (<i>Michigan, USA</i>) | 24. Theoklis Zaoutis (<i>Philadelphia, USA</i>) |
| 12. Melvin Grumbach (<i>San Francisco, USA</i>) | 25. Stergios Zcharoulis (<i>Sutton, United Kingdom</i>) |
| 13. Stella Kourembanas (<i>Hannover, Germany</i>) | 26. Mary Zupanc (<i>Wisconsin, USA</i>) |

FOUNDER

KONSTANTINOS CHOREMIS

EDITORIAL DIRECTORS

K. Choremis (1954 - 1965)
N. Matsaniotis (1966 - 1993)
Ch. Kattamis (1994 - 1998)
A. Metaxotou (1999 - 2000)
G. Chrousos (2001 -)

PUBLISHED BY:



ZITA MEDICAL MANAGEMENT S.A.

1st klm Peanias -
Markopoulou Avenue,
Peania, Attica, Greece,
P.O BOX 155, 190 02,
tel.: +30 211 1001 777,
fax: +30 210 6642116, E - mail:
info@zita - management.com

Cover image: Greek ancient statue
with title «Statue of a Child», Eastern
Mediterranean, 200 - 300 A.D., Height
13 in. (33.02 cm), current location in the
Los Angeles County Museum of Art

ANNUAL SUBSCRIPTION: DOCTORS 30 , STUDENTS 20 , FOR CYPRUS 30

The subscribers are requested to send their subscription to professor George Chrousos
- Chairman, First Department of Paediatrics, University of Athens - «Aghia Sophia» Children's
Hospital, Goudi, 115 27 Athens, Greece, Tel. +30 210 7794023

Οδηγίες προς τους συγγραφείς

Το ΔΕΛΤΙΟ Α΄ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ εκδίδεται από την ομώνυμη κλινική και έχει ως στόχο την ενημέρωση και επιμόρφωση των παιδιάτρων, καθώς και την αποτύπωση του κλινικού και ερευνητικού έργου που επιτελείται στην κλινική ή σε άλλα κέντρα που ασχολούνται με την υγεία του παιδιού.

Για τον σκοπό αυτό δημοσιεύει:

- 1) Άρθρα σύνταξης.** Σύντομα ανασκοπικά ή ενημερωτικά άρθρα σχετικά με επίκαιρα θέματα, νέες εξελίξεις και σχόλια για εργασίες δημοσιεύμενες στον ελληνικό Τύπο.
- 2) Πρωτότυπες ερευνητικές εργασίες ή κλινικοεργαστηριακές μελέτες.** Έχουν ελληνική και αγγλική περίληψη και την απολύτως απαραίτητη βιβλιογραφία.
- 3) Ανασκοπήσεις.** Ολοκληρωμένες αναλύσεις παιδιατρικών θεμάτων. Γράφονται από το πολύ δύο συγγραφείς, δεν ξεπερνούν τις 15 - 25 δακτυλογραφημένες σελίδες, έχουν ελληνική και αγγλική περίληψη και οι βιβλιογραφικές παραπομπές δεν ξεπερνούν τις 70.
- 4) Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις.** Αναφέρονται σε νέα ή σπάνια νοσήματα των οποίων η καταγραφή προσφέρει νέες πληροφορίες και γνώσεις. Έχουν ελληνική και αγγλική περίληψη, την απολύτως απαραίτητη βιβλιογραφία και υπογράφονται από το πολύ πέντε συγγραφείς.
- 5) Γενικά θέματα** που έχουν σχέση με την υγεία του παιδιού και της οικογένειας, όπως και θέματα πρακτικής εκπαίδευσης και οργάνωσης υπηρεσιών.
- 6) Επίκαιρα θέματα.** Σύντομη περιγραφή, ενημέρωση νέων απόψεων και τάσεων σε συγκεκριμένα θέματα, με βιβλιογραφία.

Οι υποβαλλόμενες εργασίες πρέπει να συνοδεύονται από επιστολή στην οποία όλοι οι συγγραφείς δηλώνουν ότι: α) συμφωνούν με τις παρούσες «οδηγίες προς τους συγγραφείς», β) συμφωνούν να υποβάλλουν το άρθρο αυτό στο Δελτίο Παιδιατρικής, γ) όλοι οι συγγραφείς συμμετείχαν σε όλες τις φάσεις της εργασίας αυτής κατά τρόπο ουσιαστικό, δ) το άρθρο δεν δημοσιεύτηκε, ούτε θα δημοσιευτεί εν όλω ή εν μέρει σε άλλο έντυπο, μέχρι να ολοκληρωθεί η κρίση του στο Δελτίο Παιδιατρικής, ε) δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων μεταξύ των συγγραφέων ή μεταξύ αυτών και άλλων ιδρυμάτων ή ινστιτούτων, στ) όλες οι κλινικές έρευνες θα πρέπει να συνοδεύονται από γραπτή δήλωση των συγγραφέων ότι δόθηκε πληροφορημένη συναίνεση των μετεχόντων, όπως

επιβάλλεται από τη διακήρυξη του Ελσίνκι του 1975, με την αναθεώρηση του 2000, καθώς και ότι η επιτροπή αρμόδια για θέματα Ιατρικής Ηθικής του Ιδρύματος όπου τελέστηκε η εργασία έλεγξε και ενέκρινε το σχετικό πρωτόκολλο εργασίας, ζ) για πειράματα σε ζώα πρέπει να αναφέρεται η λήψη σχετικής άδειας από τις αρμόδιες υπηρεσίες του νοσοκομείου, ιδρύματος ή άλλης αρμόδιας Αρχής και ότι τηρήθηκαν οι αρχές της φροντίδας των ζώων.

ΣΥΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΩΝ

Το Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών δέχεται προς δημοσίευση χειρόγραφα τα οποία συμμορφώνονται προς τις απαιτήσεις της International Committee of Medical Editors (ICMJE) για τα χειρόγραφα που υποβάλλονται για δημοσίευση σε βιοϊατρικά περιοδικά (Uniform Requirements for Manuscripts - URM - Submitted to Biomedical Journals), με την αναθεώρηση του Νοεμβρίου του 2003 (www.icmje.org).

Το κείμενο δακτυλογραφείται με διπλό διάστημα και περιθώριο 2,5 εκατ. στις δύο πλευρές. Περιλαμβάνει: Σελίδα τίτλου, περίληψη στα ελληνικά και αγγλικά, λέξεις ευρητηριασμού, κείμενο, ευχαριστίες/αναφορές σε επιδοτήσεις - χορηγίες, βιβλιογραφία, πίνακες και εικόνες με τους αντίστοιχους υπότιτλους. Καθένα από τα ανωτέρω αρχίζει σε χωριστή σελίδα και οι σελίδες αριθμούνται διαδοχικά αρχίζοντας από τη σελίδα του τίτλου.

α) Σελίδα τίτλου

Περιλαμβάνει: Τον τίτλο του άρθρου, μέχρι 14 λέξεις, όνομα και επώνυμο των συγγραφέων, το επιστημονικό κέντρο από όπου προέρχεται η εργασία ή, ελλείψει συνεργασίας με συγκεκριμένα κέντρα, την ιδιότητα των συγγραφέων και τον τόπο διαμονής τους, διεύθυνση και τηλέφωνο του συγγραφέα με τον οποίο γίνεται η αλληλογραφία.

β) Περίληψεις

Όλες οι εργασίες πρέπει να έχουν ελληνική και αγγλική περίληψη. Η περίληψη στα ελληνικά δεν πρέπει να ξεπερνά τις 250 λέξεις. Ανακεφαλαιώνει τους στόχους της εργασίας, τη μεθοδολογία, τα κυριότερα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της μελέτης. Στην περίληψη στα αγγλικά γράφονται ο τίτλος του κειμένου και τα ονόματα των συγγραφέων και αποδίδεται το περιεχόμενο της ελληνικής περίληψης. Η αγγλική περίληψη ακολουθεί το τέλος της ελληνικής περίληψης. Κάτω από την ελληνική και αγγλική περίληψη σημειώνονται τρεις έως πέντε λέξεις - κλειδιά (key words) που θα χρησιμοποιηθούν για το θεματικό ευρετήριο.

Δελτίο

Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

γ) Κείμενο

Οι πρωτότυπες εργασίες αποτελούνται από την εισαγωγή, το υλικό, η μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και τη συζήτηση. Η εισαγωγή θα πρέπει να περιγράφει τον σκοπό της μελέτης και τη σχέση με προηγούμενα δημοσιευμένες μελέτες στον κλάδο. Το υλικό και η μεθοδολογία θα πρέπει να είναι συνοπτικά αλλά αρκετά λεπτομερή ούτως ώστε να μπορούν να επαναληφθούν από άλλους ερευνητές. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα πρέπει επίσης να περιγράφεται. Τα αποτελέσματα θα πρέπει να περιλαμβάνουν τόσο τα θετικά όσο και τα ενδεχομένως αρνητικά ευρήματα της μελέτης, υποστηριζόμενα, όποτε απαιτείται, από πίνακες ή διαγράμματα. Η συζήτηση θα πρέπει να μεταφράζει τα αποτελέσματα της μελέτης, με έμφαση στη σχέση τους με την αρχική υπόθεση και τις προηγούμενες αντίστοιχες μελέτες. Οι συντομογραφίες επιτρέπονται με την προϋπόθεση ότι επαναλαμβάνονται με συνέπεια μετά τον αρχικό ορισμό, τόσο στο κυρίως κείμενο όσο και στην περίληψη. Όπου γίνεται αναφορά σε τιμές εργαστηριακών εξετάσεων, αυτές θα πρέπει να εκφράζονται στο Διεθνές Σύστημα Μονάδων (SI Units) και στο μετρικό (Conventional - Συμβατικό) Σύστημα μέσα σε παρένθεση. Πίνακες μετατροπής περιλαμβάνονται στις διευθύνσεις: <http://www.icmje.org> και <http://www.icmje.org/icmje.pdf>.

δ) Ευχαριστίες

Απευθύνονται προς όσους έχουν ουσιαστικά συμβάλει στη διεξαγωγή της μελέτης.

ε) Βιβλιογραφικές παραπομπές

Οι βιβλιογραφικές παραπομπές αναφέρονται στο κείμενο με αραβικούς αριθμούς, κατ' αύξοντα αριθμό με τη σειρά που εμφανίζονται. Στη βιβλιογραφία αναγράφονται οι παραπομπές με τη σειρά και αρίθμηση που εμφανίζονται στο κείμενο. Ακολουθούνται οι απαιτήσεις της International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) για τα χειρόγραφα που υποβάλλονται για δημοσίευση σε βιο-ιατρικά περιοδικά (Uniform Requirements for Manuscripts - URM - Submitted to Biomedical Journals) - πρώην σύστημα Vancouver.

Παραδείγματα βιβλιογραφικών παραπομπών:

I. Περιοδικά

Αν οι συγγραφείς είναι έως 6 αναγράφονται όλοι, αν είναι επτά ή περισσότεροι αναγράφονται οι πρώτοι έξι και προστίθεται et al. (ή και συν.). Το όνομα του περιοδικού αναγράφεται συντεταγμένο, χωρίς να βάλουμε σημεία στίξεως στο κάθε συνθετικό (π.χ. J Pediatr 2003 ή N Engl J Med 2005). Η σύντμηση των περιοδικών γίνεται με βάση το πώς είναι επίσημα καταχωρημένο το περιοδικό στο Pubmed και όχι αυθαίρετα.

• Τακτική έκδοση περιοδικού:

Kawabata T, Ogino T, Awai M. Protective effects of glutathione against lipid peroxidation in chronically iron loaded mice. *Biochim Biophys Acta* 1988;1004:89 - 94.

□ Συμπληρωματικό τεύχος περιοδικού:

Llach F. Para - thyroidectomy in chronic renal failure: Indications, surgical approach and the use of calcitriol. *Kidney Int* 1990;38(29 suppl):S62 - S68.

□ Χωρίς συγγραφέα:

Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). *BMJ* 1981;283:628.

□ Προσδιορισμός τύπου άρθρου:

Schreiner GF, Lange L. Ethanol modulation of macrophage influx in glomerulonephritis (abstract). *Am Soc Nephrol* 1991;2:562. Spargo PM, Manners JM. DDAVP and open heart surgery (letter). *Anaesthesia* 1989;44:363 - 364.

II. Βιβλία

□ Κεφάλαιο σε βιβλίο:

Schuster V. Renal clearance. In: Seldin DW, Giebich G, editors. *The kidney: physiology and pathophysiology*. 2nd ed. New York: Raven Press; 1992. p. 943 - 978.

□ Σύγγραμμα ή μονογραφία:

Gorlin RJ, Cohen MM, Levin LS. *Syndromes of the head and neck*. 3rd ed. New York: Oxford University Press. 1990.

□ Δημοσίευση σε τόμο πρακτικών:

Bauer AW. The two definitions of bacterial resistance. In: Smith AJ, Rogers CA, editors. *Proceedings of the Third International Congress of Chemotherapy*; 1962 May 29 - 31; New York: International Society of Chemotherapy; 1963. p. 484 - 500.

□ Διδακτορική διατριβή:

Vourssef NM. *School adjustment of children with congenital heart disease (dissertation)*. Pittsburg (PA) Univ of Pittsburg, 1998.

III. Ηλεκτρονικές πηγές

□ Έγγραφο από ιστοσελίδα:

Royal College of General Practitioners. The primary health care team. RCGP website 2003 [cited 2004 Sep 22]; Available from: URL: http://www.rcgp.org.uk/information/publications/information/PDFInfo/21_OCT_03.pdf

□ Έγγραφο σε ηλεκτρονική μορφή:

Drasin, Todd, Dutson, Erik and Gracia, Carlos. Use of a robotic system as surgical first assistant in advanced laparoscopic surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 199(3) [online]. Available from:

Οδηγίες προς τους συγγραφείς

<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T91-4D4JGYH-3/2/325a8fdeache909ee940a8f4c429104b> [accessed 2004 Sep 22].

στ) Πίνακες και εικόνες

Οι πίνακες δακτυλογραφούνται με διπλό διάστημα σε χωριστή σελίδα και αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς με τη σειρά που εμφανίζονται στο κείμενο. Περιλαμβάνουν βραχύ τίτλο, καθώς και επεξήγηση όλων των συντμήσεων στο κάτω μέρος (π.χ., αρτηριακή πίεση και όχι ΑΠ). Να αποφεύγονται οι κάθετες γραμμές. Τα σχήματα, τα διαγράμματα, οι φωτογραφίες, οι χάρτες κι οποιοδήποτε άλλο απεικονιστικό υλικό χαρακτηρίζονται ως εικόνες. Θα πρέπει να είναι αρίστης ποιότητας, με μορφή φωτογραφιών ή και πρωτοτύπων. Στο πίσω μέρος των εικόνων θα πρέπει να σημειώνεται με μολύβι ο αριθμός της εικόνας και το όνομα του πρώτου συγγραφέα, καθώς και ένα βέλος το οποίο να δείχνει το πάνω μέρος της εικόνας. Οι πίνακες και οι εικόνες θα πρέπει να είναι σε διαστάσεις ίσες με το πλάτος του μονόστηλου (8,0 cm) ή με το πλάτος όλης της σελίδας (16,8

cm). Το μέγιστο μήκος τους μαζί με τις λεζάντες δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερο από 22 cm.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΩΝ

Το Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών θα σκεφτεί την πιθανότητα δημοσίευσης κάθε εργασίας, με την προϋπόθεση ότι το υποβαλλόμενο υλικό ανταποκρίνεται στις προαναφερθείσες απαιτήσεις διασφάλισης ποιότητας και οδηγίες προς συγγραφείς, αφού υποβληθεί προς κρίση σε δύο εξωτερικούς κριτές, οι οποίοι επιλέγονται από τη Συντακτική Επιτροπή. Η ομάδα Σύνταξης διατηρεί το δικαίωμα παρέμβασης και βελτίωσης των εργασιών σε θέματα γραμματικής και μορφοποίησης.

Οι εργασίες που υποβάλλονται προς κρίση για δημοσίευση αποστέλλονται εις *τριπλούν* στη διεύθυνση: Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία», 115 27 Αθήνα.

Annales

Clinicae Paediatricae Universitatis Atheniensis

The Annales Clinicae Paediatricae Universitatis Atheniensis is the official journal of the First Pediatric Department of Medical School of Athens University. Its primary goal is to publish a number of original articles related to clinical and basic research being held by the First Pediatric Department of Medical School of Athens University or by other Pediatric Centers in order to provide constant information and training to pediatricians and to those interested in child's health. For this reason, the Annales Clinicae Paediatricae Universitatis Atheniensis will accept and publish articles related to:

1) Editorial Comments. Short review or informative articles concerning scientific progress, news or commentaries on already published articles.

2) Original Research Findings. These articles should always include a short summary both in English and Greek, as well as the appropriate references.

3) Review Articles. Review articles include complete comprehensive contemporary articles, updated information or articles devoted to innovative new areas of development. They should be written by no more than two authors, the number of pages shouldn't exceed 15 - 20 and a short summary in both Greek and English should be included. References should be limited to a maximum of 70.

4) Puzzling Cases. Rare or undiagnosed cases or cases in which the final diagnosis was unexpected. A short summary should be included in both Greek and English and the appropriate references and should be signed by no more than 5 authors.

5) General topics concerning child and family health. The Editorial Committee also attaches great importance to subjects relating to continuing medical education, the implementation of guidelines and cost effectiveness in pediatrics.

6) Up to date issues. Short descriptions on new techniques. References should be included.

All submitted articles should be accompanied by a letter stating that: a) All authors agree with the aforementioned "instructions to authors", b) All authors agree to submit the article to The Annales Clinicae Paediatricae Universitatis Atheniensis, c) The contribution of each author to the submitted study was equally significant, d) Neither the article nor part of the article has been or will be published elsewhere until the completion of its evaluation for the The Annales Clinicae Paediatricae Universitatis Atheniensis, e) The authors disclose at the time of submission any financial arrangement they may have with a company whose product figures prominently in the manuscript or with a company making a competing product. There should

be no conflict of interest among the authors or between the authors and other institutions, f) Manuscripts describing human research must clearly indicate the accordance of all experimental procedures with the ethical standards of the responsible institutional committee for human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000 and a written informed consent of the participants should be provided by the authors, g) When reporting on animal research, the authors should also indicate that procedures followed the institutional and national guides for the care and use of laboratory animals.

PREPARATION OF THE MANUSCRIPT

The Annales Clinicae Paediatricae Universitatis Atheniensis accepts manuscripts prepared in accordance with the requirements of the International Committee of Medical Journal Editors, as updated in November 2003 (<http://www.icmje.org>). The manuscript should be typed double - spaced throughout its entirety on single sided, 21x29 cm opaque white paper with 2,5 cm margins all around. Title page, abstract in both Greek and English, key words, text, references, tables and pictures, should each be included on a different page.

a) Title page

The title page should include the following information: the title of the manuscript (up to 14 words), the names of the authors (first name, middle initial and family name) with an indication of the author's hospital affiliations, the name and the address of the institution from which the work originated, the full postal address with post code, telephone, fax and e - mail address of the author responsible for editorial correspondence.

b) Abstracts

Each article should include an abstract of no more than 250 words, in both Greek and English. The abstract should consist of four paragraphs: Introduction, Methods, Results and Conclusions. The English abstract should include the article's title as well as the author's name in English and should be an exact translation of the Greek Abstract. Finally, a list of up to four key words or phrases, not appearing in the title, should be included to be used for indexing purposes.

c) The text

The text should be organized as follows: Introduction, Methods, Results and Discussion. The introduction should describe the purpose of the study and its relation to previous work in the field. Methods should be concise, but sufficiently detailed to permit repetitions by other researchers. Methods used for statistical analysis should be described. Results should present positive and relevant negative findings of the study,

Instructions to authors

supported when necessary by reference to tables and figures. The discussion should interpret the results of the study, with emphasis on their relation to the original hypothesis and to previous studies. Abbreviations are permitted but must be used consistently throughout the manuscript after they are initially defined, in both abstract and main text. References of laboratory analyses results should be expressed in the Systeme International (SI) units and in the metric (Conventional) system in parentheses. See conversion tables on the websites <http://www.icmje.org> and <http://www.icmje.org/icmje.pdf>.

d) Acknowledgements

Addressed to all having significantly contributed to the study.

e) References

Citations for the reference section of submitted works should be in numerical sequence according to the formats below. They should follow the standard form described in the Uniform Requirements for manuscripts -URM - Submitted to Biomedical Journals of the International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org).

Examples of reference citations:

I. Journals

If the number of authors exceeds 6, only the first 6 are listed and "et al." is added. Journals' abbreviations should go according to the journal's indexing in Pubmed.

Regular journal publication:

Kawabata T, Ogino T, Awai M. Protective effects of glutathione against lipid peroxidation in chronically iron loaded mice. *Biochim Biophys Acta* 1988; 1004:89 - 94.

Supplement:

Llach F. Para - thyroidectomy in chronic renal failure: Indications, surgical approach and the use of calcitriol. *Kidney Int* 1990; 38(29 suppl):S62 - S68.

No author's name available:

Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). *BMJ* 1981; 283:628.

Definition of the type of the article:

Schreiner GF, Lange L. Ethanol modulation of macrophage influx in glomerulonephritis (abstract). *Am Soc Nephrol* 1991; 2:562. Spargo PM, Manners JM. DDAVP and open heart surgery (letter). *Anaesthesia* 1989; 44:363 - 364.

II. Books

Book chapter:

Schuster V. Renal clearance. In: Seldin DW, Giebich G, editors. *The kidney: physiology and pathophysiology*. 2nd ed. New York: Raven Press; 1992. p. 943 - 978.

Monograph:

Gorlin RJ, Cohen MM, Levin LS. *Syndromes of the head and neck*. 3rd ed. New York: Oxford University Press. 1990.

Proceedings record:

Bauer AW. The two definitions of bacterial resistance. In: Smith AJ, Rogers CA, editors. *Proceedings of the Third International Congress of Chemotherapy*; 1962 May; New York: International Society of Chemotherapy; 1963. p. 484 - 500.

Dissertation:

Vourssef NM. School adjustment o children with congenital heart disease (dissertation). Pittsburg (PA) Univ of Pittsburg, 1998.

III. Digital or electronic sources

Internet obtained material:

Royal College of General Practitioners. The primary health care team. RCGP website 2003 [cited 2004 Sep 22]; Available from: URL: http://www.rcgp.org.uk/information/publications/information/PDFInfo/21_OCT_03.pdf

Article in digital form:

Drasin, Todd, Dutson, Erik and Garcia, Carlos. Use of a robotic system as a surgical first assistant in advanced laparoscopic surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 199(3) [online]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T91-4D4JGYH-3/2/325a8fdeacbe909ee940a8f4c429104b> [accessed 2004 Sep 22].

f) Tables and figures

Tables should be typed double - spaced, each on a separate page, numbered with Arabic numerals in the order appearing in the manuscript. They should include a short title as well as an explanation of the abbreviations used. The number and top side of each figure must be indicated on the reverse side. All figures (whether photographs or graphs) should be clear, high contrast, glossy prints of the size they are to appear in the journal: 8,0 cm for a single column or 16,8 cm for a double column. Maximum height, including the titles, shouldn't exceed 22 cm.

SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

Annales Clinicae Paediatricae Universitatis Atheniensis will consider the publication of any manuscript provided that the material submitted fulfills the aforementioned quality requirements and instructions of the journal, following the regular review process by two suitable outside referees selected by the Editorial Board. The Editors reserve the right to improved manuscripts on grammar and style. An original and two copies of the manuscript (including photographs and graphs) should be sent to: The Annales Clinicae Paediatricae Universitatis Atheniensis 1st Pediatric Department of Medical School of Athens University Children Hospital "Agia Sofia" 115 27, Athens, Greece.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΡΘΡΟ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Πλατωνικές, Αριστοτελικές και Επικούρειες απόψεις περί Γενετικής

Χ. Γιαπιτζάκης

1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η Ερμηνεία της νόσου: Μέρος I

Γ. Παπαδάκης, Ε. Παπαδάκη

8

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ I

Κύστη χοληδόχου πόρου. Παρουσίαση περιστατικού και αναδρομή στην εμπειρία 15 ετών της κλινικής μας

Γ. Καμπούρογλου, Ε. Ιακωμίδης, Α. Δημοπούλου, Μ. Μαρικόζου, Δ. Φραγγίδη, Ν. Χριστόπουλος,

Ν. Γαβαλάκης, Σ. Αντύπας, Κ. Νίκας

19

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ II

Ευμεγέθης μάζα μαλακών μορίων νεογνικής ηλικίας

Λ. Νάση, Α. Αλεξόπουλος, Τ. Κάκουρου

23

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ασθματικός παροξυσμός

Ειδικεύομενοι Ιατροί: Α. Μανωλάς, Ε. Μπαρμπούτη, Χ. Παλίλη, Π. Παρασκευοπούλου

Υπεύθυνοι Επιμελητές: Π. Παναγιωτοπούλου-Γαρταγάνη, Α. Καδίτης

29

Αναφυλαξία: Διάγνωση και αντιμετώπιση

Μ. Δήμου, Κ. Σαλαβούρα, Ν. Λαλιώτη, Μ. Κουλούρη, Δ. Χατζής

34

CONTENTS

SPECIAL ARTICLE

Platonic, Aristotelian and Epicurean points of view regarding Genetics

Christos Yapijakis

1

HISTORIC REVIEW

The meaning of disease Part I

G Papadakis, E. Papadakis

8

CASE REPORT I

Choledochal cyst - Case report and review of similar cases in our department during the last 15 years

G. Kampouroglou, E. Iakomidis, A. Dimopoulou, M. Marikosu,

D. Fraggidi, N. Christopoulos, N. Gavalakis, S. Antypas, K. Nikas

19

CASE REPORT II

Rapidly progressing soft tissue tumor in the neonatal period

L. Nasi, A. Alexopoulos, T. Kakourou

23

GUIDELINES ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PEDIATRIC CLINICAL PROBLEMS

Asthmatic exacerbation

Residents: A. Manolas, E. Barbouti, X. Palili, Π. Paraskevopoulou

Consultants: Π. Panagiotopoulou-Yartagani, A. Kaditis

29

Anaphylaxis: Diagnosis and management

Μ. Dimou, Κ. Salavoura, Ν. Lalioti, Μ. Koulouri, Δ. Hatzis

34

Πλατωνικές, Αριστοτελικές και Επικούρειες απόψεις περί Γενετικής¹

Χ. Γιαπιτζάκης

Επίκουρος Καθηγητής Νευρογενετικής, Στοματογναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αττικό Νοσοκομείο, Αθήνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μελέτη αφορά τις απόψεις των μεγάλων Ελλήνων φιλοσόφων Πλάτωνα, Αριστοτέλη και Επικούρου, που χρησιμοποίησαν διαφορετική μέθοδο προσέγγισης της κληρονομικότητας, είτε νοησιαρχική (διαλεκτική, λογική) είτε εμπειρική (παρατήρηση). Ο Πλάτων χρησιμοποίησε διαλεκτική και διδακτικούς μύθους, υποστηρίζοντας την κατευθυνόμενη επιλογή των ζευγαριών με «καλά» χαρακτηριστικά για τεκνοποίηση («ευγονία»), τη στείρωση ατόμων με «κακά» χαρακτηριστικά και την ευθανασία ατόμων με σωματικά και ψυχικά νοσήματα. Η εφαρμογή των πλατωνικών ιδεών στη ναζιστική Γερμανία προκάλεσε τη μετονομασία της επιστήμης της κληρονομικότητας από Ευγονική σε Γενετική μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο Αριστοτέλης θεώρησε ότι με την παρατήρηση μπορεί να υπάρξει συστηματική γνώση της

φύσης, αλλά μόνο με τη λογική μπορεί να αντιληφθεί ο άνθρωπος τις αιώνιες αλήθειες. Με τη λογική συμπερανε ότι μόνο ο άνδρας συνεισφέρει το κληρονομικό υλικό, ενώ η γυναίκα απλώς προσφέρει το κατάλληλο περιβάλλον για να αναπτυχθεί ένα έμβρυο, κατ'αντιστοιχία με το σπόρο και το χωράφι. Ο Επικούρος ήταν ο πρώτος εμπειριστής φιλόσοφος, που δέχθηκε ως αληθές μόνο ό,τι μπορεί να παρατηρηθεί με τις αισθήσεις. Με την παρατήρηση διαφόρων οικογενειών, ο φιλόσοφος αντιλήφθηκε την ισότιμη συνεισφορά του γενετικού υλικού των δύο φύλων στα παιδιά, καθώς και ότι τα βιολογικά χαρακτηριστικά κληρονομούνται με επικρατητικό, υπολειπόμενο ή ισοεπικρατητικό τρόπο. Δύο χιλιετίες μετά, η ανακάλυψη των νόμων της Γενετικής από την επιστημονική έρευνα επιβεβαίωσε τις απόψεις του Επικούρου.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Φιλοσοφία, Πολιτική, Θεολογία, Επιστήμη, Πλάτων, Ευγονική, Αριστοτέλης, Λογική, Επικούρος, Εμπειρισμός, Διαφωτισμός, Ανθρωπισμός

¹Το κείμενο βασίζεται στην ομιλία «Γενετική και Αρχαίοι Έλληνες Φιλόσοφοι», που παρουσιάστηκε μετά από πρόσκληση της Οργανωτικής Επιτροπής στο 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συνδέσμου Ιατρικών Γενετιστών Ελλάδας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών, 4-6 Νοεμβρίου 2016, Αθήνα. Μια πληρέστερη εκδοχή του κειμένου με εκτενή αρχαία αποσπάσματα και τίτλο «Γενετική και Αρχαίοι Έλληνες Φιλόσοφοι: Από τον Μύθο στην Επιστήμη» βρίσκεται στο βιβλίο «Αποκλίσεις από την "κανονικότητα" στην Αρχαία Ελληνική Μυθολογία και στη σύγχρονη Ιατρική», Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Εκδόσεις Κωνσταντάρας, Αθήνα, 2017.

Υπεύθυνος επικοινωνίας

Χ. Γιαπιτζάκης

E-mail: cyari@med.uoa.gr

Εισαγωγή

Οι απόψεις των μεγάλων Ελλήνων φιλοσόφων αποτελούν διαχρονικές πηγές έμπνευσης και εξακολουθούν να επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τις σύγχρονες αντιλήψεις. Η επιστημονική γνώση, η γνώση της Ιστορίας και η κριτική σκέψη που βασίζεται σε αντικειμενικές παρατηρήσεις μπορούν να βοηθήσουν την ανθρωπότητα να μην επαναλάβει τα λάθη του παρελθόντος.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη των φιλοσοφικών απόψεων περί κληρονομικότητας, που υποστήριξαν τρεις σημαντικοί Έλληνες φιλόσοφοι (Πλάτων, Αριστοτέλης και Επίκουρος). Για κάθε φιλόσοφο εξετάστηκε η μέθοδος προσέγγισης της αλήθειας, καθώς και η επίδραση που οι απόψεις του άσκησαν σε μεταγενέστερες εποχές. Μελετήθηκαν αρχαία φιλοσοφικά κείμενα που αναφέρονται σε θέματα κληρονομικότητας, όπως η *Πολιτεία* του Πλάτωνα, τα έργα του Αριστοτέλη *Πολιτικά* και *Περί ζώων γενέσεως*, η *Πρὸς Ἡρόδοτον Ἐπιστολή* του Επίκουρου και το έργο του Λουκρήτιου *De rerum natura* («Περί της φύσεως των πραγμάτων»), το οποίο θεωρείται ποιητική απόδοση του χαμένου έργου *Περί φύσεως* του Επίκουρου.

Η διερεύνηση αυτή μπορεί να φέρει στο φως την προέλευση της θεολογικής άποψης «ο άνδρας γεννά, η δε γυναίκα τίκτει», αλλά και την αιτία που η επιστήμη της κληρονομικότητας πριν από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο ονομαζόταν Ευγονική και μετά μετονομάστηκε σε Γενετική. Επιπλέον, η μελέτη ερευνά την ενδεχόμενη ύπαρξη κάποιας φιλοσοφικής άποψης, που συμβαδίζει αντικειμενικά με τα δεδομένα της σύγχρονης επιστημονικής έρευνας, καθώς και την αιτία αυτής της συμφωνίας.

Κληρονομικότητα και Πλάτων

Ο Πλάτων ο Αθηναίος (427–347 π.Χ.), ο ιδρυτής της Ακαδημίας, πίστευε ότι μόνο με τη νόηση μπορεί να αναζητηθεί η αλήθεια, κατά συνέπεια χρησιμοποίησε ως κύριες φιλοσοφικές μεθόδους τη διαλεκτική και τη διατύπωση διδακτικών μύθων¹. Δίδαξε ότι ένας δημιουργός θεός έφτιαξε τον αισθητό κόσμο ως είδωλο του μοναδικού αληθινού και αιώνιου κόσμου των ιδεών. Κατά τον Πλάτωνα, ο άνθρωπος δεν μαθαίνει τίποτα καινούργιο, αλλά απλώς η ψυχή του θυμάται αυτά που είχε γνωρίσει όταν βρισκόταν στον αιώνιο κόσμο των ιδεών².

1. ΚΑΛΦΑΣ, ΖΩΓΡΑΦΙΔΗΣ (2006), 110-135.

2. ΚΑΛΦΑΣ, ΖΩΓΡΑΦΙΔΗΣ (2006), 124.

Στο έργο του *Πολιτεία*, ο Αθηναίος φιλόσοφος εμφανίζει τον Σωκράτη να συζητά για την ιδανική κοινωνία, στην οποία λίγοι εκλεκτοί αριστοκράτες θα διοικούν τους πολλούς χρησιμοποιώντας αλληλοϋποστηριζόμενα συστήματα παιδείας, θρησκείας και νομοθεσίας. Μεταξύ των ιδεών που προβάλλει ο Πλάτων στην *Πολιτεία* είναι η διαφορετική γενετική συνεισφορά του άνδρα και της γυναίκας («τὸ μὲν θῆλυ τίκτειν, τὸ δὲ ἄρρεν ὀχεύειν» 5.454d-e), η κατευθυνόμενη από τους διοικητές επιλογή των ζευγαριών για τεκνοποίηση ώστε να αποκτήσουν απογόνους με «καλά» χαρακτηριστικά («εὐγονία», 8.546a), η στέρωση ατόμων με «κακά» χαρακτηριστικά (5.460b7-5.460c8) και η ευθανασία ατόμων με σωματικά και ψυχικά νοσήματα (3.410a1-5).

Είναι γνωστή η τεράστια επίδραση του Πλάτωνα στον Χριστιανισμό μέσω θεολόγων όπως ο Γρηγόριος Νύσσης και ο Αυγουστίνος Ιπώνος³. Η συμβολική αλληγορία του αριστοκράτη βασιλέα-ποιμένα, που καθοδηγεί θεάρεστα το ανθρώπινο ποίμνιο, η οποία αναφέρεται στο έργο του Πλάτωνα *Πολιτικός*, μεταδόθηκε στον Ιουδαϊσμό από τον Ιουδαίο πλατωνιστή Φίλωνα τον Αλεξανδρέα και, ως γνωστόν, επηρέασε και τον Χριστιανισμό⁴. Η διατύπωση και η διαιώνιση του παιδαγωγικού ψεύδους προς τους πολίτες που περιγράφεται γλαφυρά στην *Πολιτεία* είναι χαρακτηριστικές: «Τώρα πώς θα κάμωμεν να εύρωμεν τρόπον διά να πείσωμεν προ πάντων μεν τους άρχοντας, ειδήμη τους άλλους τουλάχιστον πολίτας, να παραδεχθούν ένα από τα γενναία εκείνα ψεύδη, τα οποία δικαιολογούνται, καθώς ελέγαμεν, από την ανάγκη των περιστάσεων;... Γνωρίζεις λοιπόν κανένα τρόπον να τους πείσωμεν ότι είναι αληθινός αυτός ο μύθος; Κανένα, όσον αφορά αυτούς τους ιδίους. Διά τα τέκνα των όμως, και διά τους λοιπούς ανθρώπους κατόπιν, δεν θα ήτο ίσως δύσκολον»⁵. Σε αυτή τη μεθοδολογία παιδαγωγικού ψεύδους βασίστηκε ο χιλιόχρονος Μεσαίωνας ως ιδεολογικό τέκνο της πλατωνικής φιλοσοφίας και για το λόγο αυτόν διατηρήθηκαν όλα τα έργα του Πλάτωνα. Η χριστιανική διδασκαλία περί μεταθανάτιου κολασμού των αμαρτωλών βασίστηκε στον Πλάτωνα και ιδιαίτερα στον εσχατολογικό μύθο του Ηρόδου,

3. LOUTH (2007), 1-154

4. ΠΛΑΤΩΝ *Πολιτικός* 267c-268c, 275a-b· ΦΙΛΩΝ *Περί γεωργίας* 39-66· ΙΩΑΝΝΗΣ *Εὐαγγέλιον* 10, 1-21.

5. ΠΛΑΤΩΝ *Πολιτεία* (Μετάφραση ΓΡΥΠΑΡΗΣ 1941, σ. 132-133) 3.414b-3.414c, 3.415c-3.415d.

που αναφέρει στην *Πολιτεία* (10.614b-10.621b)⁶.

Στη σύγχρονη εποχή, οι πλατωνικές ιδέες ενέπνευσαν τη θέσπιση νόμων περί Ευγονικής σε πολλά κράτη της Δύσης, με αποκορύφωμα τη ναζιστική Γερμανία⁷. Τα κείμενα της ναζιστικής «φιλοσοφικής ανθρωπολογίας», όπως την ονόμαζαν οι προπαγανδιστές της, φωτίζουν την επίδραση του πλατωνικού ιδεαλισμού στη διαμόρφωση των ρατσιστικών απόψεων για την «καθαρότητα της φυλής». Κατά τον θεωρητικό του Ναζισμού Ρόζενμπεργκ, η αντίληψη της φυλής δεν βασίζεται σε επιστημονική γνώση ή παρατήρηση, αλλά στην εννοιακή σύλληψη της ιδέας της, καθώς «η φυλή είναι η ψυχή του λαού με την εξωτερική της μορφή» και «η ύψιστη πνευματική αξία για μία φυλή είναι η επίτευξη της τέλει μορφής των σωματικών χαρακτηριστικών, επειδή αυτή η μορφή δεν είναι τίποτα άλλο από την έκφραση της πραγματοποίησης της ύψιστης ιδέας, του μύθου της αρίας φυλής και της ψυχής του λαού»⁸.

Ο φυλετισμός των ναζιστών προέρχεται από έναν «μεταφυσικό μύθο» που σχετίζεται περισσότερο με τον Πλάτωνα παρά με τους νόμους της κληρονομικότητας. Ο σημαντικότερος Γερμανός θεωρητικός του φυλετισμού Γκύντερ εμπνεύστηκε από τους πλατωνικούς μύθους περί ανθρώπων των οποίων η σύσταση περιέχει χρυσό, άργυρο, χαλκό και σίδηρο, και περί της θεϊκής προφητείας ότι η πόλις θα καταστραφεί όταν κυβερνηθεί από ανθρώπους χάλκινου και σιδηρού γένους (*Πολιτεία* 3.415a-c) και συμπέρανε: «Μόνο οι καθάροιστοι άνθρωποι θα πρέπει να φιλοσοφούν! Ο Πλάτων πρέπει να απέκτησε με κάποιον τρόπο τη συνειδητοποίηση μίας πραγματικότητας που εμείς, οι ειδικοί της φυλετικής έρευνας (δηλαδή της Ευγονικής), πρέπει να δεχθούμε ως αλήθεια: το γεγονός ότι μέσω των Σοφιστών, άνθρωποι με Λεβαντινική (δηλαδή Ανατολίτικη) φύση σφετερίστηκαν τη δύναμη του ελληνικού πνεύματος, καθώς η Νορδική (δηλαδή Βόρεια Αρία) ψυχή της Ελληνικότητας πέθανε»⁹. Κατά τον Γκύντερ και τον Χίτλερ, ο Πλάτων γνώριζε αφενός ότι η αρετή δεν μπορούσε να διδαχθεί αφού ήταν θέμα γένους και αφετέρου ότι η δικαιοσύνη της πολιτείας

αφορά την υγεία του γένους, οπότε η αληθινή πολιτική είναι η ευγονική¹⁰. Με αυτή τη συλλογιστική, εφόσον η καθαρότητα της γερμανικής αρίας φυλής κινδυνεύει από την παθογένεια και τον εκφυλισμό που προκαλούν οι προσμίξεις με κατώτερες φυλές, η πλατωνική μεθόδολογία της Ευγονικής θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως οδηγός για τη «φυλετική εξυγίανση» του πληθυσμού από τους «υπανθρώπους», καθώς «το Τρίτο Ράιχ ακολουθεί το ιδεώδες της *Πολιτείας* του Πλάτωνα»¹¹.

Η ναζιστική νομοθεσία περί της Οικογενειακής Υγείας προκάλεσε τη στέρωση 400.000 ανθρώπων, την «ευθανασία» 200.000 ασθενών και την εξόντωση εκατομμυρίων ανθρώπων σε στρατόπεδα συγκέντρωσης¹². Όλα αυτά έγιναν με τη βοήθεια ευγονιστών ιατρών και βιολόγων, όπως ο Μέγκελε, ο οποίος έκανε απάνθρωπα πειράματα στους έγκλειστους του Άουσβιτς. Τα εγκλήματα που έγιναν στο όνομα της Ευγονικής επέβαλαν τη μετονομασία της επιστήμης της κληρονομικότητας σε Γενετική μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο¹³.

Κληρονομικότητα και Αριστοτέλης

Ο Αριστοτέλης ο Σταγειρίτης (384-322 π.Χ.), ο ιδρυτής της Περιπατητικής Σχολής, θεώρησε ότι με την αισθητηριακή παρατήρηση μπορεί να υπάρξει συστηματική γνώση της φύσης, αλλά μόνο με τη λογική μπορεί να αντιληφθεί ο άνθρωπος τις αιώνιες αλήθειες¹⁴. Με τις γενικά παραδεκτές απόψεις ως αφετηρία των συλλογισμών του και τη χρήση της λογικής, ο Σταγειρίτης συμπέρανε ότι για τα πάντα στη φύση υπάρχει κάποιος σκοπός («τέλος», *Πολιτικά* i.1256b20-22). Κατά συνέπεια, θεώρησε τους ανθρώπους με σωματική και πνευματική αναπηρία ως ατυχήματα της φύσης και αποδέχθηκε τις απόψεις του Πλάτωνα περί ευγονίας και περί ευθανασίας των ανάπηρων παιδιών (*Πολιτικά* vii.1335b19-21).

Ο Αριστοτέλης δεχόταν την κοινή πεποίθηση της εποχής του ότι η γυναίκα είναι κατά φύση υποδεέστερη του άνδρα («τὸ ἄρρεν πρὸς τὸ θήλυ φύσει τὸ μὲν κρείτ-

6. MACURDY (1910), 68-69.

7. FORTI (2006), 9-32.

8. FORTI (2006), 14-15 (A. ROSENBERG. *Der Mythos des XX: Jahrhundert*, 1930; A. ROSENBERG. *Gestalten der Idee*, 1936).

9. FORTI (2006), 17-20, 30 (H.K.F. GÜNTHER. *Platon als Hüter des Lebens*, 1928).

10. FORTI (2006), 18, 29-30 (A. HITLER. *Mein Kampf* 1925; H.K.F. GÜNTHER. *Platon als Hüter des Lebens*, 1928).

11. FORTI (2006), 16, 25 (J. BANNES. *Hitlers Kampf und Platons Staat*, 1933; A. GABLER. *Platon und der Führer*, 1934; W. JAEGER. *Paideia. Die Formung des griechischen Menschen*, 1934).

12. BACHRACH (2004), 417-420.

13. EKBERG (2007), 581-585.

14. ΚΑΛΦΑΣ, ΖΩΓΡΑΦΙΔΗΣ (2006), 136-156· YAPIJAKIS (2017), 43-44.

τον *τὸ δὲ χεῖρον*» Πολιτικά i.1254b14) και χαρακτηρίζει το θηλυκό άτομο σαν «ανάπηρο αρσενικό» (*Περὶ ζῳῶν γενέσεως* B737a28-29). Αυτή η πεποίθηση τον οδήγησε να καταγράψει τη «λογική» άποψη ότι οι γυναίκες έχουν λιγότερα δόντια από τους άνδρες (*Τῶν περὶ τὰ ζῳα ἱστοριῶν* A501b), ένα λάθος που θα μπορούσε να αποφεύγει εύκολα με αντικειμενική παρατήρηση.

Με «λογικούς» συνειρμούς ο Σταγειρίτης κατέληξε στο συμπέρασμα πως μόνο ο άνδρας συνεισφέρει το κληρονομικό υλικό, ενώ η γυναίκα απλώς προσφέρει το κατάλληλο περιβάλλον για να αναπτυχθεί ένα έμβρυο, κατ'αντιστοιχία με το σπόρο και το χωράφι: «Εφόσον λοιπόν το αρσενικό είναι ο κινητικός και ποιητικός (παράγοντας του εμβρύου), το δε θηλυκό ως θηλυκό είναι παθητικό, θα μπορούσε να συμβάλει στο σπέρμα του άρρενος όχι με σπέρμα αλλά με ύλη, πράγμα και το οποίο φαίνεται να συμβαίνει» (*Περὶ ζῳῶν γενέσεως* A729a28-32). Όπως φαίνεται σε διάφορα σημεία του *Περὶ ζῳῶν γενέσεως*¹⁵, ο φιλόσοφος πίστευε πως το ανδρικό σπέρμα είναι περίττωμα της χρήσιμης τροφής (A725a1-14), ανάλογο του αίματος (A726b2-5) και ότι έχει άυλη δυνητική γεννητική δύναμη (A726b15-22). Παράλληλα, ο Αριστοτέλης πίστευε ότι τα γυναικεία έμμηνα είναι επίσης περίττωμα της χρήσιμης τροφής (A727a3-5) που παρέχουν την ύλη στην οποία επιδρά το ανδρικό γεννητικό υλικό (A729a28-32), ενώ υποστήριζε «λογικά» πως η έμμηνος ρύση είναι απόδειξη πως στα θηλυκά δεν υπάρχει σπόρος, αφού δεν θα μπορούσαν να έχουν δύο γεννητικές εκκρίσεις (A727a27-30).

Όσον αφορά τα κληρονομικά χαρακτηριστικά, ο Σταγειρίτης θεωρούσε ότι αυτά ενυπάρχουν δυνητικά («έν δυνάμει») στο ανδρικό σπέρμα, αλλά εάν δεν εκδηλωθούν αυτές οι τάσεις («έν ενεργεία») τότε κατ'ανάγκη εκδηλώνονται οι αντίθετες τάσεις και το τέκνο δεν μοιάζει στον πατέρα, αλλά είτε μοιάζει στη μητέρα είτε δεν μοιάζει σε κανέναν από τους δύο γονείς (Δ768a2-22). Κατά τον Αριστοτέλη, η κατάλυση των κληρονομικών δυνάμεων του ανδρικού σπέρματος οφείλεται είτε στην ανωριμότητα είτε στην αδυναμία μεταβολής είτε στην ποσότητα είτε στην ψυχρότητα, «όπως κατά ανάλογο τρόπο αυξάνονται ανομοιόμορφα τα μέλη των αθλητών λόγω πολυφαγίας και ανισότιμης κατανομής της τροφής» (Δ768b16-34).

15. ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ *Περὶ ζῳῶν γενέσεως*, σποράδην.

Η πλατωνικής προέλευσης θεολογική άποψη ότι «ο άνδρας γεννά, η δε γυναίκα τίκτει» επηρέασε ακόμη και την ονομασία «Θεοτόκος» για τη μητέρα του Ιησού. Ο εκχριστιανισμός των αριστοτελικών άποψεων από τον Θωμά Ακινάτη και τους Σχολαστικούς θεολόγους στο τέλος του Μεσαίωνα δεν μετέβαλε καθόλου αυτή τη θεολογική θέση, καθώς ο Αριστοτέλης συμφωνούσε σε αυτό το σημείο με τον Πλάτωνα¹⁶.

Κληρονομικότητα και Επίκουρος

Ο Επίκουρος ο Αθηναίος (341-270 π.Χ.), ο ιδρυτής της Σχολής του Κήπου, ήταν ο πρώτος εμπειριστής και φυσιοκράτης φιλόσοφος που δέχθηκε ως αληθές μόνο ό,τι μπορεί να παρατηρηθεί με τις αισθήσεις. Ο Αθηναίος φιλόσοφος επέλεξε την αμερόληπτη παρατήρηση της φύσης, υποστηρίζοντας ότι μόνο με αυτόν τον τρόπο ο άνθρωπος θα μπορούσε να είναι φωτισμένος και απαλλαγμένος από παράλογους φόβους, προκειμένου να επιτύχει την αταραξία και την ευδαιμονία. Αποδέχθηκε την ατομική θεωρία ως τη μόνη συμβατή με την παρατήρηση των φαινομένων¹⁷. Σε αντίθεση με τον Δημόκριτο, ο οποίος δεν δεχόταν τη μαρτυρία των αισθήσεων και είχε μία νοητική προσέγγιση της ατομικής φυσικής, ο Επίκουρος διατύπωσε την άποψη ότι από την οργάνωση των αιώνων και αμετάβλητων ατόμων σε συσσωματώματα με κάποια διάρκεια ζωής (μόρια) αναδύονται νέες παρατηρήσιμες ιδιότητες, που δεν έχουν τα μεμονωμένα άτομα (*Πρὸς Ἡρόδοτον Ἐπιστολή*, Δ.Λ. X 54)¹⁸. Όσον αφορά τις ιδιότητες ενός ανθρώπου, αυτές θα μπορούσαν να εκδηλωθούν μόνο στο συνολικό σώμα του και να είναι είτε μόνιμες («συμβεβηκότα»), όπως το χρώμα των ματιών, όταν οφείλονται σε σταθερές δομές των σωματικών ατόμων, είτε παροδικές («συμπτόματα»), όπως οι αισθητηριακές αντιλήψεις και οι ψυχικές διαθέσεις, όταν οφείλονται σε κινήσεις των λεπτότατων ατόμων της ψυχής (*Πρὸς Ἡρόδοτον Ἐπιστολή*, Δ.Λ. X 64, 68-71). Κατά τον Αθηναίο φιλόσοφο, το σπέρμα όλων αυτών των ιδιοτήτων προέρχεται από όλο το υλικό ψυχοσωματικό άθροισμα (*Πρὸς Ἡρόδοτον Ἐπιστολή*, Δ.Λ. X 66).

Σε αντίθεση με τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη που

16. HOROWITZ (1976), 183-185.

17. ΚΑΛΦΑΣ, ΖΩΓΡΑΦΙΔΗΣ (2006), 173-192· ΥΑΡΙΔΑΚΗΣ (2017), 45-47.

18. Περιλαμβάνεται στο έργο του ΔΙΟΓΕΝΗ ΛΑΕΡΤΙΟΥ *Βίοι Φιλοσόφων* (Δ.Λ.) X 35-83.

δίδασκαν αριστοκράτες άνδρες, ο Επίκουρος δεχόταν ως μαθητές του στον Κήπο άνδρες και γυναίκες όλων των κοινωνικών τάξεων, ελεύθερους και δούλους, ενήλικες, γέροντες και παιδιά¹⁹. Αυτό το γεγονός επέτρεψε την παρατήρηση διαφόρων οικογενειών, οπότε ο Επίκουρος αντιλήφθηκε την ισότιμη συνεισφορά του γενετικού υλικού των δύο φύλων στα παιδιά, καθώς και ότι τα βιολογικά χαρακτηριστικά κληρονομούνται με επικρατητικό, υπολειπόμενο ή ισοεπικρατητικό τρόπο. Σε αυτό το θέμα, είναι αδιάψευστη η μαρτυρία του Ρωμαίου επικούρειου φιλοσόφου Λουκρήτιου (με τον ποιητικό συμβολισμό της ερωτικής πράξης ως θεάς Αφροδίτης): «Καθώς σμίγουν τα σπέρματα, αν τύχει να υπερισχύσει η γυναικεία δύναμη και υποτάξει την ανδρική, τότε τα παιδιά γεννιούνται από το μητρικό σπέρμα και μοιάζουν στις μανάδες τους. Ενώ όσα γεννιούνται από σπέρμα πατρικό μοιάζουν των πατεράδων. Μα εκείνα που βλέπεις να μοιάζουν και στους δυο γονιούς και συνδυάζουν τα χαρακτηριστικά τους, πλάστηκαν από το σώμα του πατέρα και το αίμα της μάνας τους όταν τα σπέρματά τους κίνησε η Αφροδίτη με τα κεντρίσματά της και τα έσμιξε με αμοιβαίο πάθος και δεν νικήθηκε και μήτε νίκησε το σπέρμα κανενός από τους δύο. Άλλοτε πάλι τα παιδιά παίρνουν από τους παππούδες, συχνά όμως θυμίζουν και τους προπαππούδες, γιατί στο σώμα των γονιών κρύβονται άτομα που έχουν αναμιχθεί εκεί με χίλιους δυο τρόπους, άτομα που ξεπήδησαν από την αρχική ρίζα και μεταβιβάζονται από γονιό σε γονιό. Κι απ' αυτά η Αφροδίτη πλάθει στην τύχη ποικίλα γνωρίσματα και αναπαράγει φωνές και όψεις και μαλλιά των προγόνων - γιατί όλα τούτα, όπως και τα πρόσωπα και το παράστημα και τα μέλη του σώματός μας, προκύπτουν από συγκεκριμένα σπέρματα. Από το σπέρμα του πατέρα γεννιούνται και τα κορίτσια, όπως από το σώμα της μάνας γεννιούνται κι έρχονται στο φως αρσενικά παιδιά. Γιατί πάντα από διπλό σπέρμα γεννιέται ένα παιδί, και σ' όποιον γονιό μοιάζει πιο πολύ, απ' αυτόν πήρε και περισσότερο. Θα το προσέξεις κι εσύ, είτε αρσενικό είναι το παιδί είτε θηλυκό»²⁰ (*De rerum natura* IV 1209-1232).

Ο χιλιόχρονος Μεσαίωνας καταδίκασε στη λήθη τη φιλοσοφία του Επίκουρου, αλλά η ανακάλυψη του επι-

κούρειου ποιήματος του Λουκρήτιου την περίοδο της Αναγέννησης (το 1417) επηρέασε πολλούς φιλοσόφους και πρώιμους επιστήμονες οδηγώντας στην επικράτηση του Εμπειρισμού, στην εμφάνιση του Διαφωτισμού και στην εδραίωση της Επιστήμης²¹. Ο πρώιμος χημικός Ρόμπερτ Μπούλ το 1660 αναγνώρισε ως επικούρειες τις απόψεις του βασικού νόμου της διατήρησης της ύλης και της ανάδυσης νέων ιδιοτήτων σε ένα μόριο ανάλογα με την ατομική του δομή²². Πολλοί καλλιεργημένοι γενετιστές, όπως ο διάσημος Τζον Χαλντέιν το 1954²³, αντιλήφθηκαν πως οι Επικούρειοι γνώριζαν τον ανεξάρτητο διαχωρισμό και τον ανεξάρτητο συνδυασμό των κληρονομικών χαρακτήρων περισσότερο από δύο χιλιετίες πριν από τη διατύπωση των νόμων της Γενετικής από τον Μέντελ.

Συμπεράσματα

Οι Έλληνες φιλόσοφοι ακολούθησαν διαφορετικές προσεγγίσεις για την κληρονομικότητα, είτε νοησιαρχικές (διαλεκτική ο Πλάτων, λογική ο Αριστοτέλης) είτε εμπειρικές (παρατήρηση ο Επίκουρος), καταλήγοντας σε διαφορετικά συμπεράσματα. Οι λανθασμένες υποκειμενικές απόψεις περί κληρονομικότητας του Πλάτωνα και του Αριστοτέλη επιβίωσαν για ιδεολογικούς λόγους μετά τον Μεσαίωνα και τον Διαφωτισμό προκαλώντας δυστυχία σε εκατομμύρια ανθρώπους. Η αντικειμενική φυσιοκρατική προσέγγιση, που ακολούθησε ο Επίκουρος, του επέτρεψε να παρατηρήσει πολύ πρώιμα αυτά που ανακάλυψε τους τελευταίους δύο αιώνες η επιστημονική έρευνα.

Ο δυϊσμός του Πλάτωνα έχει εισαχθεί στα πανεπιστημιακά προγράμματα σπουδών και οι Επιστήμες έχουν διαιρεθεί σε Ανθρωπιστικές και Θετικές, σαν να είναι οι πρώτες «Αρνητικές» και οι δεύτερες «Απάνθρωπες». Το αποτέλεσμα είναι η παραγωγή πτυχιούχων Ανθρωπιστικών Σπουδών χωρίς επιστημονική γνώση και επιστημόνων χωρίς φιλοσοφική παιδεία. Κατά συνέπεια, δεν αναπτύσσεται η ικανότητα της κριτικής αξιολόγησης των φιλοσοφικών προσεγγίσεων βάσει των επιστημονικών παρατηρήσεων, ώστε να γίνει εκτίμηση της σχέσης τους με την πραγματικότητα, όπως συμβαίνει με κάθε επιστημονική υπόθεση.

19. ΚΑΛΦΑΣ, ΖΩΓΡΑΦΙΔΗΣ (2006), 177· ΓΙΑΠΙΤΖΑΚΗΣ (2014), 32-34.

20. ΛΟΥΚΡΗΤΙΟΣ *De rerum natura* («Περί της φύσεως των πραγμάτων», Μετάφραση ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ-ΧΑΜΕΤΗ), 324-326.

21. WILSON (2008), 1-38· YAPIJAKIS (2017), 55-56.

22. BOYLE (2000), vol. 13, 227· YAPIJAKIS (2017), 48.

23. HALDANE (1954)· YAPIJAKIS (2017), 52.

Σε μια εποχή κοινωνικοοικονομικής κρίσης, θρησκευτικού φανατισμού και περιβαλλοντικών κινδύνων η ανάδειξη της ανθρωπιστικής διάστασης της Επιστήμης μοιάζει να είναι η μόνη λύση. ■

Πηγές

- ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ, *Περί ζώων γενέσεως* (Μετάφραση Κ. Μητρόπουλος), Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός, Αθήνα, 1975.
- ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ, *Πολιτικά* (Μετάφραση Π. Λεκατσάς), Εκδόσεις Ζαχαρόπουλος, Αθήνα, 1975.
- ΔΙΟΓΕΝΗΣ ΛΑΕΡΤΙΟΣ, *Βίοι Φιλοσόφων*, Εκδόσεις Γεωργιάδης, Αθήνα, 2003.
- ΙΩΑΝΝΗΣ *Τὸ κατὰ Ἰωάννην Εὐαγγέλιον* (Καινή Διαθήκη), Αποστολική Διακονία της Εκκλησίας της Ελλάδος, Αθήνα, 2005.
- ΛΟΥΚΡΗΤΙΟΣ, *Για τη Φύση των Πραγμάτων* (Μετάφραση Θ. Αντωνιάδης-Ρ. Χαμέτη). Εκδόσεις Θύραθεν, Θεσσαλονίκη, 2005.
- ΠΛΑΤΩΝ, *Πολιτεία* (Μετάφραση Ι.Ν. Γρυπάρης). Εκδόσεις Μάτι, Κατερίνη, 2004.
- ΠΛΑΤΩΝ, *Πολιτικός ή Περί της Βασιλείας* (Μετάφραση Φιλολογική Ομάδα Κάκτου). Εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα, 1993.
- ΦΙΛΩΝ, *Άπαντα (Πέμπτος Τόμος): Περί Γεωργίας - Περί Φυτουργίας - Νόε - Περί Μέθης* (Μετάφραση Φιλολογική Ομάδα Κάκτου). Εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα, 2003.

Platonic, Aristotelian and Epicurean points of view regarding Genetics

Christos Yapijakis

The study refers to the views of the great Greek philosophers Plato, Aristotle and Epicurus, who used a different method of approaching inheritance, either intellectualistic (dialectical, logical) or empirical (observation). Plato used dialectics and didactic myths to support the elitist selection of couples with "good" characteristics for child-bearing ("eugenics"), the sterilization of people with "bad" characteristics and the euthanasia of people with physical and mental illness. The implementation of Platonic ideas in Nazi Germany resulted in renaming the science of heredity from Eugenics to Genetics after the Second World War. Aristotle believed that with observation a systematic knowledge of nature was feasible, but only by

reason man could perceive eternal truths. He concluded logically that hereditary material is only contributed by a man, while a woman simply offers the right environment for fetal development, like the seed and the field, correspondingly. Epicurus was the first empiricist philosopher, who accepted as true only what can be observed by the senses. By observation of various families, the philosopher was able to perceive the equal contribution of genetic material of the two genders to offspring, as well as that biological features are inherited in a dominant, recessive or co-dominant manner. After two millennia, the discovery of the laws of Genetics by scientific research confirmed the views of Epicurus.

KEY WORDS: Philosophy; Politics; Theology; Science; Plato; Eugenics; Aristotle; Logic; Epicurus; Empiricism; Enlightenment; Humanism

REFERENCES

- S. BACHRACH, "In the name of public health - Nazi racial hygiene", *New England Journal of Medicine*, 351 (2004), 417-420.
- R. BOYLE, *Works* (Edited by M. Hunter), 14 volumes, Pickering and Chatto, London, 2000.
- Χ. ΓΙΑΠΙΤΖΑΚΗΣ. *Επικουρείων Δόξαι: Η τέχνη της ευδαιμονίας* (4η έκδοση), Εκδόσεις Θύραθεν, Θεσσαλονίκη, 2017.
- M. EKBERG, "The Old Eugenics and the New Genetics Compared", *Social History of Medicine*, 20 (2007), 581-593.
- S. FORTI, "The Biopolitics of Souls: Racism, Nazism, and Plato", *Political Theory* 34 (2006), 9-32.
- J.B.S. HALDANE, "Closing Address at Symposium on Genetics of Population Structure". *International Union of Biological Sciences*, B15 (1954), 139-141.
- M.C. HOROWITZ, "Aristotle and Woman". *Journal of the History of Biology*, 9 (1976), 183-213.
- Β. ΚΑΛΦΑΣ, "Ο μύθος του Ηρός και η πλατωνική Πολιτεία", *Υπόμνημα στη Φιλοσοφία*, Δεκέμβριος 2004.
- Β. ΚΑΛΦΑΣ, Γ. ΖΩΓΡΑΦΙΔΗΣ, *Αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι*, Εκδόσεις Ινστιτούτου Νεοελληνικών Σπουδών, Αθήνα, 2006.
- A. LOUTH, *The Origins of the Christian Mystical Tradition*, Oxford University Press, 2007.
- G.H. MACURDY, "Traces of the influence of Plato's eschatological myths in parts of the Book of Revelation and the Book of Enoch", *Transactions and Proceedings of the American Philological Association*, 41 (1910), 65-70.
- C. WILSON, *Epicureanism at the Origins of Modernity*. Oxford University Press, Oxford, 2008.
- C. ΥΑΡΙΪΑΚΙΣ, "Ancestral Concepts of Human Genetics and Molecular Medicine in Epicurean Philosophy", στο H.I. PETERMANN, P. HARPER, S. DOETZ (eds), *History of Human Genetics*, Springer International Publishing, Cham, 2017.

Η Ερμηνεία της νόσου: Μέρος I

(Από τη θεοκρατία στη φιλοσοφία και τα ιπποκρατικά κείμενα)*

Γ. Παπαδάκης, Ε. Παπαδάκη**

Ιατροί

Το άρθρο ιστορικής ανασκόπησης δημοσιεύεται σε δύο Τεύχη. Το παρόν Τεύχος περιλαμβάνει τη θεοκρατική και φιλοσοφική Ιατρική, ενώ το επόμενο θα περιλαμβάνει την ιπποκρατική Ιατρική.

** Το βιογραφικό σημείωμα των συγγραφέων δημοσιεύεται στο επόμενο Τεύχος στο τέλος της ανασκόπησης

Εισαγωγή

Η ερμηνεία της νόσου (interpretation)¹ περιλαμβάνει: α) την αιτιολογία της (etiology), β) την παθογένεση ή παθογένειά της (*pathogenesis or pathogenicity*)² και γ) την

1. Ο όρος «ερμηνεία» (*interpretation*) σημαίνει την απόδοση της ουσίας που αντιπροσωπεύει μια λέξη ή ένα κείμενο, την ακριβή σημασία ή σπουδαιότητά τους. Ο παρεμφερής όρος «εξήγηση» (*explanation*) αναφέρεται στη μετάφραση κειμένου ή την έκθεση του τρόπου που κάτι συνέβη ή λειτουργεί. Η ερμηνεία, δηλαδή, υπονοεί κάτι περισσότερο από την απλή εξήγηση: την ανεύρεση κρυμμένων νοημάτων («αποσαφήνιση εννοίας λόγου κεκρυμμένης ή σκοτεινής») ή «την ανάδειξη των παραγόντων, που συντελούν στη διαμόρφωση συγκεκριμένου αποτελέσματος». (Λεξ. Μπαμπινιώτη, Δημητράκου). Η απόδοση π.χ. του Ευαγγελίου στη νεοελληνική (ή ξένη) γλώσσα είναι «εξήγηση», η αναζήτηση των νοημάτων του, «ερμηνεία».

2. Οι όροι παθογένεση – παθογένεια χρησιμοποιούνται συχνά χωρίς διάκριση. Ειδικότερα, ο πρώτος αναφέρεται περισσότερο στα κυτταρικά γεγονότα (*cellular events*) και τους μηχανισμούς εξέλιξης της νόσου, ενώ ο δεύτερος υποδηλώνει την ικανότητα προκλήσεώς της από μικροοργανισμό λόγω ανατροπής της μεταξύ αυτού και του ξενιστού ισορροπίας (*Dorland's Medical Dictionary*). Διαφορετικά αίτια μπορούν να οδηγήσουν σε παρόμοια παθογένεια. Στην περίπτωση π.χ. της πανδημίας γρίπης του 1918, το οξύ αναπνευστικό σύνδρομο δυσπνοίας, κυανώσεως απεδόθη, κατ' αρχάς, στην πανώλη, ενώ επρόκειτο περί ενός εκ των μηχανισμών δράσεως του μυξοϊού της γρίπης, ο οποίος ανεκαλύφθη, τελικώς, το 1933 από τους Smith, Andrewes και Laidlaw.

παθολογία της (*pathology*)³. Ο πρώτος από τους τρεις αυτούς όρους αναφέρεται στο σύνολο των εξωγενών ή/και ενδογενών παραγόντων που, με την παρουσία και δράση τους (σπανιότερα με την απουσία τους), «πυροδοτούν» την έναρξη της νοσηρής διεργασίας και συντηρούν την εξέλιξή της, ως τη φυσική της έκβαση (ίση, αναπηρία, θάνατος). Ο δεύτερος αναφέρεται «εις τον τρόπον καθ' ον τα παθογόνα αίτια προκαλούσι τας νοσηράς εκδηλώσεις», δηλαδή στην πορεία και τους μηχανισμούς μέσω των οποίων η νόσος εκφάνεται (διά των συμπτωμάτων και σημείων της) ώστε να γίνει αντιληπτή από τον άρρωστο ή/και τον γιατρό. Ο τρίτος καταγράφει τις οργανικές, ιστικές ή κυτταρικές μεταβολές που προκαλούνται από τη νόσο, ως ίδιο (παθογνωμονικό) ή κοινό (με άλλες νόσους) χαρακτηριστικό, και αντιστοιχούν στις δομικές (κυρίως) και λειτουργικές παραμέτρους της αναφέρεται, επομένως, στην παθολογοανατομία και παθοφυσιολογία της. Ο μηνιγγιτιδόκοκκος (*Neisseria meningitidis*), λόγου χάριν, είναι ένα από τα αίτια της οξείας μικροβιακής μηνιγγίτιδας (αιτιολογία). Παθογένεια της νόσου είναι: ηυξημένη τοξικότητα (*virulence, toxicity*) του μικροβίου ή ανοσολογική υπέρρηση του ξενιστού → αιματογενής διασπορά του από το ρινοφάρυγγα όπου, συνήθως, «φιλοξενείται» → επινεμία των μηνίγγων → φλεγμονή (υπεραιμία, οίδημα,

3. Στην ελληνική ορολογία, «παθολογία», πέραν της κυριολεξίας (ο περί πάθους - νόσου λόγος), σημαίνει και την εξειδίκευση στην αντιμετώπιση των εσωτερικών νόσων (εσωτερική παθολογία – *internal medicine*). Κυριότερα πεδία της είναι: κλινική, ανατομική, συγκριτική και χειρουργική. Στην αγγλοσαξονική ο όρος αναφέρεται στην παθολογική, δομική (κυρίως) και λειτουργική εικόνα εκ της νόσου σε επίπεδο οργάνου, ιστού ή κυττάρου.

εξίδρωμα) → αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσεως → κλινικές συνέπειες των προηγούμενων (πυρετός, έμετοι, κεφαλαλγία κ.λπ.). Η «παθολογία» θα διαπιστώσει διηθήσεις του τοιχώματος των εγκεφαλικών αγγείων από πολυπύρηννα κύτταρα, πυώδες εξίδρωμα, αιμορραγία, θρομβοεμβολή, νέκρωση, απόστημα, διαζευκτικώς ή αθροιστικώς. Παραδείγματα νόσων με αρνητική αφετηρία είναι τα ορμονικά, ενζυμικά ή γονιδιακά ελλείμματα.

Παρότι συναφής προς την ερμηνεία όρος, η διάγνωση (diagnosis) διαφέρει. Η ταυτοποίηση και ονοματοθεσία της νόσου από τον γιατρό, η τοπογραφία της, η αποτίμηση της σοβαρότητας και η εικαζόμενη εξέλιξη και πρόγνωση της είναι το περιεχόμενο της διαγνώσεως. Η ευρεία και κατά βάθος έρευνα επί των αιτιών, μηχανισμών και συνθηκών υπό τις οποίες αυτή ανεπτύχθη, είναι το περιεχόμενο της ερμηνείας. Ο ασθενής, π.χ., που προσέρχεται με οξύ, συσφιγκτικό, προκάρδιο άλγος «δι-αγιγνώσκειται» ως πάσχων από έμφραγμα του μυοκαρδίου, του οποίου άμεσο προηγούμενο αίτιο είναι, κατά κανόνα, η αθηρωματώδης εκφύλιση των στεφανιαίων αρτηριών. Η ερμηνεία της νόσου ανατρέχει όχι μόνο στο εν λόγω προηγούμενο, αλλά και στους προδιαθεσικούς για την ανάπτυξή του παράγοντες, κληρονομικούς και περιβαλλοντικούς (οικογενής εμφάνιση, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιποπρωτεϊναιμία, υπέρταση, κάπνισμα), στο ιστορικό, στις συνθήκες και τον τρόπο ζωής του ασθενούς. Ενώ δηλαδή η διάγνωση αφορά στον συγκεκριμένο άρρωστο και την αρρώστια του (της οποίας και καθορίζει τη θεραπεία), η ερμηνεία αναφέρεται περισσότερο και με γενικότερο τρόπο στην αρρώστια (της οποίας και καθορίζει την πρόληψη). Όπως είναι ευνόητο, η δυνατότητα των γιατρών να ερμηνεύσουν τη νόσο εξαρτάται από το επίπεδο εξελίξεως των βασικών επιστημών που συγκροτούν την Ιατρική (ανατομίας, φυσιολογίας, βιολογίας, φυσικής, χημείας κ.ά.) και, επομένως, από την ιστορική περίοδο στην οποία αναφερόμαστε.

Θεοκρατική Ιατρική

Από τις τρεις συνιστώσες της ερμηνείας, το ενδιαφέρον του αρχαίου ανθρώπου διήγειρε πρώτη η αιτιολογία. Η φυσική απέχθεια και ο φόβος προς τη νόσο ήταν φυσικό να αναζητήσουν την ταχεία αποκάλυψη του αιτίου της. Για μερικές από τις αρρώστιες το αίτιο ήταν προφανές και μπορούσε εύκολα να επιβεβαιωθεί με την

παρατήρηση-δοκιμασία της επαναλήψεως. Όταν η νόσος ακολουθούσε, και μάλιστα συχνά, κάποιο συμβάν ή συνθήκη, δεν ήταν δύσκολο αυτά να εκληφθούν ως αίτια της παραδείγματα, οι παντός είδους κακώσεις, τα δήγματα αγρίων ζώων και όφειων, η υπερβολική έκθεση στον ήλιο ή το κρύο, η κεραυνοπληξία, η κατάχρηση τροφής ή οινοπνεύματος κ.ά. Για τις λεγόμενες όμως «εσωτερικές νόσους» (καταστάσεις δηλαδή με βαθμιαία ή αιφνιδια απομείωση του σθένους και της ρώμης⁴ του ασθενούς χωρίς προφανή λόγο) και, ιδίως, για την εκδήλωση σε περιορισμένο χρόνο περισσοτέρων κρουσμάτων της ίδιας νόσου στην κοινότητα και την περιοχή της (επιδημίες), η επίκληση του υπερφυσικού (supernatural) ή παραφυσικού (paranatural), δηλαδή των θεών, των δαιμόνων, των μάντεων και των μάγων, ήταν αναπόφευκτη. Η αιτία της αρρώστιας δεν μπορούσε παρά να είναι ίδια με την αιτία των άλλων -θείας προελεύσεως επίσης- φυσικών φαινομένων (σεισμού, κατακλυσμού, βροντής, κεραυνού κ.λπ.). Την περίοδο αυτή της Ιατρικής, που ονομάζομε «θεοκρατική», οι παθογενετικοί μηχανισμοί παρέμεναν, βεβαίως, άγνωστοι. Ο Θεός, που «έστελνε» την αρρώστια για να δοκιμάσει ή να τιμωρήσει τον πιστό (ή τους πιστούς), καθόριζε και το είδος, την εξέλιξη, την καλή ή κακή έκβασή της. Όσο για τα παθολογοανατομικά επακόλουθα, οι όποιες γνώσεις προέλευση είχαν τις ανατομικές παρατηρήσεις επί βαρέων -πολεμικών συνήθως-τραυμάτων, τις εσωτερικές νόσους με εξωτερίκευση εξανθημάτων, ογκοειδών μορφωμάτων ή νεκρώσεων και τις αναλογικές παρατηρήσεις επί ζώων.

Όλοι οι μεγάλοι πολιτισμοί (Μεσοποταμία, Παλαιστίνη, Αίγυπτος, Ινδία, Κίνα, Ελλάδα) είχαν τους γιατρούς, τους «φαρμακούς» (μάγους), τους μάντεις και τους ιερείς για να μεταφέρουν στο λαό τις επιθυμίες των θεών και να θεραπεύουν τις αρρώστιες του. Έξι χιλιάδες χρό-

4. Η λέξη «σθένος» (ρ. σθενόω-ώ) υποδηλώνει τη σωματική, κυρίως όμως την ηθική δύναμη, το θάρρος, την ευψυχία· η λέξη «ρώμη» (ρ. ρώννυμι, ρωννύω), τη σωματική δύναμη, ευρωστία. Στην περίπτωση της αρ-ρώστιας/α-σθένειας, όλες οι παραπάνω παράμετροι συμμετέχουν σε διαφορετικές, κατά περίπτωση, αναλογίες και οι δύο όροι ταυτίζονται. Η λέξη «νόσος» προέρχεται από το ρήμα «νοσώ και νοσάζω, νοσάζομαι» = είμαι και ασθενής και άρρωστος.

να π.Χ. οι γιατροί αυτοί τρυπούν το ανθρώπινο κρανίο (τρυπανισμός, trepanation) για να διευκολύνουν την έξοδο των δαιμονίων που βασανίζουν τον άρρωστο με τις κρίσεις της επιληψίας, την αφόρητη ημικρανία ή την παρανοϊκή συμπεριφορά που προκαλούν. Αργότερα, παρατηρήσεις σχετικές με τη λειτουργία του ανθρωπίνου σώματος και τη συμμετοχή ορισμένων παραγόντων στη γένεση της νόσου προδίδουν μεν οξύνουα και τόλμη, κανείς όμως δεν αμφισβητεί, τελικώς, την πρωτοκαθεδρία της θείας βουλήσεως. Οι γιατροί της Μεσοποταμίας (Ασσύριοι, Σουμέριοι, Βαβυλώνιοι) ερμηνεύουν τις αρρώστιες με βάση τα όνειρα του ασθενούς και τη δράση των δαιμόνων που καθιστούν ακάθαρτο το περιβάλλον. Εντυπωσιάζονται από τη σύσταση, το χρώμα, ακόμη και τη γεύση εκκριμάτων (ούρων, κοπράνων, πύου), υμνούν όμως τη θεά Ninisinna (περί το 1750 π.Χ.), αποδίδουν τις αρρώστιες στα κακά πνεύματα και συνιστούν τους εξορκισμούς για θεραπεία. Η προσευχή, τα τάματα και οι θυσίες εμπλέκονται στην προσπάθεια κατευνασμού του Θεού ή κατανικήσεως του δαίμονα. Τέσσερις χιλιάδες χρόνια π.Χ. Σουμέριοι γιατροί σχολιάζουν για πρώτη φορά, σε πλάκες, την εμφάνιση των ούρων ασθενούς ενώ σανσκριτικά κείμενα περιγράφουν περισσότερους από 20 τύπους των. Γενικώς, η παρατήρηση των σωματικών εκκριμάτων εθεωρήθη από τη βαθιά αρχαιότητα αξιόπιστος τρόπος ελέγχου των συμβαινόντων εντός του σώματος.

Πιο τυχεροί υπήρξαν οι Αιγύπτιοι συνάδελφοί τους. Η αιγυπτιακή Ιατρική ξεκίνησε περισσότερο από 3000 χρόνια π.Χ. και παρέμεινε η ίδια ως τον 6ο π.Χ. αιώνα επηρεάζοντας και την ελληνική. Η ταρίχευση των νεκρών έδιδε την ευκαιρία μελέτης του ανθρωπίνου σώματος και διακρίσεως των οργάνων του, καθώς και των δικτυακών συστημάτων (κυκλοφορικού, νευρικού) που απλώνονταν παντού. Στους ιατρικούς αιγυπτιακούς παπύρους (Ebers, 1550 ίσως και 3400 π.Χ., Kahun 1800, Chester-Beattyk 1200, Edwin Smith 1500 ίσως και 3000 κ.ά.) υπάρχουν καταγραφές νόσων αναφερόμενες στα συμπτώματα, στη διάγνωση, στην πρόγνωση και τη θεραπεία με σαφείς προσμίξεις δαιμονοληψίας. Από τις πρωιμότερες καταγραφές καρκίνου είναι 8 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στον πάπυρο Edwin, όπου μάλιστα περιγράφεται και η θεραπεία με καυτηρίαση. Από τους ίδιους παπύρους πληροφορούμαστε ότι η Ιατρική ήταν κάπως διεθνοποιημένη, με συχνές μετακινήσεις

γιατρών -που συνεχίστηκαν και στην περίοδο της ελληνικής Ιατρικής (περιοδευτές γιατροί)- και ανάπτυξη ιατρικών ειδικοτήτων, όπως οφθαλμολογίας (προφανώς εξ αφορμής του τραχώματος), παθολογίας και χειρουργικής. Πάντως, η υψηλή εποπτεία στα υγειονομικά ζητήματα ανήκε στο θεό Ιμούθη (Imouthes ή Imhotep, 2500 π.Χ.) και η κρατούσα τάση ήταν προς το πρακτικό και όχι θεωρητικό σκέλος της Ιατρικής. Η κακοβουλία του δαίμονα μετέφερε στον άρρωστο το κακό πνεύμα, προκαλούσε την αρρώστια και αυτήν καλούνταν να αντιμετωπίσουν οι μαγικές τελετές, τα φυλακτά και οι εξορκισμοί. Αν αυτά αποτύγχαναν, σειρά είχαν τα φάρμακα-βότανα. Ο μάγος και ο ιερέας ήταν εύκολο να μετεξελιχθούν σε γιατρούς που δοκίμαζαν την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων τους.

Στην περίπτωση της χειρουργικής, η άμεση, συνήθως, γνώση των αιτίων (τραύματα) και των συνεπειών τους επέτρεπε μεγαλύτερη ανεξαρτησία και απεμάκρυνε, κάπως, τις μαγικές ερμηνείες. Οι καρδιακοί τόνοι και ο σφυγμός έδειχναν, στους Αιγύπτιους γιατρούς, την καρδιά ως μια κινητήρια μηχανή, που όμως ήταν άγνωστο τι ακριβώς διακινούσε (αίμα, αέρα, νερό, βλέννα). Η αντιστοιχία μεταξύ κρανιακών τραυμάτων και κινητικών διαταραχών στα άκρα έδειχνε επίσης κάποια σχέση ανάμεσα σε τοπογραφικώς άσχετα όργανα, ενώ «κάτι» φαινόταν να συνδέει τους μαστούς με τη μήτρα των γυναικών. Στον πάπυρο των Chester-Beattyk αναφέρεται ότι τις αρρώστιες προκαλεί η συγκέντρωση υγρών και η σήψη στα έντερα, αλλά τέτοιες συνθήκες προκύπτουν από την κακοβουλία του δαίμονα.

Στις Ινδίες η Ιατρική εμφανίζεται ως επάγγελμα από την εποχή της Rigveda (1500-1200 π.Χ.), μιας αρχαίας συλλογής ύμνων, στην οποία οι δίδυμοι θεοί Ashvins περιγράφονται ως γιατροί των άλλων θεών και διώχτες των νόσων. Η Ιατρική και η μαγεία δεν ξεχωρίζουν μεταξύ τους και οι ανατομικές γνώσεις προέρχονται, κυρίως, από αναλογικές παρατηρήσεις επί ζώων. Οι αρρώστιες ερμηνεύονται με την πνευματο-φυσιολογική θεωρία που βασίζεται στη ζωική ενέργεια ή «πνεύμα» (prāna). Η ενέργεια αυτή πηγάζει από τον Ήλιο, συνέχει το σύμπαν και ζωογονεί το σώμα, στο οποίο εισέρχεται με την αναπνοή και διαχέεται με την κυκλοφορία. Αυτό που καθορίζει την κατάσταση της υγείας ή της νόσου είναι η σχέση του «πνεύματος» με τον εσωτερικό ανθρώπινο μικρόκοσμο και τον εξωτερικό μακρόκοσμο. Οι αρχαίοι

Ινδοί γιατροί περιέγραψαν πρώτοι αρρώστια με γλυκά ούρα, που, προφανώς, αντιστοιχούσε στον σακχαρώδη διαβήτη. Η αιματοουρία ήταν μια άλλη εντυπωσιακή εμφάνιση των ούρων, των οποίων η έρευνα εξελίχτηκε πολύ αργότερα (τον 17ο μ.Χ. αι.) στην ξεχωριστή ειδικότητα της ουροσκοπίας (uroscopy). Οι αρχαίοι Ινδοί, Κρήτες και Σκώτοι, χωρίς, φυσικά, να γνωρίζουν την αιτία της διάρροιας, συνέδεαν την εμφάνισή της με πλημμελή αποχέτευση λυμάτων και ελών, και κατασκεύαζαν υπονόμους, με διασημότερο από αυτούς τη ρωμαϊκή Cloaca Maxima (ρ. cluo = καθαρίζω), το 600 π.Χ., που είχε ως αποδέκτη τον Τίβερη.

Η κινεζική Ιατρική του 6ου αι. π.Χ. φέρει σαφή την επίδραση της ινδικής με περιγραφές νόσων (ευλογιάς, πανώλους κ.ά.), συνταγές και μέτρα προφυλάξεως. Υιοθετούνται απόψεις που αποδίδουν εξαιρετική σημασία στην κυκλοφορία του αίματος, στην ισορροπία της αναπνοής και την καθαριότητα. Η κλασική κινεζική Ιατρική του 4ου-3ου π.Χ. αι., δηλαδή τα κείμενα της συλλογής Hungdi Neijing (ο εσωτερικός κανόνας του κίτρινου αυτοκράτορα), γραμμένα από διαφόρους συγγραφείς, είναι τα αντίστοιχα των ιπποκρατικών κειμένων και συνδέονται με τον Ταοϊσμό (6ος π.Χ. αι.), κράμα φιλοσοφίας και θρησκείας. Η αρρώστια είναι μια δυσαρμονία ανάμεσα στο «yin» και το «yang», σύμβολα αλληλοσυμπληρούμενων δυνάμεων που εκδηλώνονται και με άλλες μορφές, όπως άρρεν-θήλυ, φως-σκότος, πυρ-ύδωρ, συστολή-διαστολή κ.ά. Αντιθέτως προς παλαιότερες απόψεις που ήθελαν τα ζητήματα της υγείας και της νόσου να ορίζονται από δαιμονικές δυνάμεις, τα κείμενα Neijing λαμβάνουν υπ' όψιν εξωγενείς (διατροφή, τρόπο ζωής γενικώς) και ενδογενείς (ηλικία, συναισθηματική κατάσταση) παράγοντες που ασκούν την επίδρασή τους μέσω των δυνάμεων yin και yang, αλλά και μέσω του ρεύματος ζωικής ενεργείας (qi=αναπνοή). Σύμφωνα με τα κινεζικά κείμενα, το σώμα του ανθρώπου περιλαμβάνει 5 σπλάγχνα (καρδιά, σπλήνα, πνεύμονες, ήπαρ και νεφρούς) και 6 έντερα (χοληδόχο κύστη, στόμαχο, μικρό έντερο, ευρύ έντερο, κύστη και το San Jiao). Το τελευταίο δεν έχει ανατομική υπόσταση, αλλά διευκολύνει την κυκλοφορία των διαφόρων υγρών και αντιπροσωπεύει αυτό που θα λέγαμε σήμερα μεταβολισμό. Τα σπλάγχνα και τα έντερα συνδέονται μεταξύ τους με αόρατους διαύλους και όταν κατισχύουν του πνεύματος προκαλούν νόσους και, ενδεχομένως, θάνατο.

Πριν από τον εβραϊκό μονοθεϊσμό, στην περιοχή της Παλαιστίνης επικρατούσαν πολυθεϊστικές ιδέες. Με την επικράτηση του μονοθεϊσμού, ο Θεός θεωρείται πηγή της υγείας και οι τιμωρημένοι από αυτόν δαίμονες πρόξενοι της αρρώστιας. Πολύ γνωστές είναι οι δοκιμασίες του Ιώβ στην Παλαιστίνη (περί το 1600 π.Χ.). Ο Θεός επιτρέπει στον Διάβολο να βασανίσει τον Ιώβ. Ένας τρόπος είναι η αρρώστια: «...έπαισε τον Ιώβ έλκει πονηρώ (βασανιστικό) από ποδών έως κεφαλής. και έλαβεν όστρακον, ίνα τον ιχώρα (πυώδες υγρό) ζύη, και εκάθητο επί της κόπρου έξω της πόλεως» (Ιώβ, Β,7). Οι φίλοι του τον επισκέπτονται και μένουν άφωνοι με το κακό που τον βρήκε: «Εύρων γάρ την πληγήν δεινήν ούσαν και μεγάλην σφόδρα» (Β,13). Ένας από αυτούς, ο Ελιφάζ, παρηγορεί τον Ιώβ λέγοντάς του ότι ο Θεός «αλείν ποιεί και πάλιν αποκαθίστησιν» (Ε,18). Πράγματι ο Ιώβ απαλλάσσεται από τα δεινά του και ανταμείβεται πλουσιοπάροχα για την πίστη του.

Στον ελληνικό χώρο, ο Ασκληπιός (Θεσσαλός βασιλιάς) ανακηρύσσεται θεός και, μέσω των ιερέων - Ασκληπιαδών και των Ασκληπιείων του, αποκαλύπτει στα όνειρα το μυστήριο της αρρώστιας, της οποίας τη θεραπεία επιχειρεί σε ειδικά τοπία με πηγές, χειμάρρους και δάση. Υπάρχει αντιστοιχία ανάμεσα στις αρρώστιες και τα όνειρα· μερικά από αυτά είναι σταλμένα από τον Θεό -όπως και οι αρρώστιες- και άλλα είναι δημιουργήματα της ψυχής του ανθρώπου. Τα όνειρα μπορεί να είναι άγγελοι υγείας και ευτυχίας ή νόσου και δυστυχίας και, όταν είναι βασανιστικά, αντιμετωπίζονται με αλλαγές στη διατροφή, άσκηση ή λουτρά. Απαραίτητη είναι και η προσευχή προς τους θεούς. Για τα όνειρα με καλή πρόγνωση ευχαριστίες οφείλονται στον Δία, στην Αθηνά, στον Ερμή και τον Απόλλωνα. Για όσα η πρόγνωση είναι δυσμενής ενδέχεται να ωφεληθούν προσευχές προς τους χθόνιους θεούς (Ερμής, Περσεφόνη, Πλούτων), τη Γη και τους ήρωες. Η ποικιλία των νόσων για τις οποίες προσέρχονται οι ασθενείς είναι μεγάλη και αφορά δυσίατες, συνήθως, καταστάσεις, όπως τυφλότητα, παράλυση, αλαλία (υστερία), στειρώση, ημικρανία, προϊούσα κατάπωση ή απώλεια βάρους κ.ά.

Η παρέμβαση του Θεού μπορεί να γίνει και στις τρεις συνιστώσες της νόσου: την αιτία (τιμωρία ή δοκιμασία της αφοσιώσεως του πιστού), τη θεραπεία (συγχώρηση ύστερα από μετάνοια ή θυσία) και την πρόληψη

(ιδιαίτερη εύνοια ή σχέση προς τον ήρωα ή την πόλη). Ένα από τα πιο γνωστά παραδείγματα θεόσταλτης αρρώστιας περιγράφεται στην αρχή της «Ιλιάδας» (9ος αι. π.Χ.). Ο ιερέας Χρύσης παρακαλεί τον Απόλλωνα να τιμωρήσει τους Αχαιούς που δεν του παραδίδουν την αιχμάλωτη κόρη του. Ο Απόλλων τον εισακούει και, με τα βέλη του, «νούσον ανά στρατόν ώρσε (σήκωσε) κακήν, ολέκοντο δε λαοί (χάθηκε πλήθος ανθρώπων)» (Ιλ., Α, 10). Οι στρατιώτες πεθαίνουν σωρηδόν: «...οι δε νυ λαοί θνήσκον επασσύτεροι» (Ιλ., Α, 383), μπορούμε, συνεπώς, να εικάσουμε ότι επρόκειτο για επιδημία. Σε ποίημα του Ησιόδου (περί το 750 π.Χ.) αναφέρεται ότι οι επιδημίες ξεπήδησαν από το κουτί της Πανδώρας και από τότε οι αρρώστιες περιφέρονται ανάμεσα στους ανθρώπους και τους βασανίζουν. Παραθέτουμε τη μετάφραση του Π. Λεκατό:

«Γιατί χωρίς ολότελα κακά τα γένη των ανθρώπων πρώτα ζούσανε στη γη, δίχως τα μαύρα βάσανα και δίχως τις αρρώστιες τις πολύμοχτες που φέραν στους ανθρώπους τους θανάτους» (Εργα και Ημέραι, 90-9).

Στο ίδιο έργο γίνεται λόγος για τις ποινές που επιφυλάσσει στους αδικοπράγουντες ο γιος του Κρόνου (Δίας), μεταξύ των οποίων η πείνα και οι επιδημίες: «Τοίσιν δ' ουρανόθεν μεν' επήγαγε πήμα (συμφορά) Κρονίων, λιμόν ομού και λοιμόν» (242-243). Στον λεγόμενο «χρυσούν» αιώνα (5ο), η Ιατρική δεν έχει αποβάλλει τον θεοκρατικό χαρακτήρα της. Ο Πίνδαρος στο ποίημά του «Πύθια» αναφέρεται σε αρρώστιες που ταλαιπωρούν το λαό και εξυμνεί την ιατρική δεινότητα του Κενταύρου Χείρωνα και του μαθητή του Ασκληπιού. Ιδού η σχετική περικοπή σε ελεύθερη απόδοση από το βιβλίο του J. Jouanna «Ο Ιπποκράτης»:

*«Όλοι που σ' αυτόν προσέτρεξαν
ελκών στη σάρκα τους φορείς,
τραυματισμένοι σε κάποιο του κορμιού τους σημείο
από λαμπρό χάλκινο όπλο ή από βόλι πέτρινο
με σώμα χτυπημένο από τη ζέστη του καλοκαιριού
ή το κρύο το χειμωνιάτικο,
όλους τους απάλλασε από τις συμφορές τους».*

Από τους μεγάλους τραγωδούς, ο Σοφοκλής αναφέρεται σε αρρώστια (πανώλης;) με θεϊκή προέλευση. Στον «Οιδίποδα Τύραννο» κάνει λόγο για επιδημία που ενέσκηψε και καταστρέφει τη Θήβα εξ αφορμής του φόνου του Λαΐου από τον Οιδίποδα: «Εν δ' ο πυρφόρος θεός (ο φέρων πυρετόν ή λοιμόν θεός) σκήψας ελαύνει (πλήττει),

λοιμός έχθιστος, πόλιν» (στ. 27-28). Ο Χορός παρακαλεί την Αθηνά, την Αρτέμιδα και τον Απόλλωνα να σώσουν τους Θηβαίους από τη συμφορά που αποδίδεται στον Άρη. Άλλος «νοσογόνος» θεός είναι η Εκάτη, η οποία από θεά βοηθός των ανθρώπων και προστάτης των εγκύων και των παιδιών μεταβάλλεται σε «χθόνιον» και μαγικό δαιμονικό με ικανότητα να διώχνει αλλά και να προκαλεί αρρώστιες. Ο Πλάτων καυτηριάζει τους τσαρλατάνους που ισχυρίζονται ότι μπορούν να μεταβάλουν τη θέληση των θεών με θυσίες, προσευχές και επωδούς και να θεραπεύσουν ασθενείς επειδή, τάχα, διαθέτουν θεϊκή δύναμη: «Αγύρται δε και μάντιες επί πλουσίων θύρας ιόντες (ερχόμενοι) πείθουσιν ως έστι παρά σφίσι δύναμις εκ θεών ποριζομένη...» (Πολιτεία, Β, 364, b). Ακόμη και τα ιπποκρατικά κείμενα συνηθίζουν στο γιατρό να καταπιάνεται όχι μόνο με τις αρρώστιες που έχουν τη ρίζα τους στην υπέρβαση των αμυντικών δυνατοτήτων του σώματος, αλλά και με εκείνες που έχουν κάτι το θεϊκό μέσα τους: «Γνώναι ουν χρη των παθέων των τοιούτων τας φύσις (τις αιτίες), οκόσον υπέρ την δύναμίν εισι, των σωματών άμα δε και ει τι θεϊον ένεστιν εν τήσιν νοούσοισι, και τούτέου την πρόνοιαν (φροντίδα) εκμανθάνειν» (Προγνωστικόν, 1 16-18).

Προς τα τέλη του 5ου αιώνα η πλάστιγγα δεν είχε ακόμη γύρει προς το μέρος των γιατρών. Ο περίφημος λοιμός των Αθηνών απέδειξε πόσο επισφαλής ήταν η κρατούσα ισορροπία και υπέδειξε ότι ο ορθολογισμός των όφειλε να περιμένει. Ο λοιμός ξεκίνησε το 2ο έτος του Πελοποννησιακού πολέμου (430-429 π.Χ.) και η περιγραφή του Θουκυδίδη είναι συγκλονιστική: «Και όντων αυτών (των Σπαρτιατών) ου πολλάς πω ημέρας (μόλις λίγες ημέρες) εν τη Αττική η νόσος πρώτον ήρξατο γενέσθαι τοις Αθηναίοις, λεγόμενον μεν και πρότερον πολλαχόσε εγκατασκήψαι (όπως έλεγαν, προηγουμένως είχε εμφανισθεί σε πολλά μέρη) και περί Λήμνον και εν άλλοις χωρίοις, ου μεν τοι (όχι βέβαια) τοσούτος γε λοιμός ουδέ φθορά ούτως ανθρώπων ουδαμού εμνημονεύετο γενέσθαι» (Πελ. Πόλεμος, Β, 47, 3-4). Οι Αθηναίοι καταφεύγουν πρώτα στους γιατρούς, οι οποίοι, όμως, αδυνατούν να αντιμετωπίσουν την πρωτοφανή νόσο, όσο και αν συμπαραστέκονται στους αρρώστους. Απευθύνονται τότε στους ιερείς και τα μαντεία για να απογοητευθούν και πάλι και, τελικώς, παραδίδονται στη μοίρα τους: «Ούτε γαρ ιατροί ήρκουν το πρώτον θε-

ραπεύοντες αγνοία (θεραπεύοντας χωρίς να ξέρουν), αλλ' αυτοί μάλιστα έθνησκον όσο και μάλιστα προσήσαν (αλλά οι ίδιοι προπάντων πέθαιναν όσο πιο πολύ πλησίαζαν τους ασθενείς), ούτε άλλη ανθρωπεία τέχνη ουδεμία· όσα τε προς ιερείς ικέτευσαν ή μαντείους και τοις τοιούτοις εχρήσαντο, πάντα ανωφελή ην, τελευτώντες τε αυτών (και στο τέλος) απέστησαν υπό του κακού νικώμενοι» (ό.π., 48,3). Ο ίδιος ο Θουκυδίδης δυσπιστεί και προς τους γιατρούς και προς τους ιερείς αφήνοντας τον καθένα να αποφασίσει μόνος του για το αίτιο της καταστροφής: «Λεγέτω μεν ουν περί αυτού (του κακού) ως έκαστος γινώσκει και ιατρός και ιδιώτης αφ' ότου εικός ην γενέσθαι αυτό (από πού εικάζει ότι προέρχεται αυτό), και τας αιτίας άστινας νομίζει τοσαύτης μεταβολής ικανάς είναι δύναμιν ες το μεταστήσαι σchein (και τις αιτίες που νομίζει ότι μπορούν να προκαλέσουν τέτοια καταστροφή)» (ό.π., 48,3).

Η ερμηνεία των επιδημιών από τους Ιπποκρατιστές διαφέρει: «Οκόταν δε νοσηήματος ενός επιδημική καθεστήκη, δήλον ότι ου τα διαιτήματα αίτιά εστιν, αλλ' ο αναπνέομεν, τούτο αίτιόν εστι, και δήλον ότι τούτο νοσηρήν τινα απόκρισιν έχον ανίει (και είναι φανερό ότι αυτό το αίτιο προέρχεται από νοσηρές αναθυμιάσεις» (Περί φύσιος ανθρώπου, 9). Για να περιορισθεί η εισπνοή των νοσηρών αναθυμιάσεων προτείνονται ο περιορισμός της τροφής και των ποτών και η επιδίωξη εισπνοής καθαρού αέρα ακόμη και με απομάκρυνση από την πληγείσα περιοχή. Η όλη στάση τους αποπνέει επιστημοσύνη, αφού προδίδει άλλο τρόπο σκέψεως με παραμερισμό των θεοκρατικών αντιλήψεων και υιοθέτηση μέτρων που θα μπορούσαν να μειώσουν την πιθανότητα εξαπλώσεως του μιάσματος της αρρώστιας. Ο Θουκυδίδης δεν αναφέρει προσωπική ανάμιξη του Ιπποκράτη στη διαχείριση του λοιμού των Αθηνών. Άλλωστε, την περίοδο αυτή ο διάσημος ήδη γιατρός βρίσκεται εγκατεστημένος στη Θεσσαλία, όπου είχε προσκληθεί για άσχετη επιδημία. Μερικοί όμως υποστηρίζουν τη συμμετοχή του: «Η ιατρική επιστήμη δεν έμεινεν αργή· ο περί τους χρόνους τούτους ακμάσας Ιπποκράτης ο Κώος, ο της επιστήμης ταύτης δημιουργός, εμελέτησεν αυτός το νόσημα και, τουλάχιστον βραδύτερον, εβοήθησε τους Αθηναίους, συμβουλευσας την διά πυρός κάθαρσιν της ατμοσφαιρας, εις ο προήλθεν εκ της παρατηρήσεως, ότι οι σιδηρουργοί σπανιώτατα εκρούοντο» (Κ. Παπαρηγόπουλος, Ιστορία του Ελληνικού Έθνους).

Φιλοσοφική Ιατρική

Έως τον 7ο π.Χ. αιώνα η θεοκρατική Ιατρική κυριαρχεί απολύτως. Από τα μέσα του 7ου έως τα μέσα του 5ου στον ελληνικό χώρο εμφανίζονται οι λεγόμενοι προσωκρατικοί ή φυσικοί φιλόσοφοι (Θαλής, Αναξίμανδρος, Αναξίμενης, Πυθαγόρας, Ηράκλειτος, Ζήνων, Εμπεδοκλής, Δημόκριτος, Αλκμαίων κ.ά.), που θέτουν ζήτημα «αρχής των όντων» και ερμηνείας των φυσικών φαινομένων, μεταξύ των οποίων και της αρρώστιας. Κατά την άποψή τους, το υπερφυσικό και η εμπειρία δεν αρκούν. Όσο περίπλοκες και αν είναι οι εκφάνσεις της φύσεως, η «αρχή» (το υλικό της αφετηρίας), «εξ ου -κατά τον Αριστοτέλη- έστιν άπαντα τα όντα και εξ ου γίνεται πρώτου και εις ο φθείρεται τελευταίον», πρέπει να είναι κοινή. Γιά τον Θαλή «αρχή» είναι το νερό (ύδατός φησι συνεστάναι πάντα...), για τον Αναξίμανδρο το άπειρο (...αρχήν και στοιχείον είρηκε των όντων το άπειρον..), για τον Αναξίμενη ο αέρας (Αναξίμενη δέ φασι την των όλων αρχήν τον αέρα ειπειν...).

Ο Εμπεδοκλής (5ος αι.) επίσης, όπως και ο Αναξίμενης, ότι τα πάντα καθορίζει το «πνεύμα» (ο αέρας) που αναπνέεται, περιβάλλει το σύμπαν, γεμίζει την καρδιά και τα αγγεία και δημιουργεί την ύλη και τη ζωή μέσω τεσσάρων «ριζωμάτων»: του πυρός, του ύδατος, του αέρος και της γης. Στα ριζώματα επενεργούν δύο αντίθετες δυνάμεις, η συνθετική (φιλότης) και η διαιρητική (νείκος)· η πρώτη συντηρεί τη ζωή (μέσω της υγείας), η δεύτερη την καταστρέφει (μέσω της αρρώστιας και του θανάτου). Ο Εμπεδοκλής, ο Αναξαγόρας και ο Ηράκλειτος μπορούν κάλλιστα να θεωρηθούν πρόδρομοι του Δαρβίνου, αφού εδέχοντο τη μορφοποίηση των όντων και τελειοποίηση των οργάνων τους με εξελικτικές διαδικασίες.

Περισσότερο γνωστές όμως για τη σχέση τους με την προσωκρατική φιλοσοφική Ιατρική είναι οι απόψεις του Πυθαγόρα (570-496;) ⁵ και των μαθητών του. Ουσία των

5. Κατά μαρτυρία του Ηρακλείδη του Ποντικού (περί το 340 π.Χ.), ο πρώτος που ονόμασε τον εαυτό του «φιλόσοφο», αντί «σοφό» ή «σοφιστή», ήταν ο Πυθαγόρας. Η αρχαιότερη χρήση της λέξεως «φιλόσοφος» αποδίδεται στον Ηράκλειτο: «Χρη ευ μάλα πολλών ίστορας φιλοσόφους άνδρας είναι» (πρέπει οι φιλόσοφοι άνδρες να ερευνούν σωστά πάρα πολλά πράγματα). Κ.Δ. Γεωργούλη, «Ιστορία της Ελληνικής φιλοσοφίας», σ. 40.

όντων και φαινομένων οι Πυθαγόρειοι θεωρούσαν τους αριθμούς από τους οποίους ο «7» εκφράζει την υγεία, το νου και το φως. Η λειτουργία του κόσμου βασίζεται στις αναλογίες (αρμονία) που διέπουν τους αριθμούς και τη μουσική, αλλά και στις αντιθέσεις των δυϊσμών: πέρασ – άπειρον, περιπτό – άρτιο, φως – σκότος, καλό – κακό κ.ά. Πυρήνας της υπάρξεως του ανθρώπου δεν είναι το σώμα, αλλά η ψυχή, μόνη ικανή να αντιληφθεί την αρμονία των αριθμητικών σχέσεων. Η αρρώστια συνδέεται με την «κοσμική δράση» του σύμπαντος και έχει τη ρίζα της στην ανατροπή της ισορροπίας των αντιθέτων στο σώμα και την ψυχή. Αίτιο αυτής της ανατροπής είναι ο τρόπος ζωής (*δίαιτα*). Η έννοια της δυσαρμονίας ως βασικού νοσογόνου μηχανισμού είχε γεννηθεί.

Ο μαθητής του Πυθαγόρα Αλκμαίων ο Κροτωνιάτης συνοψίζει τις απόψεις των Προσωκρατικών για την υγεία και την αρρώστια με τρόπο που θα υιοθετούσαν αργότερα και οι Ιπποκρατιστές: «...της μεν υγιείας είναι συνεκτικήν (την μεν υγεία συντηρεί) την ισονομίαν των δυνάμεων, υγρού, ξηρού, ψυχρού, θερμού, πικρού, γλυκέος και των λοιπών, την δ' εν αυτοίς μοναρχίαν (αποκλειστικότητα) νόσου ποιητικήν». (Αλκμαίων, *Fragmenta* 4,1). Ο Αλκμαίων είναι ο πρώτος φιλόσοφος και γιατρός που με τους μαθητές του Άκρονα και Πausανία επιχειρεί χειρουργικές και ανατομικές έρευνες και παρατηρεί ότι τα νεύρα που ξεκινούν από τα μάτια καταλήγουν στον εγκέφαλο, τον οποίο και θεωρεί νευρικό κέντρο.

Καθώς οι τραγικοί του 5ου αι. τοποθετούν στο κέντρο του ενδιαφέροντός τους τον άνθρωπο, τα πάθη και προβλήματά του [Πολλά τα δεινά (θαυμαστά) κουδέν ανθρώπου δεινότερον πέλει (υπάρχει) Σοφ., *Αντιγόνη*, 332-333]⁶, η εμπλοκή της φιλοσοφίας στα ιατρικά ζητήματα γίνεται ολοένα και βαθύτερη. Και ναι μεν οι απόψεις των φυσικών απαντούσαν, με τρόπο ικανοποιητικό, στα σχετικά με την ερμηνεία των νόσων ερωτήματα, άφηναν όμως αναπάντητα πρακτικά προβλήματα της ιατρικής καθημερινότητας που αφορούσαν περισσότερο στη θεραπεία ή, τουλάχιστο, στην ανακούφιση των πασχόντων. Το κενό εκάλυπταν οι ιατρικές σχολές που αναπτύχθηκαν (7ο – 5ο π.Χ. αιώνα) στην κυρίως Ελλάδα, στην Ιωνία

6. Σε έμμετρη απόδοση από τον Κ. Μάνο: «Του κόσμου από τα θάματα/Δεν είναι τίποτ' άλλο/Που να 'ναι σαν τον άνθρωπο/Περίφανο, μεγάλο».

και την Κάτω Ιταλία (με σημαντικότερες εκείνες της Κνίδου και της Κω) και εστίαζαν τη διδασκαλία τους στη διάνοξη και τη θεραπεία, ενώ οι αναφορές στην αιτιολογία ήσαν αόριστες και παρόμοιες για όλες τις αρρώστιες. Οι γιατροί χωρίστηκαν σε λάτρεις της παραδόσεως (θεοκράτες) και νεωτεριστές που προσήγγιζαν την αρρώστια παρατηρώντας τον άρρωστο, τη συμπεριφορά του και το περιβάλλον του. Από τους τελευταίους, ο γιατρός Ευρυφών ο Κνίδιος (5ος αι.) επίστευε ότι οι αρρώστιες προκαλούνται, κυρίως, από πλημμελή πρόσληψη και κακή πέψη της τροφής. Η κακή πέψη δημιουργεί «περιπτώματα» (περισσεύματα) που επιδρούν στην κεφαλή και προκαλούν τις αρρώστιες. Οι μαθητές του Ηρόδικος και Αλκμένης θεωρούσαν, επίσης, ότι μόνη έδρα της ασθένειας είναι η κεφαλή που ερεθίζεται από τα όξινα, πικρά και αλμυρά υγρά της δυσπεψίας. Φημισμένοι γιατροί της εποχής ήσαν και ο Δημοκίδης ο Κροτωνιάτης, ο Ονήσιλος ο Κύπριος, ο Κτησίας ο Κνίδιος κ.ά.

Στις αρχές του «χρυσού» αιώνα οι σχέσεις μεταξύ γιατρών και φιλοσόφων ήσαν, ήδη, αρκετά οξυμμένες. Η ιατρική -τέχνη ακόμη- όφειλε να διαχωρίσει τη θέση της από τη φιλοσοφία στην οποία, ταυτοχρόνως, ήταν υπόχρη για την πρώτη ισχυρή αμφισβήτηση της θεοκρατίας. Τα σύνορα ήσαν τόσο ασαφή ώστε δύσκολα ξεχώριζε κανείς αν ένας φιλόσοφος είχε ιατρικές γνώσεις ή ένας γιατρός φιλοσοφούσε. Μπορούμε να τοποθετήσουμε την αυτονόμηση της Ιατρικής από τη φιλοσοφία στο δεύτερο ήμισυ του 5ου π.Χ. αι. Στην πραγματικότητα, η διαφορά ανάμεσά τους ήταν αν η ερμηνεία και (λιγότερο) η θεραπεία της νόσου έπρεπε να έχει θεωρητικό ή πρακτικό χαρακτήρα. Οι φιλόσοφοι προσήγγιζαν το ζήτημα περισσότερο με τη λογική και τη διάνοια (*γνώμη*), οι γιατροί περισσότερο με τις πληροφορίες που έπαιρναν από την παρατήρηση, τη διαίσθηση, την εμπειρία και, βεβαίως, τη λογική τους.

Οι υπέρμαχοι της φιλοσοφίας (*ιητροί σοφισταί*) προσπαθούσαν να κατανοήσουν την αρρώστια με τις ίδιες απλές, γενικές και αόριστες αρχές (*στοιχεία*) που είχαν εφαρμογή στην ερμηνεία της φύσεως και του κόσμου: «Λέγουσι δε τινες και ιητροί και σοφισταί ως ουκ ένι (δεν είναι) δυνατόν ιητρικήν ειδέναι όστις μη οίδεν ό τι έστιν άνθρωπος· αλλά τούτο δει καταμαθείν τον μέλλοντα ορθώς θεραπεύειν τους ανθρώπους. Τείνει δε ατέοισιν ο λόγος ες φιλοσοφίην, καθάπερ Εμπεδοκλής ή άλλοι οι περί φύσιος γεγράφασιν εξ αρχής ό τι έστιν άνθρωπος, και όπως

εγένετο πρότον και όπως ξυνεπάγη (και πώς δημιουργήθηκε)» (Περί αρχαίης Ιητρικής, 20,1-7). Η αρρώστια ήταν για τους ιατροσοφιστές μια διαφορετική, δυσάρεστη και επικίνδυνη μορφή ζωής που είχε τη βάση της σε συγκεκριμένους διαφορετικούς συνδυασμούς ελαχίστων στοιχείων ή ριζωμάτων. Δεν υπήρχε λόγος να περιπλέκονται τα πράγματα με ιδέες και πληροφορίες που παρέχουν η πείρα και η πολυπραγμοσύνη των γιατρών. Πρέπει να σημειωθεί ότι στην Αθήνα του 5ου αιώνα ο φιλόσοφος δεν είναι ο άνθρωπος που ασχολείται μόνο με τα «υψηλά» ζητήματα της ηθικής, της ρητορικής και του τρόπου οργανώσεως της κοινωνικής συμβίωσης: είναι, ταυτοχρόνως, ο άνθρωπος «της διπλανής πόρτας» που αναζητεί λύσεις και σε πρακτικά προβλήματα της καθημερινότητας. Αναμενόμενο, λοιπόν, οι απλούστερες λύσεις που πρότειναν οι φιλόσοφοι ή οι φιλοσοφούντες γιατροί να είναι συμπαθέστερες στο λαό, που έφθασε να θεωρεί απολύτως φυσιολογική την ανάμιξη τους στα ιατρικά πράγματα, πόσω μάλλον αφού και οι θεραπείες των γιατρών είχαν συχνά πενιχρά αποτελέσματα.

Οι γιατροί αντιμετώπιζαν με άκρα επιφυλακτικότητα την απλοποιημένη προσέγγιση των φιλοσόφων. Κατά τη γνώμη τους όποιος επιθυμούσε να κατανοήσει τη φύση έπρεπε να ξεκινά με τη σπουδή της Ιατρικής και της αρρώστιας, και όχι αντιστρόφως: «*Νομίζω δε περί φύσεως γνώναι τι σαφές ουδαμόθεν άλλοθεν είναι η εξ ιητρικής. Τούτο δε, οίον τε καταμαθείν (είναι δυνατόν να μάθει κανείς καλύτερα), όταν αυτήν τις την ιητρικήν ορθώς πάσαν περιλάβη*» (ό.π. 20,10-12). Ενώ όμως «*τα φανερά των νοσημάτων*» ήταν προσβάσιμα στην αίσθηση και την τέχνη των γιατρών -στους οποίους και έδιδαν το προβάδισμα-, τα «*ήσσον φανερά*» ή «*άδηλα*» (οι εσωτερικές αρρώστιες) ενέπλεκαν, κατ' ανάγκην, τη διάνοια, το συλλογισμό και τη φαντασία ευνοώντας τους φιλοσόφους: «*Όσα γαρ την των ομμάτων όψιν εκφεύγει (όσα ξεφεύγουν από μάτια του σώματος), ταύτα τη της γνώμης όψει κεκράτται (αυτά συλλαμβάνονται με τα μάτια της ψυχής, τη διάνοια)- και όσα δε εν τω μη ταχύ οφθίναι οι νοσέοντες πάσχουσιν, ουχ οι θεραπεύοντες αυτούς αίτιοι, αλλ' η φύσις ή τε του νοσέοντος, ή τε του νοσήματος- ο μεν γαρ (ο γιατρός) επεί ουκ ην αυτέω όψει ιδείν το μοχθέον ουδ' ακοή πυθέσθαι (επειδή δεν μπορεί να δει το κακό με τα ίδια του τα μάτια και να το πληροφορηθεί με τα αυτιά του) λογισμώ μετήει (μετέρχεται)*» (Περί τέχνης, 11,5-11).

Με άλλα λόγια: δεν μπορεί να εμπιστευθεί κανείς την αρρώστια στη θεωρητική και μόνο προσέγγιση του φιλοσόφου ή ακόμη και του γιατρού ο οποίος δεν έχει πρόσβαση σ' αυτήν με τα μάτια και τα αυτιά του αλλά μετέρχεται και αυτός, όπως και ο φιλόσοφος, υποθέσεις. Ο λόγος είναι ότι η αρρώστια και ο θάνατος δεν μπορούν να απλουστευθούν τόσο ώστε να εξηγηθούν με μια ή δυο αιτίες. Όσοι λοιπόν «*...ες βραχύ άγοντες, την αρχήν της αιτήσ τοίσιν ανθρώποισι των νούσων τε και του θανάτου και πάσι την αυτέην (και σε όλα την ίδια) εν ή δύο προθέμενοι... καταφανέες εισίν αμαρτάνοντες*» (προφανώς σφάλουν)» (Περί αρχαίης Ιητρικής, 1,3-7). Τελικώς, ο συμβιβασμός επέβαλε κάθε συμπέρασμα για τις απαιτούμενες δράσεις και τις παρατηρούμενες αντιδράσεις να λαμβάνει υπ' όψιν και τη φιλοσοφική και την πρακτική πλευρά του προβλήματος που συνθέτουν η αρρώστια και η επιθυμία του αρρώστου να ανακτήσει την απολεσθείσα υγεία του.

Ο Ιπποκράτης εμφανίζεται στο ιατροφιλοσοφικό στερέωμα περί τα μέσα του 5ου αι. (γεν. 460), ο Πλάτων περί το τέλος (γεν. 428) και ο μαθητής του Αριστοτέλης στις αρχές του 4ου (γεν. 384). Οι τελευταίοι διατυπώνουν -με μεγάλο σεβασμό προς τον Ιπποκράτη που ήταν ήδη διάσημος- τις απόψεις τους για την υγεία και τη νόσο. Ο Πλάτων, αναφερόμενος στο σώμα (όχι μόνο του ανθρώπου αλλά και των ζώων), θεωρεί, όπως και ο Εμπεδοκλής, ότι αυτό συγκροτείται από τέσσερα στοιχεία (γένη): πυρ, αήρ, ύδωρ, γη. Ύστερα από περιγραφή ανατομικών δομών και λειτουργιών (διαφράγματος, καρδιάς, ήπατος, μυών, νεύρων, οστών κ.λπ.) που προκύπτουν από επιμέρους συνδυασμούς αυτών των στοιχείων, αναφέρει ότι βάση της ζωής είναι οι λειτουργίες της θρέψεως και της αναπνοής που συνδέονται μεταξύ τους και με την κυκλοφορία του αίματος. Περιγράφει κατόπιν το μηχανισμό λειτουργίας των αισθήσεων (οράσεως, ακοής, γεύσεως) και αναφέρεται στην ερμηνεία των νόσων, που, όμως, παραδέχεται ότι δεν είναι δική του αρμοδιότητα αλλά των προγενέστερων και συγχρόνων του γιατρών. Ιδού λοιπόν πώς προκύπτουν οι αρρώστιες: «*Το δε των νόσων όθεν ξυνίστανται, δήλον που και παντί. Τετάρων γαρ όντων γενών, εξ ων συμπέπηγε το σώμα, γης, πυρός, ύδατός τε και αέρος, τούτων η παρά φύσιν πλεονεξία (περίσσεια) και ένδεια και της χώρας μετάστασις εξ οικείας επ' αλλοτρίαν γιγνομένη... επειδή γένη πλείονα ενός όντα τυγχάνει, το μη προσήκον έκαστον εαυτώ προσλαμβάνει*

(το να αποκτά καθένα ιδιότητες που δεν του αρμόζουν)... στάσεις και νόσους παρέχει» (Τίμαιος, ΧΧΙΧ). Το καθένα δηλαδή από τα τέσσερα «γένη» (στοιχεία) του σώματος μπορεί: α) να υπάρχει σε περίσσεια ή έλλειψη, β) να ευρίσκεται σε θέση διαφορετική από εκείνη για την οποία προορίζεται, γ) να εμφανίζει μη αρμόζουσες σ' αυτό ιδιότητες (να θερμαίνεται ενώ πρέπει να είναι ψυχρό ή να υγραίνεται ενώ πρέπει να είναι ξηρό ή να γίνεται βαρύ ενώ πρέπει να είναι ελαφρό) με αποτέλεσμα «...νόσους φθοράς τε απείρους». Αντιθέτως, όταν κάθε στοιχείο αντικαθίσταται από όμοιο του κατά τον φυσικό νόμο «...σών (σώο) και υγιές μένει» (ό.π. Β).

Οι αρρώστιες χωρίζονται, κατά τον Πλάτωνα, σε τέσσερις ομάδες. Η πρώτη περιλαμβάνει εκείνες που οφείλονται στους μηχανισμούς που αναφέραμε παραπάνω· σ' αυτές -που είναι και οι περισσότερες- ανήκει και ο πυρετός. Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει νοσήματα των μυών, των οστών, του αίματος και του μυελού· είναι σπανιότερες αλλά σοβαρότερες και περισσότερο οδυνηρές. Ο λόγος είναι ο εξής: φυσιολογικώς οι μύες και τα νεύρα προέρχονται από το αίμα («Κατά φύσιν γαρ σάρκες μεν και νεύρα εξ αίματος γίνονται...» ό.π.), που συντηρεί επίσης τα οστά και το μυελό τους. Όταν οι περίπλοκες διαδικασίες που απαιτούνται γι' αυτό συντελούνται με τρόπο αρμονικό (φυσιολογικό) επικρατεί υγεία· στην αντίθετη περίπτωση, η σάρκα σήπεται, το προκύπτον σπητικό υγρό («τηκεδών») εκχύνεται στα αιμοφόρα αγγεία («φλέβας») όπου αναμιγνύεται με το αίμα και τον αέρα. Αυξάνονται η χολή και το φλέγμα, καταστρέφεται το αίμα και όλος αυτός ο συμφυρμός των αλλοιωμένων στοιχείων εξαπλώνεται στο σώμα και το καταστρέφει. Η χολή, το φλέγμα, τα παράγωγά του ιδρώς και δάκρυα και τα άλλα στοιχεία «...πάντα νόσων όργανα γέγονεν, όταν αίμα μη εκ σιτίων και ποτών πληθύση κατά φύσιν, αλλ' εξ εναντίων τον όγκον παρά τους της φύσεως λαμβάνη νόμους» (ό.π. Ε).

Η τρίτη ομάδα έχει ως αιτία τον αέρα, το φλέγμα και τη χολή: «Τρίτον δ' αυ νοσημάτων είδος τριχί δε διανοείσθαι γιγνόμενον, το μεν υπό πνεύματος, το δε φλέγματος, το δε χολής» (ό.π. ΧΙ, Δ). Ο αέρας εισέρχεται από τον πνεύμονα και διαμοιράζεται στο σώμα. Αν ένα μέρος του σώματος στερηθεί του αέρος (λόγω αποφράξεως των διόδων), σήπεται και προκύπτουν αρρώστιες εμπύρετες, επώδυνες, με άφθονους ιδρώτες που είναι μάλιστα και δυσθεράπευτες. Επώδυνες καταστάσεις προκύπτουν και από

την παγίδευση αέρα στον πνεύμονα όταν αυτός, προσπαθώντας να εξέλθει, πιέζει και εξογκώνει νεύρα, φλέβες και μυς (οιδήματα). Στην τέταρτη ομάδα ανήκουν οι αρρώστιες που έχουν ως αιτία τη χολή, η οποία οδηγεί στη φλεγμονή. Όταν η χολή αναμιχθεί με το αίμα, οι ίνες (το ένα από τα δύο συστατικά του αίματος, το άλλο είναι ο ορός) προκαλούν πήξη του χυμού, κακή αιμάτωση του οργανισμού με ψύξη και ρίγη. Αν η πρόσμειξη της χολής είναι μεγάλη, μπορεί να φθάσει μέχρις αποκοπής των δεσμών σώματος και ψυχής. Η αντίδραση του ασθενούς σ' αυτόν τον καταρράκτη γεγονότων είναι η διάρροια.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ερμηνεία του πυρετού από τον Πλάτωνα. Αφού περιγράψει τους τύπους των πυρετών (συνεχείς, αμφημερινοί, τριταίοι και τεταρταίοι), αποδίδει τον συνεχή σε υπερβολική παρουσία θερμότητας (πυρός), τον αμφημερινό (αυτόν που εμφανίζεται κάθε μέρα αλλά δεν είναι συνεχής) σε υπερβολική παρουσία αέρα, τον τριταίο σε υπερβολή ύδατος επειδή το νερό είναι πιο βραδυκίνητο («τριταίους δ' ύδατος διά το νωθέστερον⁷ αέρος και πυρός αυτό είναι») και τον τεταρταίο σε περίσσεια γης που είναι το «νωθέστατον» από τα στοιχεία. Λόγος για το «πώς» ενεργοποιούνται οι παραπάνω περίπλοκες διαδικασίες (αιτιολογία) γίνεται στην «Πολιτεία»· η νωθρότητα, η μαλακή και άτακτη ζωή, οι κακώσεις, οι επιδημίες και οι αναθυμιάσεις από βαλτώδη εδάφη μπορούν να τις πυροδοτήσουν. Μερικοί άνθρωποι, λέει, θεωρούν εχθρό τους όποιον τους συμβουλεύει να σταματήσουν την πολυφαγία, τα μεθύσια, τις αφροδισιακές καταχρήσεις, τον άτακτο και αδρανή βίο «...αεί ελπίζοντες, εάν τις φάρμακον συμβουλεύσει, υπό τούτου έσεσθε υγιείς». Η αλήθεια βεβαίως είναι ότι «ούτε φάρμακα ούτε καύσεις (καυτηριασμοί) ούτε τομαί (εγχειρήσεις) ουδ' αν επωδαί (γητέματα)... ουδέ περίαπτα (φυλαχτά) ουδέ άλλο των τοιούτων ονήσει (ωφελήσει)» αν δεν αλλάξουν συμπεριφορά (Πολιτεία, Δ, 426, a, b).

Οι αναφορές του Πλάτωνος στην ψυχή και τη σχέση της με το σώμα είναι περισσότερες και παρατίθενται κυρίως στην Πολιτεία και τον Τίμαιο. Ο θεός παρεχώρησε στους ανθρώπους την ψυχή που διακρίνεται σε αθάνατη και θνητή και εγκαταβισί στο σώμα. Ο εγκέφαλος αντιπροσωπεύει την αθάνατη ψυχή, η καρδιά

7. Νωθής, οἷς = νωθρός, βραδύς

το κομμάτι της θνητής που διαχειρίζεται τα ανθρώπινα πάθη και θυμικά γεγονότα (οργή, θάρρος, ελπίδα, μίσος, αγάπη κ.λπ.) και το ήπαρ το «επιθυμητικόν» κομμάτι της θνητής με ασχολίες «υποδεέστερες», αλλά σημαντικές και ενστικτώδεις (πείνα, δίψα, ερωτική επιθυμία κ.λπ.). Η δυσυπόστατη ψυχή, συνεπώς, συνδέεται με το σώμα και την κατάσταση στην οποία αυτό βρίσκεται: «...τα δε νοσήματα περί ψυχήν διά σώματος έξιν (κατάσταση) τήδε...» (Τίμαιος, ΧLI)· μερικά από αυτά προέρχονται από την ποιότητα των χυμών και την υπερβολή των αφροδισίων. Κυριότερο νόσημα της ψυχής είναι η αφροσύνη, της οποίας μορφές είναι η μανία και η αμάθεια. Οι καταστάσεις αυτές δημιουργούνται από υπερβολικές ηδονές ή λύπες που διαταράσσουν τη διάνοια. Η υπερπαραγωγή σπέρματος παρασύρει σε ακολασία και μανία, ενώ όταν οι χυμοί (χολή, φλέγμα) δεν απομακρύνονται από το σώμα, οι ατμοί τους αναμιγνύονται με την ψυχή, εμποδίζουν τις κινήσεις της και οδηγούν σε κατάθλιψη, θράσος, δειλία, λήθη και αμβλύνοια. Την κακότητα αποδίδει σε μειονεξία του σώματος και ελλιπή ανατροφή, ενώ δέχεται ότι ουδείς γίνεται κακός με την ελεύθερη θέλησή του: «κακός μεν γαρ εκών ουδείς, διά δε πονηράν έξιν (κακή κατάσταση) τινά του σώματος και απαίδευτον τροφήν (ανατροφή) ο κακός γίνεται κακός...» (ό.π. Ε).

Πώς εμπλέκεται η ψυχή στην ερμηνεία της νόσου; Με τη σύμμετρη ή ασύμμετρη, δηλαδή την ταιριαστή ή αταίριαστη, σχέση της προς το σώμα που τη φιλοξενεί. Αυτή η σχέση διακρίνει την υγεία από την αρρώστια κατ' αναλογία της διακρίσεως της αρετής από την κακία: «Προς γάρ υγιείας και νόσους αρετάς τε και κακίας ουδεμία ξυμμετρία και αμετρία μείζων ή ψυχής αυτής προς σώμα αυτό» (Τίμαιος, ΧLII,87,D). Όταν η ψυχή είναι ισχυρότερη από το σώμα, το άτομο («ζώνον ο καλούμεν») νοσεί, αλλά και όταν συμβαίνει το αντίθετο, προκύπτει η μεγαλύτερη από τις αρρώστιες: η αμάθεια. Τι εξασφαλίζει την περιπόθητη «ξυμμετρίαν» της υγείας; «Μία δη σωτηρία προς άμφω, μήτε ψυχήν άνευ σώματος κινείν μήτε σώμα άνευ ψυχής, ίνα αμυνομένω γίγνησθον ισορρόπω και υγιή» (ό.π., 88,B). Η ταυτόχρονη δράση ψυχής και σώματος και η μεταξύ τους ισόρροπη αντιπαράθεση εξασφαλίζουν την υγεία και των δύο· το αντίθετο, τη νόσο. Η υγεία και η αρρώστια, δηλαδή, δεν είναι καταστάσεις στατικές που παραχωρούνται ή επιβάλλονται (η μία ως αρνητικό έκτυπο της άλλης), αλλά συνεχείς δυναμικές δράσεις με δυνατότη-

τα εκτροπής προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση αναλόγως της επιθετικής δυνάμεως του νοσογόνου αίτιου και των δυνατοτήτων του αμυνομένου Προσώπου. Τα μέσα για επαναφορά τυχόν απολεσθείσας ψυχοσωματικής ισορροπίας είναι η γυμναστική, η φιλοσοφία, η μουσική και, κατά δεύτερο λόγο, η χρήση φαρμάκων.

Μολονότι κανένα από τα έργα του Αριστοτέλους δεν είναι αυστηρώς ιατρικό, οι παρατηρήσεις του σε θέματα βιολογίας, ανατομίας και φυσιολογίας συνέβαλαν στην εξέλιξη της Ιατρικής, κυρίως των Αλεξανδρινών χρόνων. Για τον Αριστοτέλη η Ιατρική είναι μια πολύπλοκη και αξιολογία τέχνη διαφορετική από την «πρώτη» φιλοσοφία των Μαθηματικών, της Φυσικής και της Θεολογίας (Μετά τα φυσικά, 1026a18-19). Για την ερμηνεία της νόσου επιλέγει μια συμβιβαστική θέση, ανάμεσα στο ιερατείο, στους γιατρούς και τους φιλοσόφους. Αναφέρεται στα κοινά και ιδιαίτερα για κάθε έμβιο ον χαρακτηριστικά, καθώς και στην ανάγκη διερευνήσεως των πηγών της υγείας και της αρρώστιας: «Φυσικού δε και περί υγιείας και νόσου τας πρώτας ιδείν αρχάς· ούτε γάρ υγιείαν ούτε νόσον οίον τε γίγνεσθαι τοις εστερημένοις ζωής· διό σχεδόν των περί φύσεως οι πλείστοι και των ιατρών οι φιλοσοφωτέρως την τέχνην μετιόντες, οι μεν τελευτώσιν εις τα περί ιατρικής, οι δ' εκ των περί φύσεως άρχονται περί ιατρικής» (Μικρά φυσικά: Περί αισθήσεως και αισθητών, 436a). (Σε ελεύθερη απόδοση: Πρέπει να εξετάσουμε από πού ξεκινούν οι φυσικές αιτίες της υγείας και της αρρώστιας. Μόνο οι νεκροί ούτε υγιαίνουν ούτε αρρωσταίνουν. Γι' αυτό οι περισσότεροι από τους φιλοσόφους αλλά και από τους γιατρούς που ασκούν φιλοσοφική Ιατρική, οι μεν πρώτοι καταλήγουν να ασχολούνται και με την Ιατρική, οι δε γιατροί να αρχίζουν την Ιατρική τους από τη σπουδή της φύσεως.) Η αγάπη και ο σεβασμός προς τους θεούς, όπως και προς τους γονείς, θεωρούνται, βεβαίως, υπέρτατο χρέος, αφού σ' αυτούς οφείλουμε τα πάντα: «Εστι δ' η μεν προς γονείς φιλία τέκνοις και ανθρώποις προς θεούς, ως προς αγαθόν και υπερέχον· ευ γαρ πεποιήκασι τα μέγιστα» (Ηθικά Νικομάχεια, 1162a4).

Ο Αριστοτέλης υιοθετεί τη θεωρία των τεσσάρων ριζωμάτων (στοιχείων) του Εμπεδοκλή, από τα οποία αποτελούνται τα σύνθετα σώματα, οι "θερμότητες.. ψυχρότητες και τα τοιαύτα πάθη" των οποίων δεν είναι ουσίες αλλά ιδιότητες τις οποίες αυτά υπομένουν. Για την πλήρη και ακριβή γνώση ενός φαινομένου ή γεγο-

νότος είναι απαραίτητη η γνώση της πρώτης αιτίας, του εσχάτου λόγου, της υπάρξεώς του: «Τότε γάρ οϊόμεθα γινώσκειν έκαστον, όταν τα αίτια γνωρίσωμεν τα πρώτα και τας αρχάς τας πρώτας και μέχρι των στοιχείων» (Φυσικά, Φυσικής ακροάσεως, 184a) και παρακάτω: «...ειδέναι δε ου πρότερον οϊόμεθα έκαστον πριν αν λάβωμεν (κατανοήσουμε) το διά τι περί έκαστον, τούτο δ' εστί το λαβείν την πρώτην αιτίαν» (ό.π., 194b19-20). Η αιτία ενός «έκαστου» (π.χ. του φαινομένου της γεννήσεως ενός ζώου)⁸ δεν είναι μία. Ο Α. διακρίνει τέσσερις μορφές αιτίων: το είδος, την ύλη, το ποιητικό αίτιο και το τελικό αίτιο: «επει δ' αι αιτίαί τέτταρες, περί πασών του φυσικού ειδέναι, και εις πάσας ανάγων το διά τι αποδώσει φυσικώς, την ύλην, το είδος, το κινήσαν, το οὔ ένεκα» (ό.π., 198a,22-24) (απόδοση από τον Β. Κάλφα: Επειδή οι αιτίες είναι τέσσερις, χρέος του φυσικού είναι να τις αναγνωρίσει όλες και, ανάγοντας το «γιατί» και στις τέσσερις -στην ύλη, στο είδος, σ' αυτό που προκάλεσε την κίνηση και στο σκοπό-, να είναι σε θέση να δώσει τη φυσική ερμηνεία).

Η αρρώστια που προσβάλλει έναν συγκεκριμένο άνθρωπο είναι, επίσης, «έκαστον» (ξεχωριστό) που θα μπορούσε να ερμηνευθεί με τη θεωρία των τεσσάρων αιτίων: Εδώ το «είδος» αναφέρεται στο πρόσωπο (το όλον) του ασθενούς (ποιος νοσει), η «ύλη» στο υλικό στοιχείο (υπόστρωμα, όργανο) που «φιλοξενεί» τη νόσο (τι νοσει), το «κινήσαν» (αρχικό ποιητικό αίτιο) στο βιολογικό παρελθόν του αρρώστου, στις επάλληλες δράσεις ή παραλείψεις που οδήγησαν στο «οὔ ένεκα» (τελικό αίτιο), δηλαδή, το βιολογικό υστερόγραφο της αρρώστιας και το αναπότρεπτο της υπάρξεώς της (γιατί νοσει). Μια τέτοια, εις βάθος, ερμηνεία της νόσου περιλαμβάνει όχι μόνο την αιτιολογία της, αλλά και την παθογένειά της,

8. Το παράδειγμα της γεννήσεως ενός ζώου χρησιμοποιεί ο Β. Κάλφας στο βιβλίο του «Ο Αριστοτέλης – πίσω από τον φιλόσοφο» (εκδ. «Καθημερινής» 2014). Το «είδος» αναφέρεται στο είδος του ζώου που αναπαράγεται, η «ύλη» στη σωματική υπόσταση του νεογνού, το «ποιητικό αίτιο» στους γεννήτορες και το «τελικό αίτιο» (ο σκοπός) στη διατήρηση του είδους.

τον τρόπο δημιουργίας της. Η επιστημονική έρευνα τότε μόνο μπορεί να ικανοποιήσει τον φιλόσοφο, όταν αυτός έχει ανατρέξει σε όλες τις πτυχές της πραγματικότητας που την υποστασιάζει.

Στο «Περί Ψυχής» -που είναι μια επιτομή της ανθρωπίνης φυσιολογίας-, ο Α. αναφέρεται στο γεγονός της ζωής (όπως αυτή παρατηρείται σε ένα «σώμα φυσικόν»), την οποία ορίζει ως ικανότητα για αυτοσυντήρηση, αύξηση και φθορά: «Ζωήν δε λέγομεν την δι' αυτού τροφήν τε και αύξησιν και φθίσιν» (B,412a,10). Κάθε μορφή ζωής είναι «ουσία», συντίθεται από ύλη και εμφανίζεται σε μορφή. Η ψυχή είναι, επίσης, ουσία που παίρνει τη μορφή του σώματος και έχει δυνατότητα ζωής: «Αναγκαίον άρα την ψυχήν ουσίαν είναι ως είδος σώματος φυσικού δυνάμει ζωήν έχοντος. Η δ' ουσία εντελέχεια⁹ (τελείωση)» (Περί Ψυχής, B,412a,19-21). Η κορυφαία ουσία-εντελέχεια ενός ζωντανού σώματος είναι η ψυχή: «Διό η ψυχή εστιν εντελέχεια η πρώτη σώματος φυσικού δυνάμει ζωήν έχοντος» (ό.π.). Το σώμα ζει όταν και επειδή έχει ψυχή. Το χαρακτηριστικό της ψυχής δεν είναι τα μέρη της, όπως υπεστήριζε ο Π., αλλά οι δυνάμεις της, κοινές για όλα τα έμβια (θρεπτική, αναπαραγωγική), ειδικές για τα ζώα (κινητική, αισθητική, ορεκτική) και ακόμη ειδικότερες για τον άνθρωπο (διανοητική – σκέψη).

Τα ψυχικά αισθήματα, νοσήματα και «πάθη» προϋποθέτουν την ύπαρξη συλλειτουργούντος σώματος, που αναλαμβάνει, άλλωστε, την έκφρασή τους: «Εοικε δε τα της ψυχής πάθη πάντα είναι μετά σώματος, θυμός, πραότης, φόβος, έλεος, θάρσος, έτι χαρά και το φιλείν τε και μισείν· άμα γάρ τούτοις πάσχει τι το σώμα» (Περί ψυχής, A,403a,16-20). Η «ψυχή», όμως, του Α. διαφέρει από εκείνη του Πλάτωνα: δεν είναι αθάνατη, αφού δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς το σώμα και δεν μετενσαρκώνεται. ■

9. «Έντελεχής – εντελέχεια»: αριστοτελικός όρος από το εν+τέλος+έχω, δηλαδή έχω εντός την τάση για ολοκλήρωση, τελείωση κάποιου σκοπού. Είναι γραμματικώς άσχετος με το «ενδελεχής – ενδελέχεια» = ο λεπτομερής, συνεχής και μτφ. επιμελής (Λεξ. Τεγόπουλος-Φυτράκης).

Κύστη χοληδόχου πόρου - Παρουσίαση περιστατικού και αναδρομή στην εμπειρία 15 ετών της κλινικής μας

Γ. Καμπούρογλου, Ε. Ιακωμίδης, Α. Δημοπούλου, Μ. Μαρικόζου, Δ. Φραγγίδη,
Ν. Χριστόπουλος, Ν. Γαβαλάκης, Σ. Αντύπας, Κ. Νίκας
Α΄ Χειρουργική Κλινική Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κύστη χοληδόχου πόρου αποτελεί μια σπανιότατη στον δυτικό κόσμο συγγενή διαμαρτία που περιλαμβάνει κυστικές διατάσεις σε διάφορα σημεία του χοληφόρου δένδρου. Παρουσιάζονται η περίπτωση κοριτσιού 9

ετών με ατρακτοειδούς τύπου κύστη χοληδόχου πόρου και η εγχειρητική της αντιμετώπιση, καθώς και η εμπειρία της κλινικής μας στην αντιμετώπιση παρόμοιων περιστατικών την τελευταία δεκαπενταετία.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Κύστη χοληδόχου πόρου, παιδιά, αναστόμωση κατά Roux-en-Y

Εισαγωγή

Η κύστη χοληδόχου πόρου αποτελεί μια συγγενή διαμαρτία που περιλαμβάνει κυστική διάταση διαφόρων πόρων του χοληφόρου δένδρου. Αποτελεί μια σπανιότατη πάθηση στον δυτικό κόσμο και εκδηλώνεται με κοιλιακό άλγος ή ίκτερο κατά την παιδική ηλικία και ανιούσα χολαγγειίτιδα ή και παγκρεατίτιδα σε μεγαλύτερες ηλικίες. Η θεραπεία της είναι χειρουργική για την πρόληψη πιθανής βλάβης στο ήπαρ, του ικτέρου, καθώς και της κακοήθους εξαλλαγής της.

Παρουσιάζονται η περίπτωση κοριτσιού ηλικίας 9 ετών με κύστη χοληδόχου πόρου, η εγχειρητική της αντιμετώπιση, καθώς και η εμπειρία της κλινικής μας στην αντιμετώπιση αντίστοιχων περιστατικών την τελευταία δεκαπενταετία.

Περιγραφή περίπτωσης

Πρόκειται για κορίτσι 9 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, το οποίο στο πλαίσιο διερεύνησης χρόνιου κοιλιακού άλγους υποβλήθηκε σε υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας. Αυτό ανέδειξε κυστικό σχηματισμό στην πύλη του ήπατος. Ακολούθησε περαιτέρω διερεύνηση με τη διενέργεια MRCP (**εικόνα 1**), η οποία ανέδειξε μια ευμεγέθη κύστη χοληδόχου πόρου ατρακτοειδούς τύπου (Ib κατά Todani). Ο εργαστηριακός έλεγχος (γενική αίματος και πλήρης βιοχημικός έλεγχος) δεν ανέδειξε παθολογικές τιμές.

Η ασθενής υπεβλήθη σε λαπαροτομία με τομή Kocher στο δεξιό υποχόνδριο, αφαίρεση της κύστεως χοληδόχου πόρου, χολοκυστεκτομή και αναστόμωση του κολοβώματος του κοινού χοληδόχου πόρου σε

Υπεύθυνος επικοινωνίας

Γεώργιος Καμπούρογλου, Ειδικευόμενος Ιατρός Α΄ Χειρουργικής Κλινικής Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία», e-mail: gkambouroglou@gmail.com

έλικα νήστιδος κατά Roux-en-Y, καθώς και σε επ' ευκαιρία σκωληκοειδεκτομή (**Εικόνα 2**).

Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ανεπίπλεκτη και η ασθενής εξήλθε την 7η μετεγχειρητική ημέρα σε εξαιρετική γενική κατάσταση. Μέχρι σήμερα, 2 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση, δεν παρουσιάζει κάποια επιπλοκή.

Συζήτηση

Η κύστη χοληδόχου πόρου αποτελεί μια σπανιότατη διαμαρτία για τον δυτικό κόσμο, με αναφερόμενη επίπτωση από 1:100.000 έως 1:2.000.000 γεννήσεις ζωντανών νεογνών. Είναι πολύ συχνότερη σε ασιατικούς πληθυσμούς, με επίπτωση έως και 1:1.000 γεννήσεις στην Ιαπωνία. Με βάση τις διεθνείς σειρές, υπάρχει μια σαφής επικράτηση του γυναικείου φύλου (3 έως 4:1).^{1,2}

Η διάγνωση τίθεται συνήθως κατά την πρώτη δεκαετία της ζωής (60%), 20% περίπου των ασθενών διαγιγνώσκονται κατά τον προγεννητικό έλεγχο, ενώ το υπόλοιπο 20% περίπου παραμένει αδιάγνωστο μέχρι μεγαλύτερες ηλικίες.³

Η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη σήμερα ταξινόμηση είναι η κατά Todani, που περιλαμβάνει 5 κύριους τύπους. Ο συχνότερα απαντώμενος τύπος (I) αντιστοιχεί στο 90% περίπου των περιπτώσεων και περιλαμβάνει 2 υποτύπους: Ia κυστική και Ib ατρακτοειδής διάταση του χοληδόχου πόρου.⁴

Παρότι η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη, θεωρείται συγγενής διαμαρτία, πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Πολλές θεωρίες έχουν προταθεί, χωρίς να εξηγούν πειστικά τη δημιουργία της, ενώ ένας ενιαίος μηχανισμός δεν φαίνεται να μπορεί να εξηγήσει τη δημιουργία των διαφόρων τύπων της κατά Todani ταξινόμησης.^{3,5}

Η κλινική εικόνα δεν είναι συνήθως τυπική. Στη νεογνική – βρεφική ηλικία οι ασθενείς παρουσιάζονται με εικόνα παρόμοια με εκείνη της ατρησίας χοληφόρων⁶, ενώ σε μεγαλύτερα παιδιά, αλλά και στους ενήλικες παρουσιάζει ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων και σημείων (κοιλιακό άλγος, έμετοι, πυρετός, ίκτερος, αποχρωματισμένα κόπρανα, ψηλαφητή κοιλιακή μάζα).⁵

Η διάγνωση τίθεται συνήθως με υπερηχογράφημα (από 71% έως 97% ευαισθησία)⁷, ενώ η MRCP θεωρείται η πλέον ενδεδειγμένη απεικονιστική μέθοδος,

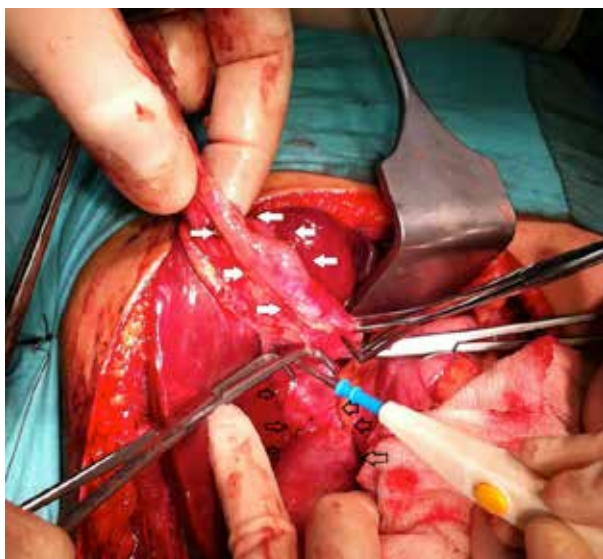


Εικόνα 1: MRCP. Κύστη χοληδόχου πόρου (κόκκινα βέλη), χοληδόχος κύστη (μπλε βέλη)

καθώς δεν εμπεριέχει τις επιπλοκές και τεχνικές δυσκολίες της επεμβατικής χολαγγειογραφίας, ενώ έχει ευαισθησία 90% έως 100%, παρέχοντας λεπτομερείς εικόνες του χοληφόρου δένδρου.⁸

Η ασθενής μας αποτελεί μια τυπική περίπτωση ασθενούς με την περιγραφόμενη διαμαρτία: θήλυ, στην πρώτη δεκαετία της ζωής, με χρόνιο άτυπο κοιλιακό άλγος και τον συχνότερα απαντώμενο τύπο κύστης χοληδόχου πόρου.

Η αντιμετώπιση είναι χειρουργική: πλήρης εκτομή της κύστης, χολοκυστεκτομή και αναστόμωση του κολοβώματος του κοινού ηπατικού πόρου σε έλικα νήστιδος κατά Roux-en-Y. Παλαιότερες τεχνικές με παροχέτευση της κύστης στο δωδεκαδάκτυλο ή σε έλικα νήστιδος δεν είναι σήμερα αποδεκτές, λόγω των υψηλών ποσοστών επιπλοκών (χολαγγειίτιδα, ηπατικές βλάβες, παγκρεατίτιδα, κακοήθης εξαλλαγή της κύστης σε χολαγγειοκαρκίνωμα).⁹ Όταν συνυπάρχουν κύστεις στα ενδοηπατικά χοληφόρα, πρέπει να συζητείται το ενδεχόμενο τμηματικής ηπατεκτομής, ενώ στη νόσο του Caroli μπορεί να απαιτηθεί και μεταμόσχευση ήπατος. Ο τύπος III της κατά Todani ταξινόμησης (χοληδοχοκήλη) δεν απαιτεί την πλήρη εκτομή της κύστεως, αλλά διαδωδεκαδακτυλική ή ενδοσκοπική μαρσιποποίησή της.^{3,10}



Εικόνα 2α: Διεγχειρητική φωτογραφία κατά την παρασκευή της χοληδόχου κύστης (άσπρα βέλη). Διακρίνεται η κύστη χοληδόχου πόρου (μαύρα βέλη)



Εικόνα 2β: Αναστόμωση του κολοβώματος του κοινού ηπατικού πόρου με έλικα νήστιδας κατά Roux-en-Y (λευκά βέλη)

Σε μια αναδρομική μελέτη των περιπτώσεων που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας, πριν από την παρουσιαζόμενη περίπτωση, εντοπίσαμε 7 ασθενείς με κύστη χοληδόχου πόρου τα τελευταία 15 χρόνια.

Παρατηρήσαμε μια αξιοσημείωτη επικράτηση των θήλεων ατόμων (85,7% των περιπτώσεων). Σε 5 ασθενείς διεγνώσθη με διενέργεια υπερηχογραφήματος και/ή MRCP κύστη χοληδόχου πόρου τύπου Ib κατά Todani και σε 2 ασθενείς τύπου Ia. Η διάγνωση έγινε κατά την πρώτη τριετία της ζωής στο σύνολο των ασθενών (εύρος: 1 μηνών - 3 ετών, διάμεσος: 18 μήνες). Η πιο συχνή κλινική εκδήλωση ήταν ίκτερος (4

ασθενείς), ακολουθούμενη από πόνο στο δεξιό υποχόνδριο (2 ασθενείς), ενώ η κύστη χοληδόχου πόρου ήταν τυχαίο εύρημα σε 1 ασθενή. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση που περιλάμβανε εκτομή της κύστης με αναστόμωση του κολοβώματος του κοινού ηπατικού πόρου με έλικα νήστιδας κατά Roux-en-Y και χολοκυστεκτομή. Δύο ασθενείς χάθηκαν από το follow-up, ενώ οι υπόλοιποι 5 δεν παρουσίασαν κάποια άμεση ή απώτερη μετεγχειρητική επιπλοκή. Η χειρουργική αντιμετώπιση της κύστης χοληδόχου πόρου σε έμπειρα χέρια αποδεικνύεται ασφαλής.¹¹ ■

Choledochal cyst - Case report and review of similar cases in our department during the last 15 years

G. Kampouroglou, E. Iakomidis, A. Dimopoulou, M. Marikosu, D. Fraggidi, N. Christopoulos, N. Gavalakis, S. Antypas, K. Nikas

1st Department of Surgery, Agia Sophia Children's Hospital

Choledochal cyst is a rare congenital anomaly in the western world, consisting of cystic dilatations of the biliary tree. We present the case of a 9 year

old girl with a fusiform choledochal cyst, as well as the experience of our department in the treatment of similar cases during the last fifteen years .

KEY WORDS: Choledochal cyst; children; Roux-en-Y anastomosis

1. J. Singham, E.M. Yoshida, C.H. Scudamore: Choledochal cysts: Part 1 of 3: classification and pathogenesis. *Can J Surg.* 52:434-440 2009.
2. J.Y. Mabrut, G. Bozio, C. Hubert, J.F. Gigot: Management of congenital bile duct cysts. *Dig Surg.* 27:12-18 2010.
3. Coran A et al: Pediatric Surgery, 7th Edition, Elsevier Saunders.
4. T. Todani, Y. Watanabe, T. Fujii, et al.: Congenital bile duct cysts: Classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg.* 134:263-269 1977.
5. F. Alonso-Lej, W.B. Rever Jr, D.J. Pessagno: Congenital choledochal cyst, with a report of 2, and an analysis of 94, cases. *Int Abstr Surg.* 108:1-30 1959.
6. M. Davenport, P. Betalli, L. D'Antiga, et al.: The spectrum of surgical jaundice in infancy. *J Pediatr Surg.* 38:1471-1479 2003.
7. S.P. Huang, H.P. Wang, J.H. Chen, et al.: Clinical application of EUS and peroral cholangioscopy in a choledochoceles with choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc.* 50:568-571 1999.
8. D.H. Park, M.H. Kim, S.K. Lee, et al.: Can MRCP replace the diagnostic role of ERCP for patients with choledochal cysts? *Gastrointest Endosc.* 62:360-366 2005.
9. M. Kasai, Y. Asakura, Y. Taira: Surgical treatment of choledochal cyst. *Ann Surg.* 172:844-851 1970.
10. R. Masetti, A. Antinori, R. Coppola, et al.: Choledochoceles: Changing trends in diagnosis and management. *Surg Today.* 26:281-285 1996.
11. Καμπούρογλου Γ, Φραγγίδη Δ, Ιακωμίδης Ε, Βλατάκης Σ, Χριστόπουλος Ν, Νίκας Κ. Κύστες χοληδόχου πόρου και η αντιμετώπισή τους. Η εμπειρία 15 ετών της κλινικής μας. Πρακτικά 30ού Πανελληνίου Συνεδρίου Χειρουργικής Παιδών, 23-25 Οκτωβρίου 2015, Αθήνα.

Ευμεγέθης μάζα μαλακών μορίων νεογνικής ηλικίας

Λ. Νάση, Α. Αλεξόπουλος, Τ. Κάκουρου

Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο εξωνεφρικός νεογνικός κακοήθης ραβδοειδής όγκος αποτελεί έναν σπάνιο τύπο νεοπλασματος που μπορεί να μιμηθεί κλινικά τους καλοήθεις αγγειακούς όγκους, γεγονός που μπορεί να καθυστερήσει την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Περιγράφεται η περίπτωση νεογνού με ευμεγέθη μάζα μαλακών μορίων αριστερού βραχίονα, η οποία θεωρήθηκε ως βρεφικό αιμαγγείωμα, και το νεογνό έλαβε αγωγή με προπρανολόλη αρχικά, χωρίς ανταπόκριση. Η διάγνωση

επιβεβαιώθηκε με την ιστολογική εξέταση, η οποία κατέδειξε μεταστατική διήθηση από εξωνεφρικό κακοήγη ραβδοειδή όγκο. Συμπερασματικά, υπάρχουν πολλές δερματικές βλάβες που μιμούνται τα βρεφικά αιμαγγείωματα. Η διαφορική διάγνωσή τους από τους καλοήθεις αγγειακούς όγκους μπορεί να γίνει με την κλινική εξέταση. Η ιστολογική εξέταση παραμένει εξέχουσα για την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση του όγκου επί αμφιβολίας.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Βρεφικά αιμαγγείωματα, ραβδομυοσάρκωμα, προπρανολόλη

Περιγραφή περίπτωσης

Πρόκειται για θήλυ νεογνό 10 ημερών το οποίο γεννήθηκε σε ιδιωτικό μαιευτήριο και διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας λόγω ευμεγέθους μάζας μαλακών μορίων αριστερού βραχίονα ταχέως εξελισσόμενης (**Εικόνα 1**). Το νεογνό γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό, από μητέρα πρωτοτόκο, με χαμηλό βάρος γέννησης (2.480 gr) και φυσιολογικό Apgarscore. Από το μαιευτικό ιστορικό αναφέρονται αιμορραγία πρώτου τριμήνου κύησης και οριακή καμπύλη σακχάρου της μητέρας. Το οικογενειακό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Το νεογνό κατά τη γέννηση ήταν σε καλή γενική κατάσταση και σταθερό αιμοδυναμικά. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ευμεγέθης μάζα στον αριστερό βραχίονα/σύστοιχη ωμική περιοχή (ημίσκληρης σύστασης και στίλβουσας χροιάς), ενώ η κλινική εξέ-

ταση από τα υπόλοιπα συστήματα ήταν φυσιολογική.

Πραγματοποιήθηκαν κλινικοεργαστηριακή εκτίμηση και απεικονιστικός έλεγχος για τη διερεύνηση της βλάβης όπως περιγράφεται ακολούθως: 1) Απεικονιστικός έλεγχος εγκεφάλου με υπερηχογράφημα και μαγνητική τομογραφία που ήταν φυσιολογικός, 2) Απεικονιστικός έλεγχος με υπερηχογράφημα κοιλίας που ήταν φυσιολογικός, 3) Οφθαλμολογική εξέταση που ήταν φυσιολογική, 4) Νευρολογική εκτίμηση που ήταν φυσιολογική, 5) Υπερηχογράφημα μαλακών μορίων αριστερού βραχίονα σύμφωνα με το οποίο: «Ελέγχεται στον υποδόριο και ενδομυϊκό χώρο μάζα μαλακών μορίων με ανομοιογενή ηχοδομή και ελαφρώς έντονη υπεραϊμία με ομαλό περίγραμμα, περιβάλλει το βραχιόνιο οστό και εξαπλώνεται σε όλο το μήκος του βραχιονίου μέχρι τον αγκώνα. Έχει χα-

Υπεύθυνη επικοινωνίας

Νάση Λαμπρινή, Λ. Χαλανδρίου 18, Αγ. Παρασκευή, τηλ.: 2110170239, e-mail: nasi_lina@yahoo.gr

Πίνακας 1. ΜΟΝΗΡΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ: ΟΓΚΟΙ ΚΑΙ ΔΥΣΜΟΡΦΙΕΣ

Συγγενή αιμαγγειώματα: Συγγενή αιμαγγειώματα που υποστρέφονται ταχέως {RICH}.

Συγγενή αιμαγγειώματα που δεν υποστρέφονται {NICH}.

Θυσοσαντώ αγγείωμα και Τύπου Καροσι αιμαγγειοενδοθηλίωμα.

Πυογόνο κοκκίωμα.

Αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες.

Εκκρινή αγγειωματώδη αμαρτώματα.

Τριχοειδική δυσπλασία (port-wine-stain).

Φλεβική δυσπλασία.

Λεμφοειδική δυσπλασία.

Φλεβοειδοχοραιοειδική δυσπλασία.

Μυρμηκιδέες αιμαγγειώματα.

Τριχοειδική/Λεμφική/Φλεβική Δυσπλασία (σ. Klippel/Trenaunay).

Πίνακας 2. ΜΟΝΗΡΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Νεανικό ξανθοκοκκίωμα.

Δερμοειδής κύστη.

Νεογνική μυοϊνωμάτωση και νεογνικό αιμαγγειοπερικύττωμα.

Λίπωμα ιερού οστού.

Πιλοματοτρίχωμα.

Μονήρες δικτυοενδοθηλιακό ιστοκύττωμα.

Λιποβλάστωμα.

Εγκεφαλοκλήλη/Μηνιγγοκλήλη.

Ετεροτοπικός εγκεφαλικός ιστός.

Δικτυωτό νευροϊνωμα.

Σπίλος του Splitz.

ρακτήρα συμβατό με αιμαγγείωμα, 6) Μαγνητική τομογραφία αριστερής ωμικής ζώνης που περιγράφει «ελαφρώς ανομοιογενή, συμπαγή εξεργασία με χαρακτηριστικά αυξημένης κυτταροβρίθειας, επεκτεινόμενη μέχρι το ύψος του αριστερού αγκώνα και κατά μήκος του υποδορίου κυτταρολιπώδους ιστού της αριστερής πλαγίας θωρακικής χώρας με συμμετοχή της σύστοιχης κατώτερης πλαγίας τραχηλικής και υπερκλειδιάς χώρας, χωρίς στοιχεία διήθησης. **Εντός αυτής διαπιστώνονται γραμμοειδείς σχηματισμοί κενού σήματος ροής με απεικονιστικούς χαρακτήρες που θυμίζουν αγγεία.**

Συνοψίζοντας, το παρόν περιστατικό αφορά νεογνό ηλικίας 10 ημερών με ταχέως εξελισσόμενη ευμεγέθη μάζα αριστερού βραχίονα/σύστοιχης ωμικής περιοχής, το οποίο λαμβάνει αγωγή με προπρανολόλη από το στόμα από το 1ο 24ωρο ζωής. Η αρχική διάγνωση είναι το βρεφικό αιμαγγείωμα, ενώ τονίζεται ότι ο απεικονιστικός έλεγχος της μάζας περιγράφει χαρακτήρες πιθανώς αιμαγγειώματος. Το νεογνό παρέμεινε αιμο-

δυναμικά σταθερό. Προβλημάτισαν εντούτοις ιδιαίτερα (α) οι χαρακτήρες της βλάβης (ημίσκληρη σύσταση και στίλβουσα χροιά), (β) η ταχεία αύξηση της μάζας και (γ) η έλλειψη ανταπόκρισης στην υδροχλωρική προπρανολόλη, παρόλο που την έλαβε για σύντομο χρονικό διάστημα. Παραπέμπεται για περαιτέρω έλεγχο (βιοψία βλάβης) στην κλινική μας. Η ιστολογική εξέταση/βιοψία δείχνει :«Λεμφαδένα μικρής διαμέτρου 1,2 εκ. με εκτεταμένη μεταστατική διήθηση από **εξωνεφρικό κακοήγη ραβδοειδή όγκο**. Η ανοσοϊστοχημική ανάλυση στην πλειοψηφία των νεοπλασματικών κυττάρων της βλάβης (>99%) έδειξε απώλεια της πρωτεΐνης, παραγώγου του ογκοκατασταλτικού γονιδίου SMARCB1 του αδρανοποιημένου στους νεφρικούς/εξωνεφρικούς κακοήθεις ραβδοειδείς όγκους και άτυπους τερατοειδείς/ραβδοειδείς όγκους, ενώ οι ενδογενείς μάρτυρες {ενδοθηλιακά κύτταρα και λεμφοκύτταρα} ήταν έντονα θετικοί».

Με τη λήψη του ανωτέρω αποτελέσματος το νεογνό παραπέμφθηκε στο Κέντρο Ειδικών Θεραπειών της κλινικής μας για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση.

Πίνακας 3. ΜΟΝΗΡΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Δερματοϊνοσάρκωμα προεξέχον και ινοβλάστωμα εκ γιγαντιαίων κυττάρων.

Νεογνικό ινοσάρκωμα.

Ραβδομυοσάρκωμα.

Λεμφοβλαστικό λέμφωμα.

Πίνακας 4. ΠΟΛΥΕΣΤΙΑΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

Πολυεστιακή λεμφοαγγειοενδοθηλιωμάτωση.

Μεταστατικό νευροβλάστωμα.

Ιστοκυττάρωση τύπου Langerhans (νόσος Hashimoto-Pritzker, συγγενής αυτοπεριοριζόμενη δικτυοενδοκυττάρωση).

Ατρακτοειδές αιμαγγειοενδοθηλίωμα και σύνδρομο Maffucci.

Πυογόνο κοκκίωμα.

Φλεβοειδοχοριοειδική δυσμορφία.

Πολλαπλές φλεβικές δυσπλασίες.

Συγγενής αιμορραγική τηλεγγειεκτασία.

Τριχοειδική δυσπλασία (AVM).

Μυοϊνωμάτωση.

Μεταστατικό ραβδομυοσάρκωμα.

Συγγενής δερματική λευχαιμία.

Νευροβλάστωμα.

Περιφερικός πρωτογενής νευροεκτοδερμικός όγκος.

Αδρενοκορτικοειδές καρκίνωμα.



Εικόνα 1: Νεογνό ηλικίας 10 ημερών με μάζα μαλακών μοριών αριστερής ωμικής ζώνης

φυλή, στις πολύδυμες κυήσεις και στα πρόωρα νεογνά. Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνισή τους είναι η αυξημένη μητρική ηλικία, η αμνιοπαρακέντηση, η λήψη χοριακής λάχνης, οι πλακουντιακές ανωμαλίες και επιπλέον η αιμορραγία πρώτου τριμήνου της κύησης¹. Υπενθυμίζουμε ότι στο συγκεκριμένο νεογνό το χαμηλό βάρος γέννησης και η αιμορραγία του πρώτου τριμήνου κύησης ήταν παρόντα και παραπλάνησαν στη διάγνωση.

Τα Β.Α. παρουσιάζουν ένα χαρακτηριστικό μη γραμμικό μοντέλο ανάπτυξης. Συνήθως εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της δεύτερης εβδομάδας ζωής, όχι όμως αργότερα από τις δώδεκα (12) εβδομάδες². Η ταχύτητα αύξησής τους μειώνεται σταδιακά και σταματάει μεταξύ των 4 έως 6 μηνών (80%). Ένα μικρότερο ποσοστό συνεχίζει να αυξάνεται μέχρι τους 9 μήνες, ενώ μόνο το 5% αυτών αυξάνεται μέχρι την ηλικία των 18 μηνών². Τα Β.Α. ταξινομούνται σε επιφανειακά, βαθιά και μικτά, με κριτήριο το βάθος που καταλαμβάνουν στους μαλακούς ιστούς, και σε τμηματικά, πολυεστιακά και μικτά, με βάση την ανατομική τους κατανομή³.

Η πλειονότητα των Β.Α. δεν απαιτεί θεραπεία, καθότι είναι «καλοήθειες» μάζες και τείνουν να μειώνονται σημαντικά μέχρι περίπου το 3-5ο έτος. Επιπλοκές που απαιτούν θεραπεία συμβαίνουν στο 5-10 % των Β.Α. και τέτοιες είναι: η εξέλκωση, η παρεμπόδιση ζωτικών λειτουργιών και οι δυσμορφίες³. Σε αυτές τις περιπτώσεις συνιστάται η αγωγή με β-αναστολέα, όπως είναι η προπρανολόλη.

Συζήτηση

Τα βρεφικά αιμαγγειώματα (Β.Α.) είναι ο πιο συχνός όγκος μαλακών μοριών της βρεφικής ηλικίας (2,6-4,5%)¹. Απαντώνται συχνότερα στα κορίτσια, στην καυκάσια

Στη διαγνωστική προσέγγιση των Β.Α. η απεικόνιση δεν είναι συνήθως αναγκαία, καθότι η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό και στην κλινική εικόνα.

Το νεογνό που συζητούμε παρουσίασε ευμεγέθη μάζα ήδη από τη γέννηση με ημίσκληρη σύσταση ψηλαφητικά, που δεν αποτελούν τυπικά κλινικά ευρήματα για τα βρεφικά αιμαγγειώματα.

Υπάρχουν αρκετές βλάβες που μιμούνται τα Β.Α., οι οποίες μπορεί να είναι μονήρεις, πολυεστιακές ή ακόμα και κάποιες που συμπεριφέρονται είτε ως μονήρεις είτε ως πολυεστιακές. Απαιτείται υψηλός δείκτης κλινικής υποψίας για την έγκαιρη διάγνωσή τους (Πίνακες 1-4)^{4,5}.

Το νεογνό που παρουσιάζουμε δυστυχώς κατέληξε, καθότι δεν ανταποκρίθηκε στη χημειοθεραπευτική αγω-

γή και η κακοήθης μάζα του εξελίχθηκε τάχιιστα δίνοντας μεταστάσεις. Συμπεραίνουμε λοιπόν από τα ανωτέρω ότι τα Β.Α. τυπικά παρουσιάζονται τη 2η-4η εβδομάδα ζωής. Κλινικά χαρακτηριστικά τους είναι η μαλακή σύσταση, ο ευπίεστος χαρακτήρας τους και το σαφές περίγραμμα τους. Υποψία για διαφορετική κλινική οντότητα πρέπει να εγείρεται εάν μεγαλώνουν ταχέως (ρυθμός αύξησης), συνυπάρχει αρχική εξέλκωση του δέρματος και εάν διηθούν τους περιβάλλοντες μαλακούς ιστούς. Η διαφορική διάγνωση από αγγειακές δυσπλασίες μπορεί να γίνει **κυρίως με την κλινική εξέταση. Ο απεικονιστικός έλεγχος** (υπερηχογράφημα/μαγνητική τομογραφία) είναι σίγουρα βοηθητικός, όμως η ιστολογική εξέταση παραμένει εξέχουσα για την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση του όγκου επί αμφιβολίας. ■

Rapidly progressing soft tissue tumor in the neonatal period

L. Nasi, A. Alexopoulos, T. Kakourou

A malignant rhabdoid tumor in the neonatal period is very rare and it may mimic other more frequent appearing vascular tumors, thus the correct diagnosis and early treatment could be compromised unless there is a high index of clinical suspicion. We describe the case report of a neonate with a large tumour in his left arm, that was misdiagnosed as having an infantile haemangioma and received in the beginning treatment with propranolol without any improvement. The correct

diagnosis was confirmed by biopsy of the lesion which demonstrated a malignant rhabdoid tumour. In conclusion there are many clinical conditions masquerading as infantile haemangiomas. The differential diagnosis can be primarily based on clinical grounds. Histological examination of the lesion remains the gold standard for the correct diagnosis of the origin of a tumor in the neonatal period, in case the clinical characteristics of a vascular tumor are disputable.

KEY WORDS: Infantile haemangiomas; malignant rhabdoid tumor; propranolol

REFERENCES

1. Patricia Ann Laken, MSN, NNP-BC
Advances in Neonatal Care • Vol. 16, No. 2 • pp. 135-142 Infantile Hemangiomas
Pathogenesis and Review of Propranolol Use Copyright © 2016 by The National Association of Neonatal Nurses DOI: 10.1097/ANC.000000000000254.
2. Peter H. Hoeger & John I. Harper & Eulalia Baselga & Damien Bonnet & Laurence M. Boon & Marta Ciofi Degli Atti et al. Eur J Pediatr DOI 10.1007/s00431-015-2570-0
Treatment of infantile haemangiomas: recommendations of a European expert group.
3. David H. Darrow, MD, DDS, Arin K. Greene, MD, Anthony J. Mancini, MD, Amy J. Nopper, MD, the SECTION ON DERMATOLOGY, SECTION ON OTOLARYNGOLOGY-HEAD AND NECK SURGERY, and SECTION ON PLASTIC SURGERY PEDIATRICS Volume 136, number 4, October 2015
Diagnosis and Management of Infantile Hemangioma.
4. Iona J Frieden, Maureen Rogers and Maria C Garzon, *Australasian Journal of Dermatology* (2009) 50, 77-99. Conditions masquerading as infantile haemangioma: Part 1.
5. Iona J Frieden, Maureen Rogers and Maria C Garzon, *Australasian Journal of Dermatology* (2009) 50, 77-99. Conditions masquerading as infantile haemangioma: Part 2.

Διάγνωση και Αντιμετώπιση Διαφόρων Παθολογικών Καταστάσεων στα παιδιά

Α΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΝ ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ: Α. ΜΑΝΩΛΑΣ, Ε. ΜΠΑΡΜΠΟΥΤΗ, Χ. ΠΑΛΙΛΗ, Π. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ
ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ: Π. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ-ΓΑΡΤΑΓΑΝΗ, Α. ΚΑΔΙΤΗΣ

Ασθματικός παροξυσμός

Σύνοψη των συστάσεων που περιέχονται στις θέσεις ομοφωνίας GINA 2017, BTS 2016, NIH 2007

Το κείμενο αυτό δεν αποτελεί πρωτόκολλο αντιμετώπισης αλλά σύνοψη των οδηγιών που περιέχονται στις ανωτέρω θέσεις ομοφωνίας. Το τελικό σχέδιο αντιμετώπισης ενός ασθενούς τροποποιείται ανάλογα και διαμορφώνεται από το θεράποντα ιατρό

Άσθμα: είναι μία ετερογενής νόσος, χαρακτηριζόμενη από χρόνια φλεγμονή των αεραγωγών.

Περιλαμβάνει:

- συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα (βήχας, συριγμός, δύσπνοια, συσφικτικό αίσθημα στο στήθος)
- ποικίλου βαθμού στένωση των βρόγχων

Ασθματικός παροξυσμός: Επεισόδιο που εκδηλώνεται αιφνίδια ή προοδευτικά με συμπτώματα ασθματικού τύπου.

Χαρακτηρίζεται από:

- Προοδευτική αύξηση της συμπτωματολογίας του άσθματος
- Προοδευτική έκπτωση της πνευμονικής λειτουργίας.

Ο ασθματικός παροξυσμός

- Μπορεί να εμφανισθεί ως πρώτη διάγνωση του άσθματος
- Οφείλεται συνήθως σε εκλυτικούς παράγοντες
- Μπορεί να οφείλεται σε κακή συμμόρφωση στην αγωγή
- Μπορεί να εμφανιστεί χωρίς έκθεση σε γνωστούς εκλυτικούς παράγοντες
- Μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και σε καλά ρυθμισμένο άσθμα

Σύντομο ιστορικό :

- Χρόνος έναρξης συμπτωμάτων

ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟΥ ΠΑΡΟΞΥΣΜΟΥ

- Λοιμώξεις αναπνευστικού
- Εισπνεόμενα αεροαλλεργιογόνα
 - Άσκηση
- Αλλαγές θερμοκρασίας και υγρασίας περιβάλλοντος
 - Έκθεση σε καπνό
- Έκθεση σε ατμοσφαιρικούς ρύπους
 - Έκθεση σε ερεθιστικές ουσίες
 - Τροφικά αλλεργιογόνα
- Έντονη συναισθηματική φόρτιση
 - Στρες

- Αίτιο που πιθανώς λειτούργησε ως εκλυτικός παράγοντας
- Βαρύτητα των συμπτωμάτων όπως περιορισμός δραστηριότητας ή διαταραχές ύπνου
- Συμπτώματα αναφυλαξίας
- Παράγοντες κινδύνου για σοβαρό-απειλητικό παροξυσμό (βλέπε σημειώσεις)
- Αγωγή που λαμβάνει και ανταπόκριση

Κατά τη φυσική εξέταση

Εκτιμώνται ζωτικά σημεία, επίπεδο συνείδησης, ικανότητα σχηματισμού προτάσεων, χρήση επικουρικών μυών

ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΑΣΘΜΑΤΙΚΟΥ ΠΑΡΟΞΥΣΜΟΥ

Με βάση την κλινική εξέταση και τον έλεγχο της πνευμονικής λειτουργίας (PEF, FEV1) διακρίνουμε **ήπιο-μέτριο-σοβαρό και απειλητικό για τη ζωή** ασθματικό παροξυσμό:

| | |
|------------------------|--|
| ΗΠΙΟΣ | <p>Περιπατητικό παιδί Ξαπλώνει χωρίς δυσκολία Μιλά χρησιμοποιώντας προτάσεις Φυσιολογικός αριθμός σφύξεων Ταχύπνοια SpO₂>95%</p> |
| ΜΕΤΡΙΟΣ | <p>Μιλά χρησιμοποιώντας φράσεις Προτιμά να κάθεται παρά να ξαπλώνει Χωρίς ευερεθιστότητα Εισολκές Ταχύπνοια Ταχυκαρδία • >200 σφύξεις για παιδιά 0-3 χρονών • >180 για παιδιά 4-5 χρονών SpO₂ 92-95% PEF>50% προβλεπόμενης τιμής</p> |
| ΣΟΒΑΡΟΣ | <p>Μιλά με δυσκολία Δυσκολεύεται σε σίτιση /να πιει Γέρνει εμπρός Ευερεθιστότητα Εισολκές και μειωμένη είσοδος αέρα Ταχύπνοια Ταχυκαρδία • >200 σφ/min για παιδιά 0-3 • >180 σφ/min για παιδιά 4-5 χρονών • >120 σφ/min παιδιά >5χρονών SpO₂ <92% PEF<50% προβλεπόμενης τιμής</p> |
| ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ | <p>Υπνηλία, Σύγχυση, Σιωπηλός θώρακας, Κυάνωση, Υπόταση</p> |

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΖΩΤΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΗΛΙΚΙΑ

| Αριθμός αναπνοών | | Αριθμός σφύξεων | |
|------------------|---------|-----------------|----------|
| < 2 μηνών | <60/min | 2-12 μηνών | <160/min |
| 2-12 μηνών | <50/min | 1-2ετών | <120min |
| 1-5 ετών | <40/min | 2-8 ετών | <110/min |
| 6-12 ετών | <30/min | >8 ετών | <100/min |
| >12 ετών | <20/min | | |

Εργαστηριακός έλεγχος

Μέτρηση πνευμονικής λειτουργίας PEF, FEV1:

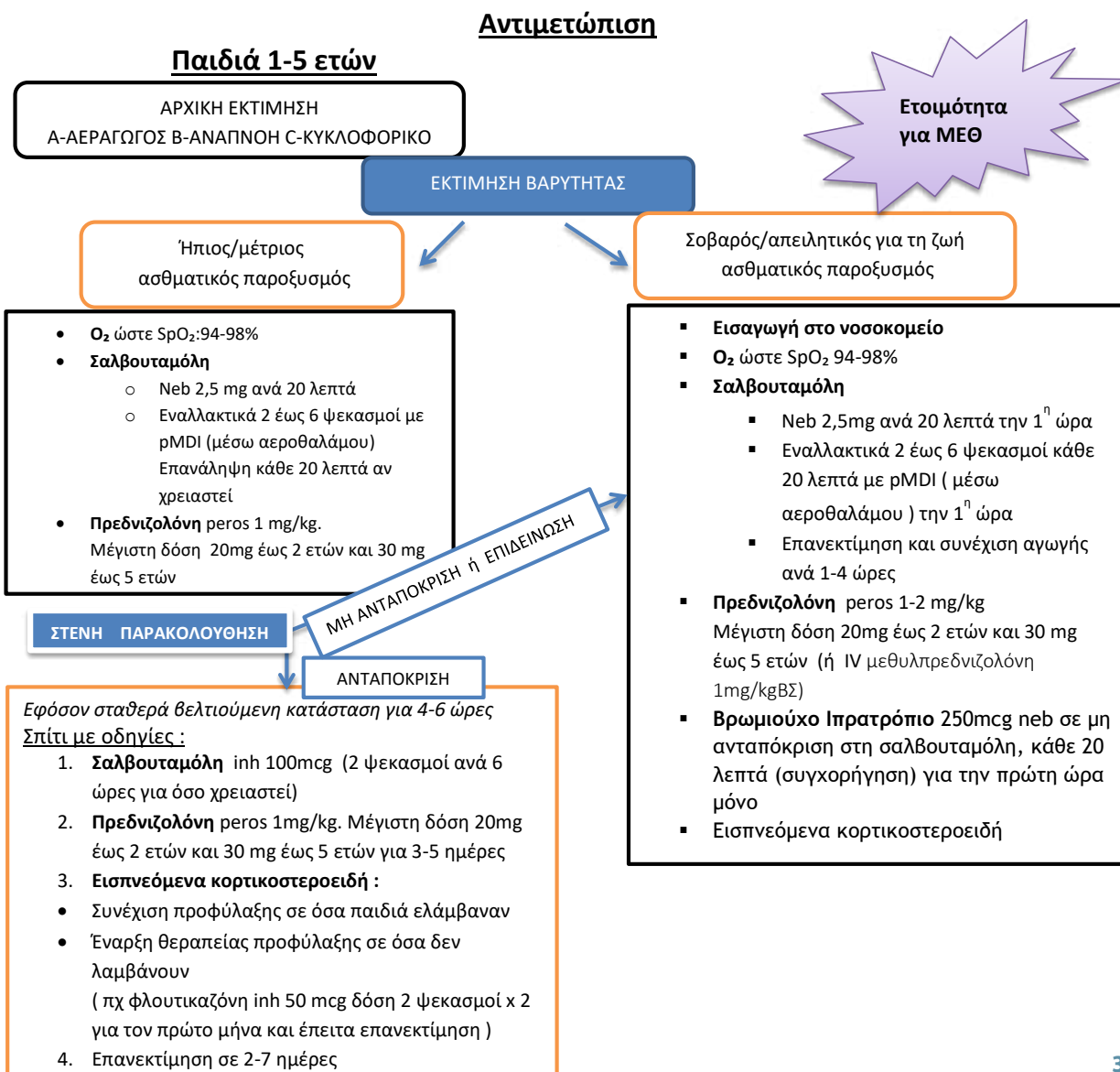
Σημαντικό να επιτελείται όπου είναι εφικτό και ειδικά πριν την έναρξη θεραπείας.

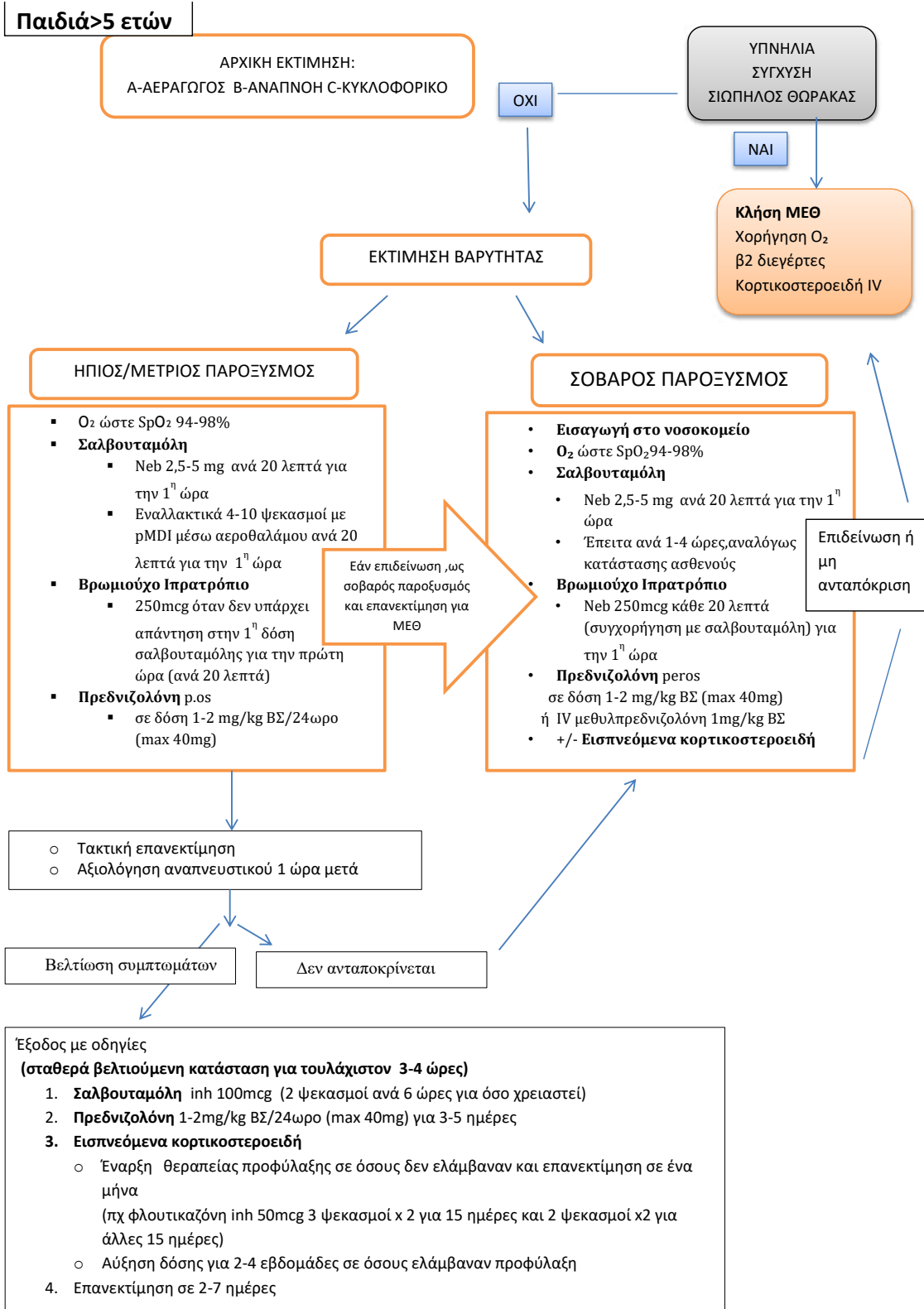
Ακτινογραφία θώρακος

- Όχι ως ρουτίνα
- Μόνο σε καταστάσεις όπου υπάρχει υποψία άλλης διάγνωσης από την κλινική εξέταση ή σε μη ανταπόκριση στην αγωγή

Αέρια αίματος

- Όχι αρχικώς.
 - Μόνο σε ασθενείς με PEF ή FEV1 <50%
 - Ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην αρχική θεραπεία ή παρουσιάζουν επιδείνωση
- *δεν διακόπτουμε τη χορήγηση οξυγόνου





ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Παράγοντες κινδύνου για σοβαρό/απειλητικό παροξυσμό:

- Ιστορικό ασθμ.παροξυσμού με διασωλήνωση και μηχανικό αερισμό
- Νοσηλεία ή επίσκεψη στο ΤΕΠ λόγω ασθμ.παροξυσμού το τελευταίο έτος
- Χρήση ή πρόσφατη ολοκλήρωση αγωγής με από του στόματος κορτικοστεροειδή
- Μη χρήση εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών στην παρούσα φάση
- Υπερβολική χρήση β2 διεγερτών βραχείας δράσης-ιδίως άνω της μίας συσκευής μηνιαίως
- Ιστορικό ψυχιατρικής πάθησης ή ψυχολογικών/κοινωνικών προβλημάτων
- Πτωχή συμμόρφωση σε χορηγηθείσα αγωγή
- Τροφική αλλεργία σε ασθενή με βρογχικό άσθμα

Η συστηματική (peros) θεραπεία με κορτικοστεροειδή:

- Πρέπει να ξεκινά εγκαίρως
- Επιταχύνει την ύφεση και προλαμβάνει υποτροπές
- Δεν απαιτεί σταδιακή μείωση της δοσολογίας εφόσον διαρκεί < 2 εβδομάδες

Τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή

- Έχουν θέση κυρίως στη μακροχρόνια ρύθμιση του άσθματος
- Σε υψηλές δόσεις μπορεί να αποτρέψουν νοσηλεία- (όχι ξεκάθαρες οδηγίες για δοσολογία/διάρκεια θεραπείας στα επείγοντα)
- Μπορεί να ελαττώσουν τη διάρκεια νοσηλείας σε συνδυασμό με από του στόματος στεροειδή

Κατά την έξοδο από το νοσοκομείο:

- Να δίνονται γραπτώς οι οδηγίες
- Να διασφαλίζεται ο σωστός τρόπος χορήγησης των εισπνεόμενων φαρμάκων και η συμμόρφωση στην αγωγή

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2017. Available from www.ginasthma.org
2. British Thoracic Society /Scottish Intercollegiate guidelines network. British Guideline on the management of asthma. A national clinical guide. September 2016
3. U.S Departments of human health and services/National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Full report 2007
4. Edmonds ML, Milan SJ, Camargo CA Jr, Pollack CV, Rowe BH. Inhaled steroids for acute asthma following emergency department discharge. Cochrane Database Syst Rev.2012;12:CD002316
5. Edmonds ML, Milan SJ, Camargo CA Jr, Pollack CV, Rowe BH. Early use of inhaled corticosteroids in the emergency department treatment of acute asthma. Cochrane Database Syst Rev.2012 Dec 12;12:CD002308
6. Razi CH, Akelma AZ, Harmanci K, Kocak M, Kuras Can Y. The addition of inhaled budesonide to standard therapy shortens the length of stay in hospital for asthmatic preschool children : a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Int Arch Allergy Immunol. 2015;166(4):297-303
7. Γιάλλουρος Π, Δουρος Κ, Κατσαρδής Χ, Ματζουράνη Ε, Νικολάου Ν, Τρίγκα Μ. Θέση ομοφωνίας για τη διάγνωση και αντιμετώπιση του ασθματικού παροξυσμού.Επιμέλεια έκδοσης Πρίφτης Κ, Ανθρακόπουλος Μ. Ελληνικές ομοφωνίες για τη διάγνωση και αντιμετώπιση του ασθματικού παροξυσμού, οξείας βρογχολίτιδας , οξείας λαρυγγοτραχειοβρογχίτιδας και τη χρήση των συσκευών χορήγησης εισπνεόμενων φαρμάκων. Ελληνική Παιδοπνευμονολογική Εταιρία, Αθήνα 2011

Αναφυλαξία: Διάγνωση και αντιμετώπιση

Μ. Δήμου, Κ. Σαλαβούρα, Ν. Λαλιώτη, Μ. Κουλούρη, Δ. Χατζής
Μονάδα αλλεργιολογίας άσθματος και φλεγμονής, Α' Παιδιατρική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

ΑΝΑΦΥΛΑΞΙΑ. Είναι επείγουσα, συστηματική αντίδραση υπερευαισθησίας του οργανισμού, η οποία αν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως δυνατόν να οδηγήσει στο θάνατο.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ. Αμιγώς κλινική, είναι πολύ πιθανή όταν πληρείται 1 από τα 3 κριτήρια:

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 1ο

Αιφνίδια εμφάνιση νόσου (εντός λεπτών μέχρι και μερικών ωρών) με συμπτώματα ή / και σημεία από το δέρμα, τους βλεννογόνους ή και τα δύο, και τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

- A)** Συμπτώματα ή / και σημεία από το αναπνευστικό.
- B)** Πτώση της αρτηριακής πίεσης ή συναφή συμπτώματα δυσλειτουργίας κάποιων τελικών οργάνων στόχων.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 2ο

Αν μετά από έκθεση σε αλλεργιογόνο εμφανιστούν αιφνιδίως (εντός λεπτών μέχρι και μερικών ωρών) τουλάχιστον 2 από τα ακόλουθα:

- A)** Συμμετοχή του δέρματος ή /και βλεννογόνου /ων
- B)** Συμπτώματα ή /και σημεία από το αναπνευστικό
- Γ)** Πτώση αρτηριακής πίεσης ή συναφή συμπτώματα από τελικά όργανα στόχους
- Δ)** Επίμονα γαστρεντερικά συμπτώματα

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 3ο

Πτώση της αρτηριακής πίεσης μετά από έκθεση σε αλλεργιογόνο (εντός λεπτών έως και μερικών ωρών):
Βρέφη < 12 μηνών: < 70 mmHg
Παιδιά 1-10 ετών: < 70 + (ηλικία) X 2 mmHg

Ηλικία > 10 ετών: < 90 mmHg
ή πτώση >30% της συστολικής αρτηριακής πίεσης από την τιμή αναφοράς για κάθε ασθενή

Διαγνωστικές δυσκολίες προκύπτουν, και απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή, όταν η αναφυλαξία:

- 1.** εκδηλώνεται χωρίς δερματικές εκδηλώσεις (10-20% περιστατικών), ή
- 2.** είναι διφασική, δηλαδή μετά από φαινομενική ύφεση εμφανίζεται εκ νέου κλινική εικόνα αναφυλαξίας, περί τις 2-72 ώρες αργότερα, αλλά στο 40% των επεισοδίων συμβαίνει τις επόμενες 8-10 ώρες. Αν και εντελώς απρόβλεπτη, συσχετίζεται, πιθανόν, με την βαρύτητα του επεισοδίου, την καθυστερημένη ή την λανθασμένη (οδός, δόση) χορήγηση αδρεναλίνης ή/ και στεροειδών, και αφορά περίπου το 20% των επεισοδίων (11% στα παιδιά).

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- **Άμεση εκτίμηση:** γενική κατάσταση ασθενούς, αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος.
- Άμεση χορήγηση αδρεναλίνης (Θεραπεία 1ης γραμμής)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ 1ης ΓΡΑΜΜΗΣ

Επινεφρίνη ενδομυϊκά (IM)

- Επινεφρίνη IM, 0,01 mg/kg ΒΣ διαλύματος 1:1000 (1mg/ml), Max 0,3 mg και 0,5 mg, παιδιά και έφηβοι (αντιστοιχώς)
- Χορηγείται με σύριγγα ινσουλίνης και βελόνη 19-21G κάθετα στο μεσαίο τμήμα της προσθιο-πλάγιας επιφάνειας του μηρού

- Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί, επαναλαμβάνεται η χορήγηση ανά 5-15min, ή όπως ορίζει η ανάγκη, έως και 3 ενδομυϊκές ενέσεις, συνολικά.

Επινεφρίνη ενδοφλέβια (IV)* Επί μη ανταποκρίσεως στην IM χορήγηση

- Διάλυμα 1:10,000 (1mg/ml διαλύματος επινεφρίνης αραιωμένο 10 φορές)
- Δόση: 0,01 mg/kg ΒΣ, με μέγιστο ρυθμό χορήγησης τα 0,1 μg/kg ΒΣ/min με αντίστοιχη τιτλοποίηση μέχρι την επίτευξη αποτελέσματος.

*Η bolus IV χορήγηση επινεφρίνης ενέχει κινδύνους (απειλητική αρρυθμία). Δίδεται αποκλειστικά από εξειδικευμένο προσωπικό στη ΜΕΘ υπό συνεχή παρακολούθηση.

Χορήγηση γλουκαγόνου IV

- Όταν η κατάσταση δεν ελέγχεται με την επινεφρίνη (π.χ. θεραπεία με αποκλειστές β-αδρενεργικών υποδοχέων).
- Δόση: 20-30 μg/kg ΒΣ (max 1mg) εντός 5 min
- Ακολουθεί έγχυση διαλ. 1mg γλουκαγόνου /1Lit D/W 5% , με ρυθμό 5-15 μg/min, και τιτλοποιούμενο σύμφωνα με την κλινική ανταπόκριση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ 2ης ΓΡΑΜΜΗΣ

- Αναζήτηση βοήθειας
- Απομάκρυνση αίτιου
- Σωστή τοποθέτηση ασθενούς
 - Σε ύπτια θέση με ανυψωμένα τα κάτω άκρα κατά 30°.
 - Καθεστηκία θέση αν εμφανίζει συμπτώματα από το αναπνευστικό.
 - Σε ύπτια θέση με στροφή προς τα αριστερά και ανασηκωμένα τα κάτω άκρα σε εγκύους και σε ασθενείς με εμέτους.
 - Θέση ανάνηψης σε περίπτωση που ο ασθενής είναι αναίσθητος.
 - Απαγορεύεται η απότομη αλλαγή θέσης σε όρθια στάση (μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο).
- Χορήγηση οξυγονου: 8-10 lit/min με μάσκα προσώπου ή λαρυγγική μάσκα σε όλους τους ασθενείς με αναφυλαξία.
- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών σε ασθενείς με συμπτώματα ή σημεία καρδιαγγειακής αστάθειας (π.χ.

υπόταση).

20 ml/kg ΒΣ bolus (φυσιολογικός ορός ή Ringer's Lactate) εντός 5-10 λεπτών σε μικρά παιδιά 1-2 lit ταχέως (5-10 ml/kg ΒΣ στα πρώτα 5 λεπτά) σε εφήβους

- Λήψη εισπνεομένων φαρμάκων σε ασθενείς με συμπτώματα από το αναπνευστικό
 - Λαρυγγικό οίδημα
 - Νεφέλωμα αδρεναλίνης, επιπλέον της IM χορηγούμενης.
 - Δόση: 2-5 ml διαλύματος επινεφρίνης 1 mg/ml
 - Βρογχόσπασμος
 - Εισπνεόμενος β2 -διεγέρτης αμέσου δράσεως Neb. Salbutamol: < 5 ετών 2.5mg & > 5 ετών 5.0mg
 - Επανάληψη βάσει ανταποκρίσεως
- Διασωλήνωση σε απόφραξη ή επαπειλούμενη απόφραξη

ΘΕΡΑΠΕΙΑ 3ης ΓΡΑΜΜΗΣ

Συνδυασμός H1 και H2 αντιισταμινικών και γλυκοκορτικοειδή.

• Αντιισταμινικά

Χορηγούνται, από στόματος, νεώτερα μη κατασταλτικά αντιισταμινικά, με κύρια ένδειξη την αντιμετώπιση των δερματικών συμπτωμάτων (κνησμός, κα). Τα 1ης γενεάς αντιισταμινικά, εκτός από την καταστολή, προκαλούν υπόταση, όταν χορηγούνται ταχέως ενδοφλεβίως.

Το μόνο IV αντιισταμινικό στην Ελλάδα Μηλεϊνική διμεθινδένη (Fenistil inj.sol. 4mg/4ml). Δόση: 0,1mg/kg Β.Σ. σε βραδεία έγχυση (20 min)

Από τα H2-αντιισταμινικά: Ρανιτιδίνη (1mg/kg ΒΣ Ρ.Ο. ή βραδέως IV, max 50mg).

• Γλυκοκορτικοειδή.

Φαίνεται ότι αποτρέπουν την παράταση των αναπνευστικών συμπτωμάτων και την έλευση της διαφασικής αναφυλαξίας. Η δοσολογία εξατομικεύεται, αν και αρκεί, συνήθως, μία δόση

Prednizone: 1 mg/kg p.o. (75mg)

Methylprednisolone: 1-2 mg/kg i.v. (125mg)

Hydrocortisone:

> 12 ετών 200 mg IM ή βραδέως IV

6 - 12 ετών :100 mg IM ή βραδέως IV
6 μηνών - 6 ετών : 50 mg IM ή βραδέως IV
< 6 μηνών: 25 mg IM ή βραδέως IV

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΑΝΑΦΥΛΑΞΙΑΣ

- Προσδιορισμός επιπέδων τρυπάσης ορού (Φ.Τ. 0.4 – 11 ng/ml)
- Αυξάνεται σε αναφυλαξία από υμενόπτερα και φάρμακα, αλλά όχι πάντα επί αναφυλαξίας τροφικής αιτιολογίας.
- Μέτρηση εντός 2 έως 6 ωρών, από ενάρξεως επεισοδίου.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΝΑΦΥΛΑΞΙΑ:

- Με συμπτώματα από το αναπνευστικό για τουλάχιστον 6 - 8 ώρες.
- Με κυκλοφορική αστάθεια για 12-24 ώρες από την εμφάνιση του επεισοδίου και την υποχώρηση των συμπτωμάτων (κίνδυνος διφασικής αναφυλαξίας).

ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΞΟΔΟΥ

1. Αποφυγή αλλεργιογόνου (αν είναι γνωστό).
2. Αυτενιέμενη επινεφρίνη (συνταγογράφηση και εκπαίδευση).
3. Παραπομπή σε ειδικό.

REFERENCES

1. Muraro A, Roberts G, Worm M, Bilomb, Brockow K, Fernandez Rivas M, et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 2014;69(8):1026-1045.
2. Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, Kemp SF, Lang DM, Bernstein DI, et al. *The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 update*.
3. Simons FE, Gu X, Silver NA, Simons KJ. EpiPen Jr versus EpiPen in young children weighing 15 to 30 kg at risk for anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 2002;109(1):171-175.
4. Thomas M, Crawford I. Best evidence topic report. Glucagon infusion in refractory anaphylactic shock in patients on beta-blockers. *Emerg Med J* 2005;22(4):272-273.
5. ASCIA www.allergy.org.au, *Acute management of anaphylaxis; Guidelines*.
6. Buckley MG, Variend S, Walls AF. Elevated serum concentrations of beta-tryptase, but not alpha tryptase, in Sudden Infant Death syndrome (SIDS). An investigation of anaphylactic mechanisms. *Clin Exp Allergy* 2001;31:1696-704.
7. Schwartz LB, Bradford TR, Rouse C, Irani AM, Rasp G, Van Der Linden PW. Development of a new, more sensitive immunoassay for human tryptase: use in systemic anaphylaxis. *J Clin Immunol* 1994;14(3):190-204.