

THE
JOURNAL OF THE
ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE
VOLUME 100 PART 1
1970

BRITISH LIBRARY

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



026000199878





464

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΣΤΟΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΣ

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ 20^{ου} ΑΙΩΝΑ

ΦΩΤΗΣ Δ. ΒΛΑΣΤΟΣ

ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2005





ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΣΤΟΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΣ

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ 20^{ου} ΑΙΩΝΑ

ΦΩΤΗΣ Δ. ΒΛΑΣΤΟΣ

ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2005



ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΕΩΣ: 13-7-2000

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΟΡΙΣΜΟΥ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ ΑΡΙΘΜ. 422 α/ 12-12-2000

ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:

1. Γερουλάνος Στέφανος, Καθηγητής Ιστορίας της Ιατρικής
2. Κωνσταντόπουλος Σταύρος, Καθηγητής Παθολογίας-Πνευμονολογίας
3. Βελογιάννη Λαμπρινή, Επίκουρος Καθηγήτρια Ηθικής και Δεοντολογίας

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΟΡΙΣΜΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ: 13-7-2000

ΟΝΟΜΑΤΑ ΜΕΛΩΝ 7ΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:

1. Γερουλάνος Στέφανος, Καθηγητής Ιστορίας της Ιατρικής
2. Ελισάφ Μωσής, Καθηγητής Παθολογίας
3. Κωνσταντόπουλος Σταύρος, Καθηγητής Παθολογίας-Πνευμονολογίας
4. Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής
5. Παπαδόπουλος Γεώργιος, Καθηγητής Αναισθησιολογίας
6. Βελογιάννη Λαμπρινή, Επίκουρος Καθηγήτρια Ηθικής και Δεοντολογίας
7. Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ: 30-6-2005

ΒΑΘΜΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΕΓΙΝΕ ΑΠΟΔΕΚΤΗ Η ΔΙΑΤΡΙΒΗ: ΑΡΙΣΤΑ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ:

Επαμεινώνδας Τσιάνος, Καθηγητής Παθολογίας

Η Γραμματέας της Ιατρικής Σχολής

Κ. Ευαγγελία Τσαγγαλά



Πρόλογος

«Τοίσιν υπό των φθισίων ενοχλουμένοισιν, ην το πτύσμα, όπερ αν αποβήσσωσι, βαρύ όζη επί τους άνθρακας επιχεόμενον,θανατώδες»

Ιπποκρατικά κείμενα, «Αφορισμοί», 4^{ος} αιώνας π.Χ.

*

“Clysterium donare ; postea seignare ; ensuite purgare”
“Κάνε υποκλυσμό, συνέχισε με αφαίμαξη και τέλειωσε με καθαρτικό»

Μολιέρος, «Ο Κατά Φαντασίαν Ασθενής», 17^{ος} αιώνας

*

«Άρθρο Τρίτο

Περιστασιακές Αιτίες της Πνευμονικής Φθίσεως

...Μεταξύ των περιστασιακών αιτίων της πνευμονικής φθίσεως, δεν γνωρίζω πλέον βεβαίως των θλιβερών παθών, κυρίως όταν αυτά είναι μακρόχρονα και βαθέα. Οφείλει να σημειώση της όπι η ίδια αιτία φαίνεται να συντελεί εις την εμφάνιση των καρκίνων και όλων των τυχαίων συμβαμάτων τα οποία δεν έχουν ανάλογα εις την ζωϊκήν οικονομίαν. Ίσως, εις αυτόν τον λόγον οφείλεται η μεγαλυτέρα συχνότης εμφανίσεως της πνευμονικής φθίσεως εις τας μεγάλας πόλεις. Εκεί οι άνθρωποι έχουν πολυαριθμοτέρας σχέσεις μεταξύ των, συνεπώς έχουν συχνότερας και σοβαροτέρας αιτίας θλίψεως.»

Theophile Laennec, «Εγχειρίδιο Ιατρικής», Παρίσι, 1824

*

«Από τούδε και εις το εξής δεν θα ασχολούμεθα πλέον, εις τον αγώνα μας εναντίον της τρομεράς μάστιγος της φυματώσεως, με κάτι ασαφές και ακαθόριστον. Βρισκόμεθα προ ενός παρασίτου ορατού και απτού, του οποίου ήδη γνωρίζουμε τις συνθήκες της υπάρξεως, συνθήκες τας οποίας δυνάμεθα να μελετήσουμε περαιτέρω εκ του σύνεγγυς. Γνωρίζουμε όπι το παράσιτον αυτόν δεν ευρίσκει συνθήκας υπάρξεως ειμή μόνον εις το σώμα των ανθρώπων και των ζώων και δεν δύναται να αναπτυχθεί, όπως ο βάκιλλος του άνθρακος, εκτός της ζωϊκής οικονομίας, στο περιβάλλον : ιδού ένα παρήγορο στοιχείο ως προς τον αγώνα μας εναντίον της φυματώσεως»

Robert Koch, «Περί της Αιτιολογίας της Φυματώσεως», Βερολίνο 1884



Περιεχόμενα

Συνοπτική Ιστορία της Φθίσης

Εισαγωγή στην Ιστορία του Αντιφυματικού Αγώνα

A. Οι πρώτες προσπάθειες του ελληνικού κράτους για την οργάνωση του αντιφυματικού αγώνα κατά την εικοσαετία 1900-1920

A.1. Ο ιστορικός περίγυρος

A.2. Αθήνα

A.3. Επαρχία

A.4. Η θεραπευτική προσέγγιση της φυματίωσης πριν από το 1920

B. Η αντιμετώπιση της φυματίωσης κατά την περίοδο του Μεσοπολέμου

B.1. Ο ιστορικός περίγυρος

B.2. Αθήνα

B.3. Επαρχία

B.4. Η θεραπευτική προσέγγιση της φυματίωσης κατά τον μεσοπόλεμο

B.5. Άλλες οργανωτικές κινήσεις που επηρέασαν τον ελληνικό αντιφυματικό αγώνα

B.5.1. Η σύνδεση Αντιφυματικού Αγώνα και Κοινωνικής Ασφάλισης

B.5.2. Η Ελληνική Αντιφθισική Εταιρεία

Γ. Ο Αντιφυματικός Αγώνας κατά την διάρκεια και μετά από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο

Γ.1. Ο ιστορικός περίγυρος

Γ.2. Αθήνα

Γ.3. Επαρχία

Γ.4. Η θεραπευτική προσέγγιση της φυματίωσης μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο

Επίλογος



Συνοπτική ιστορία της Φθίσης

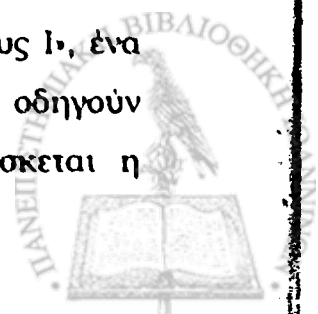
Μια οστεοαρχαιολογική διάγνωση φυματίωσης έχει προταθεί για αρκετά ευρήματα από την Νεολιθική περίοδο και την περίοδο του Χαλκού στην Δυτική Ευρώπη. Το γνωστότερο από αυτά τα ευρήματα είναι ένας νεολιθικός σκελετός (γύρω στο 5.000 π.Χ.) που βρέθηκε στη Χαϊδελβέργη και ο οποίος παρουσίαζε ίχνη φυματιώδους σπονδυλίτιδας (νόσος του Pott,) στον τέταρτο και στον πέμπτο θωρακικό σπόνδυλο (1). Ωστόσο, τα περισσότερα από τα ευρήματα νόσου του Pott που χρονολογούνται από τη Νεολιθική εποχή προκαλούν ακόμη συζητήσεις περί της αιτιολογίας των βλαβών. Τα πρώτα, αναμφισβήτητα ιστορικά σημεία για την ύπαρξη φυματιώδους σπονδυλίτιδας ανακοινώθηκαν από τους G. Elliot Smith και Sir Armand Ruffer σε αιγυπτιακή μούμια της εικοστής πρώτης δυναστείας (περίπου 1000 π.Χ.), που ανήκε σε νεαρό ιερέα του Άμμωνος (2). Πάντως, στα σωζόμενα κείμενα της Υψηλής Περιόδου δεν αναφέρεται πουθενά η φθίση. Αντίθετα, στην αρχαία Μεσοποταμία ανιχνεύονται έμμεσες αναφορές στη νόσο. Οι πίνακες του Ασσυρμπανιμπάλ περιέχουν οδηγίες εναντίον του βήχα και μιας πάθησης που ομοιάζει με την φθίση (3). Σε μερικά ασσυριακά κείμενα μπορούμε να αναγνωρίσουμε περιγραφές της πνευμονίας και της βρογχίτιδας, αλλά ακόμη κι εκεί δεν μπορούμε να διακρίνουμε υπαινιγμό για φυματίωση. Στην Άπω Ανατολή, η φθίση είναι ένα μίasma που αναφέρεται ότι μπορεί να μεταβιβαστεί στους απογόνους (νόμοι του Μάνου, γύρω στα 1200 π.Χ.). Η αγιουρβεδική ιατρική την επονόμαζε «βασιλική νόσο» (rajayakṣma). Η Susrutasamhita περιλαμβάνει μια έξοχη περιγραφή των συμπτωμάτων της και υπογραμμίζει την κοινωνικο-δημογραφική σπουδαιότητά της, καθώς επίσης και την αντίστασή της στην θεραπεία (3). Το Nei-ching, το κύριο έργο της κινέζικης ιατρικής, περιλαμβάνει μερικές αναφορές στις πνευμονικές παθήσεις, των οποίων η αιτιολογία ενδέχεται να είναι φυματιώδης.



Η ύπαρξη της νόσου στην προκολομβιανή Αμερική έχει αμφισβητηθεί. Οι πολυάριθμες αναπαραστάσεις σπονδυλικών βλαβών στην τέχνη των Ινδιάνων δεν αποτελούν από μόνες τους αποδείξεις για την παρουσία της νόσου του Pott. Μέχρι το 1960, είχαν δημοσιευθεί 15 οστεοαρχαιολογικές περιπτώσεις που έμοιαζαν με φυματίωση σπονδύλων των Ινδιανών. Ο Morse τις ανασκόπησε και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μόνο 4 από αυτές ήταν τόσο τυπικές, ώστε να δικαιολογούν μια ισχυρή πιθανότητα φυματιώδους αιτιολογίας (4). Όμως και στις 4 αυτές περιπτώσεις υπάρχουν και άλλα νοσήματα που θα μπορούσαν να δικαιολογήσουν τις ίδιες βλάβες. Δικαιούμεθα μήπως να συμπεράνουμε ότι ήταν οι Ευρωπαίοι αυτοί που μετέφεραν μυκοβακτηρίδια με σημαντική λοιμογόνο δύναμη στην αμερικάνικη ήπειρο ;

Στη λεκάνη της Μεσογείου, η εμφάνιση της φυματίωσης ανάγεται στους προϊστορικούς χρόνους. Ωστόσο, λείπουν τα οστεοαρχαιολογικά τεκμήρια. Ο J. L. Angel ανακοίνωσε μια σημαντική, αλλά αμφίβολη περίπτωση σύνθλιψης και κυφωτικής παραμόρφωσης των σπονδύλων, στο σκελετό ενός νεαρού κοριτσιού της πρώιμης εποχής του Σιδήρου (Άργος, περίπου 9.000 π.Χ.) (5). Τα γραπτά κείμενα επιβεβαιώνουν την παρουσία της πνευμονικής, της οστικής και της λεμφαδενικής φθίσης στις πόλεις-κράτη της κλασσικής περιόδου και στηρίζουν την υπόθεση της ενδημικής επιβάρυνσης της επίπτωσης κατά τη διάρκεια της Ελληνιστικής και της Ρωμαϊκής περιόδου. Σύμφωνα με τον Krause, οι δημογραφικές ανακατατάξεις που επέφεραν οι μεγάλες εισβολές του πέμπτου και του έκτου αιώνα π.Χ. προκάλεσαν μια μείωση των περιπτώσεων φθίσης (6). Στη συνέχεια, σημειώνεται αναζωπύρωση της νόσου στις πόλεις-κράτη που έπασχαν από υπερπληθυσμό και κακές υγειονομικές συνθήκες.

Η λέξη «φθίση» εμφανίζεται στον Ηρόδοτο, χωρίς ωστόσο να υποδηλώνει το συγκεκριμένο, λοιμώδες νόσημα. Στα ιπποκράτεια κείμενα, η «φθίση» υποδηλώνει πλέον αποκλειστικά την νόσο και προσλαμβάνει ανατομικό και κλινικό περιεχόμενο. Στις «Νόσους Ι», ένα ιπποκρατικό νοσολογικό δοκίμιο, απαριθμούνται οι νόσοι που οδηγούν αναπόφευκτα σε θάνατο. Στην κορυφή του καταλόγου βρίσκεται η

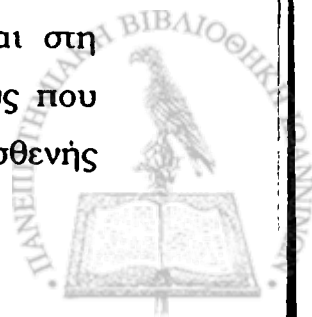


«φθίση». Στο ίδιο δοκίμιο, αναφέρεται η «φθόη», που βρίσκεται επικεφαλής των παθήσεων που διαρκούν πολύ.

Σύμφωνα με τον K. Deichgraber, «η φθόη είναι η Κνιδιακή ονομασία της φθίσης» (7). Δεν είναι εύκολο να συλλάβει κανείς την κλινική σημασία αυτής της διάκρισης. Ο όρος «φθόη» χρησιμοποιείται μόνο δύο φορές στο ιπποκρατικό corpus, ενώ το όνομα «φθίση» συναντάται 42 φορές και το επίθετο «φθινώδης» 30 φορές (3). Μια ματιά στα αποσπάσματα που χρησιμοποιούνται οι λέξεις «φθίση» και «φθινώδης» είναι αρκετή για να αποκαλύψει τον εννοιολογικό δυϊσμό στη χρήση τους. Άλλοτε υποδηλώνεται γενικά μια νόσος που φθείρει χρονίως τον οργανισμό και άλλοτε, συχνότερα, χρησιμοποιείται με την στενότερη έννοια της φυματίωσης. Η λέξη «φθόη» χρησιμοποιείται σε μια προσπάθεια αποφυγής της διπλής έννοιας της λέξης «φθίσης».

Μέχρι το τέλος του 5^{ου} αιώνα π.Χ., η νοσολογική σύλληψη της πνευμονικής φυματίωσης έλαβε τη μορφή κλινικών προτύπων που συγκεκριμενοποίησαν τα συμπτώματα των φυματιούντων ασθενών για τους επερχόμενους αιώνες. Σύμφωνα με τα βασικά κείμενα της κλασσικής περιόδου, η συχνότερη μορφή φυματίωσης είναι η πνευμονική. Η νόσος προκαλείται από υπερβολική έκκριση «φλέγματος» που κατέρχεται από την κεφαλή προς τους πνεύμονες και προκαλεί διαπύηση από συσσώρευση «φλέγματος» και «χολής». Η απομάκρυνση αυτού του πύου μετατρέπει τους «όγκους» σε «κοιλότητες». Το παθολογικό μόρφωμα στους πνεύμονες που σήμερα ονομάζουμε «φυμάτιο» (tubercle), τότε ονομαζόταν «φύμα». Πρόκειται για έναν τεχνικό όρο που σημαίνει «κάθε όγκο που αναδύεται ιδιοπαθώς μέσα στον οργανισμό» και χρησιμοποιούνταν κυρίως για τα αποστήματα.

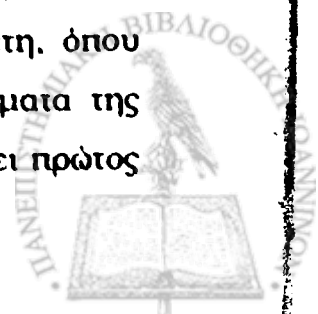
Κατά την ρωμαϊκή περίοδο, ο εγκυκλοπαιδιστής Κέλσος (1^{ος} αιώνας μ.Χ.) μας πληροφορεί ότι οι Έλληνες ιατροί διέκριναν τρία είδη φθίσης (tabes), από τις οποίες οι δύο πρώτες, η ατροφία και η καχεξία, θεωρούνταν συνέπειες διατροφικών ελλειμμάτων, ενώ η τρίτη, η φθίση, ήταν η πλέον επικίνδυνη. Συνήθως προσβάλλει την κεφαλή και στη συνέχεια τους πνεύμονες, όπου προκαλεί τον σχηματισμό έλκους που συνοδεύεται από ένα μικρό, ύπουλο και διαλείπον πυρέτιο. Ο ασθενής



«βήχει πολύ και αποχρέμπει αίμα». Αυτό που ο Κέλσος απλώς ορίζει, ο σύγχρονός του Αλεξανδρινός ιατρός Αρεταίος ο Καππαδόκης το περιγράφει με λεπτομέρειες (8). Ανάλογες αναφορές στη φθίση υπάρχουν στο ογκώδες έργο του Γαληνού και του Αίλιου Αυρηλιανού.

Κατά την ελληνο-ρωμαϊκή αρχαιότητα, άκμασαν τα Ασκληπιεία. Σε αυτά τα ιερά του Ασκληπιού, η θεραπεία της φθίσης ήταν το αποτέλεσμα του συγκεκριμένου διαίτας, κλίματος και θεϊκής παρέμβασης. Ο Κέλσος απλώς επαναλαμβάνει μια παλιά συμβουλή όταν προτείνει σε έναν φθισικό «να κάνει μακρινά ταξίδια, να αλλάξει το περιβάλλον του και να μετακινηθεί σε πυκνότερο αέρα από αυτόν που αφήνει πίσω του». Από την άποψη της δημόσιας υγείας, τα ταξίδια αυτά των φυματικών είχαν το μειονέκτημα ότι συντελούσαν στην εξάπλωση της επιδημίας. Αντίθετα, η επικράτηση της παραμονής ή νοσηλείας των ασθενών σε απομονωμένους χώρους είχε σαφώς ανασταλτική, επιδημιολογική επίδραση.

Ήδη από το Βυζάντιο, συναντούμε την πρώτη οργάνωση νοσοκομείων, όπου μεταξύ των άλλων περιθάλπονται και φυματικοί ασθενείς (9). Το 1735, στη Βενετία, αποφασίζεται η νοσηλεία των φυματιώντων σε γενικό νοσοκομείο. Το 1761, στη Βιέννη, ανακαλύπτεται η επίκρουση κατά την φυσική εξέταση του ασθενή από τον Leopold Auenbrugger. Ο ίδιος συσχετίζει τα παθολογοανατομικά ευρήματα της φθίσης με τα επικρουστικά, κλινικά ευρήματα. Στα 1810, ο γάλλος γιατρός Gaspard Laurent Bayle περιγράφει πρώτος την βασική παθολογοανατομική βλάβη της φυματίωσης, το φυμάτιο. Την ίδια εποχή, στο Λονδίνο, ο άγγλος γιατρός Carmichael υποστηρίζει την άποψη ότι η φυματίωση των βοοειδών μεταδίδεται στον άνθρωπο, μέσω του κρέατος ή του γάλακτος. Στα 1814, στην Αγγλία, ιδρύεται το πρώτο ειδικό νοσοκομείο «θωρακικών παθήσεων» «Royal Hospital for Diseases of the Chest». Στα 1816, ο γάλλος γιατρός και ανατόμος Rene Laennec ανακαλύπτει το στηθοσκόπιο. Χάρη στην ανακάλυψή του αυτή, ο ίδιος θα δημοσιεύσει τρία χρόνια αργότερα την κλασσική του μελέτη, όπου συνδυάζονται τα ακροαστικά με τα παθολογοανατομικά ευρήματα της φυματίωσης. Στα 1835, στις ΗΠΑ, ο Daniel Mc Ruer εφαρμόζει πρώτος



τεχνητό πνευμοθώρακα για την αντιμετώπιση της πνευμονικής φυματιώσεως. Στα 1838, ο Άγγλος παθολοανατόμος Robert Carswell διακηρύσσει ότι τα φυμάτια είναι δυνατόν να αυτο-ιώνται. Την ίδια περίπου εποχή, ιδρύεται στο Birmingham της Αγγλίας το πρώτο ιδιωτικό σανατόριο από τον γιατρό George Bodington και ιδρύεται στο λονδρέζικο προάστιο του Kensington το νοσοκομείο Brompton για τη θεραπεία της φυματιώσεως και των άλλων θωρακικών παθήσεων ("Brompton Hospital for Consumption and Diseases of the Chest"). Στα 1854, ιδρύεται στο Gomersdorf της Σιλεσίας το πρώτο ορεινό σανατόριο από τον γιατρό Hermann Brehmer.

Ο καταρράκτης των σύγχρονων εξελίξεων που αφορούν την φυματίωση δεν σταματά, καθώς η ιατρική εξελίσσεται με τη βοήθεια της τεχνολογίας. Στα 1856, ο Γάλλος στρατιωτικός χειρουργός Jean Antoine Villemin παρουσιάζει τα αποτελέσματα των πειραμάτων του με πειραματόζωα και αποδεικνύει ότι η φυματίωση είναι μεταδοτική και οφείλεται σε κάποιον ζωντανό οργανισμό. Στα 1867, οργανώνεται στο Παρίσι το πρώτο Διεθνές Συνέδριο για τη Φυματίωση "International Congress on Tuberculosis". Καθοριστική στιγμή για την ιστορία της φθίσης είναι το 1882. Τότε, ο γερμανός μικροβιολόγος Robert Koch ανακαλύπτει το μυκοβακτηρίδιο της φυματιώσεως (εικ.1, 2 και 3). Ο Koch ανακαλύπτει επίσης στα 1890 τη φυματινή και τη δερματική φυματινοαντίδραση. Στα 1895, ο γερμανός φυσικός Wilhelm Konrad Roentgen ανακαλύπτει τις ακτίνες Χ που συντελούν στην πρώιμη διάγνωση της φυματιώσεως (εικ.4). Στα 1898, ο γερμανός λαρυγγολόγος Gustav Killian επινοεί το βρογχοσκόπιο. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι διαγνωστικές προσεγγίσεις της φθίσης πληθαίνουν, ενώ αναζητείται αγωνιωδώς αποτελεσματική θεραπεία.





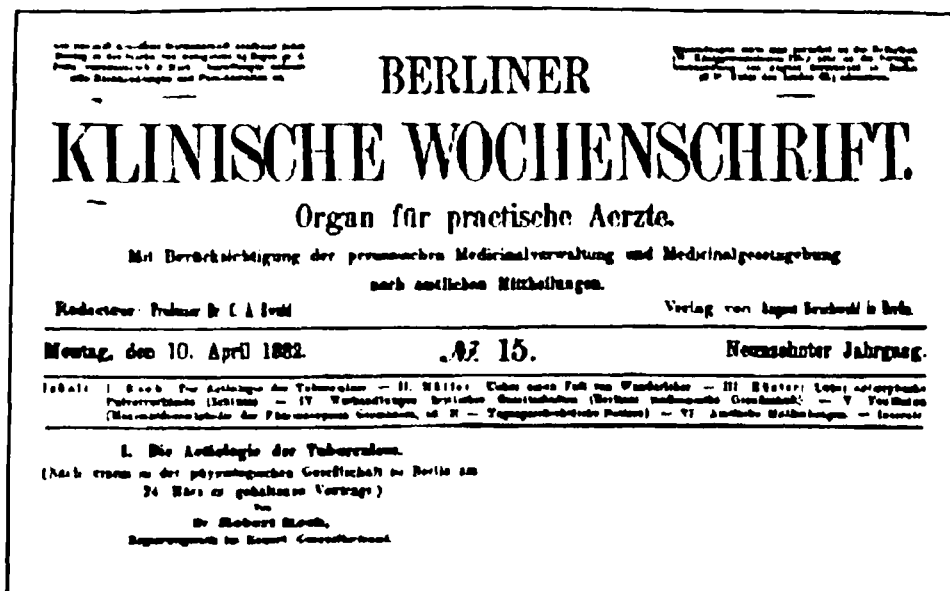
Εικόνα 1

*Ο Robert Koch ως νέος Άγιος Γεώργιος κατατροπώνει την Ύδρα της
φυματίωσης. Από γερμανικό χαρτακιό του 19^{ου} αιώνα.*



Εικόνα 2

*Σχέδιο που απεικονίζει τον Robert Koch μέσα στη χαρακτηριστική αταξία
του εργαστηρίου του.*



Εικόνα 3

Η αναγγελία της ανακάλυψης του Robert Koch στο εξώφυλλο γερμανικής ιατρικής εφημερίδας της εποχής.



Εικόνα 4

Οι πρώτες προσπάθειες ακτινοσκόπησης από σχέδιο του τέλους του 19ου αιώνα.





Εικόνα 5

Ο Selman Waksman, ο εισηγητής της στρεπτομυκίνης, που έλαβε το βραβείο Νόμπελ το 1952

Στα 1944, στις ΗΠΑ, ανακαλύπτεται η στρεπτομυκίνη από τον ρώσο γιατρό και ερευνητή Waksman (εικ.5). Η νέα ουσία χορηγείται για πρώτη φορά σε άνθρωπο στις 20 Νοεμβρίου 1944 και συντελεί στην ίασή του. Τέλος, στα 1994, η ερευνητική ομάδα υπό τον Sreenvatsan μελετά την συχνότητα των πολυμορφισμών και την κατανομή των κινητών γενετικών στοιχείων. Ανακοινώνεται ότι το *Mycobacterium Tuberculosis* έχει ηλικία 15.000 ετών περίπου. Ένα χρόνο αργότερα, ανακοινώνεται επίσης ο πλήρης γενετικός κώδικας του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης.

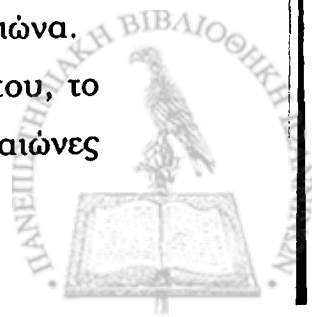
Εισαγωγή στην ιστορία του Αντιφυματικού Αγώνα

- Ο αγώνας που δόθηκε κατά της φυματιώσεως είναι ίσως η σημαντικότερη ιατρική σταυροφορία που έγινε ποτέ : διέτρεξε όλη την ιστορία της ανθρωπότητας, από τους αρχαίους μέχρι τους σύγχρονους χρόνους, όλα τα μήκη και πλάτη της γης, όλα τα ιατρικά «συστήματα» και όλες τις κοινωνικές δομές. Για τον αγώνα αυτό χρησιμοποιήθηκαν όλα τα όπλα του ανθρώπινου νου : η μαγεία και η επιστήμη, ο
- ορθολογισμός και η δεισιδαιμονία, η θρησκεία και η τέχνη. Επειδή ο αγώνας αυτός δεν τελείωσε, εφόσον η φυματίωση όχι μόνο δεν εξέλιπε αλλά επανακάμπτει ως υγειονομικό πρόβλημα παγκοσμίως, η περιγραφή των φάσεων και των μεθόδων του σε συνάρτηση με το (ιστορικό και επιστημονικό) γίνεσθαι παραμένει επίκαιρη.

Η εργασία αυτή θα περιορισθεί στον ελληνικό χώρο και στη διάρκεια κυρίως του πρώτου μισού του 20^{ου} αιώνα : ο αιώνας αυτός τέμνεται από την ανακάλυψη της αντιφυματικής, φαρμακευτικής αγωγής. Προσηλώνοντας, λοιπόν, το βλέμμα στην Ελλάδα, θα παρακολουθήσουμε πώς επιχειρήθηκε να αντιμετωπισθεί η φυματίωση χωρίς αποτελεσματικά φάρμακα, θα αναρωτηθούμε πώς επηρέασε τις «ηρωϊκές» προσπάθειες της πολιτείας και των γιατρών η μεγάλη πρόοδος στην αντιμετώπιση της φυματιώσεως που επέφεραν τα αντιφυματικά φάρμακα. Θα παρατηρήσουμε επίσης πώς η ιστορική εξέλιξη, κατά τα τέλη του 20^{ου} αιώνα, επηρέασε την αποτελεσματικότητα ενός θεωρητικά «υπέρχρονου» θεραπευτικού μέτρου, όπως είναι η φαρμακευτική αγωγή. Εκ των πραγμάτων, ο χρόνος της μελέτης μας διαιρείται σε τρεις ενότητες :

- το νεοσύστατο ελληνικό κράτος αντιμετώπιζε με την επιδημία της φυματιώσεως : οι πρώτες προσπάθειες
- ο αντιφυματικός αγώνας μετά την εισαγωγή των αντιφυματικών φαρμάκων
- η αντιμετώπιση της φυματιώσεως κατά τα τέλη του 20^{ου} αιώνα.

Πιστός σύντροφος του ανθρώπου, ήδη από την προϊστορία του, το μυκοβακτηρίδιο της φυματιώσεως έμεινε αόρατο επί 68 περίπου αιώνες



(1). Μόνον οι πρόοδοι στη μικροβιολογία που συντελέστηκαν κατά τον 19^ο αιώνα κατέστησαν δυνατή την αναγνώρισή του και, στη συνέχεια, την φαρμακευτική του αντιμετώπιση. Στον επόμενο κεφάλαιο συνοψίζονται οι αποφασιστικές στιγμές για τη διαμόρφωση του αντιφυματικού αγώνα, έτσι όπως εξελίχθηκε κατά τον 20^ο αιώνα, τόσο σε όλο τον κόσμο, όσο και στην Ελλάδα (2).

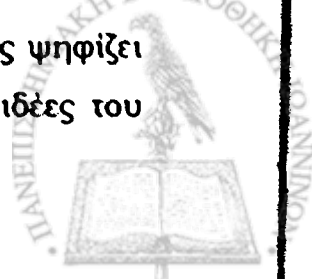
Α. Οι πρώτες προσπάθειες του ελληνικού κράτους για την οργάνωση του αντιφυματικού αγώνα κατά την εικοσαετία 1900-1920

Α.1. Ο ιστορικός περίγυρος

Την εποχή που οι επιστημονικές και κοινωνικές εξελίξεις αλλάζουν την εικόνα και την αντιμετώπιση της φυματίωσης στον δυτικό κόσμο, στην Ελλάδα συντελούνται θεμελιακές αλλαγές. Στο στενό έδαφος μιας προσφάτως απελευθερωμένης εσχατιάς του ευρωπαϊκού εδάφους δημιουργείται ένα νέο κράτος. Η επώδυνη και περιπετειώδης διαδικασία της διαμόρφωσης του κράτους και της κοινωνίας των πολιτών του θα χρειαστεί πολλές δεκαετίες, σχεδόν έναν αιώνα, ώσπου ο χώρος και ο πληθυσμός να σταθεροποιηθούν στα σημερινά δεδομένα.

Κατά την πρώτη περίοδο του νεοελληνικού κράτους, ο αντιφυματικός αγώνας διεξάγεται με τα υπάρχοντα πενιχρά, επιστημονικά και κοινωνικά μέσα. Ωστόσο, ο αντίκτυπος των διεθνών εξελίξεων φθάνει και στην Ελλάδα. Η αντιμετώπιση της φυματίωσης περνά από την μακραίωνη «ιπποκρατική ή περιγραφική» στην «παθολογοανατομική» φάση και, στη συνέχεια, κατά τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, στη «βακτηριολογική» φάση. Συνεπώς, για την αντιμετώπιση των φυματιώντων, απαιτούνται επιδημιολογικά και νοσηλευτικά μέτρα.

Ήδη, το 1825, το Βουλευτικό Σώμα της Εθνοσυνελεύσεως ψηφίζει «Σχέδιον» για την ίδρυση νοσοκομείων, εμπνευσμένο από τις ιδέες του

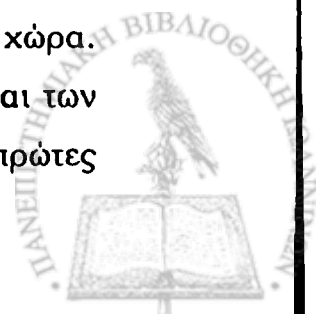


γάλλου υγιεινολόγου Bailly. Ο βαυαρός νομοθέτης Maurer επεξεργάζεται από το 1833 ένα νομοθετικό πλαίσιο το οποίο, σε ό,τι αφορά την κρατική πρόνοια, προβλέπει

- σύσταση Δήμων και υπαγωγή σε αυτούς των κοινωνικών και νοσηλευτικών καταστημάτων της περιοχής τους, τα οποία διοικούνται από Αδελφάτα, εκλεγόμενα από τα Δημοτικά Συμβούλια (νόμος 27/12/1833, ΦΕΚ 3 της 10 Ιανουαρίου 1834 και Βασιλικό Διάταγμα της 13/12/1836)
- σύσταση του *Ιατροσυνεδρίου*, ενός γνωμοδοτικού οργάνου αποτελούμενου από επαγγελματίες της υγείας, εφοδιασμένου με σημαντικές αρμοδιότητες από την Γραμματεία των Εσωτερικών
- το βασιλικό διάταγμα της 31/12/1836 (ΦΕΚ 83 της 31/12/1836) για την παρεμπόδιση της εξάπλωσης «*μεταδοτικών αρρώσιων*», όπου αναγνωρίζεται επισήμως η απειλή από την εξάπλωση της φυματίωσης. Επίσης, στα πλαίσια αυτού του διατάγματος, διενεργείται μαζικός δαμαλισμός και αναδαμαλισμός του πληθυσμού
- την καθιέρωση συστηματικών προγραμμάτων διδασκαλίας των γιατρών στα δύο υπάρχοντα νοσοκομεία των Αθηνών, στην Αστυκλινική και στο Πολιτικό Νοσοκομείο.

Το 1861 εγκαινιάζεται το κρατικό σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης. Τηρουμένων των αναλογιών, τα παραπάνω και άλλα σχετικά νομοθετικά μέτρα έβαλαν τις βάσεις για ένα υγειονομικό σύστημα ευρωπαϊκών προδιαγραφών, που προστάτευσε επαρκώς τη χώρα από τις αλλεπάλληλες επιδημίες της χολέρας και της πανώλης (το μεγάλο υγειονομικό πρόβλημα του 19^{ου} αιώνα, στην περιοχή) (4).

Η ασυντόνιστη εκβιομηχάνιση της ελληνικής επικράτειας και η βίαιη αστικοποίηση που προκάλεσε δημιούργησαν κατά το δεύτερο ήμισυ του 19^{ου} αιώνα νέες, δυσμενείς συνθήκες για την υγειονομική οργάνωση και την αντιμετώπιση των επιδημιών στη χώρα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των ναυπηγείων της Σύρου και των μεταλλωρυχείων του Λαυρίου. Στους χώρους αυτούς ξεσπούν οι πρώτες

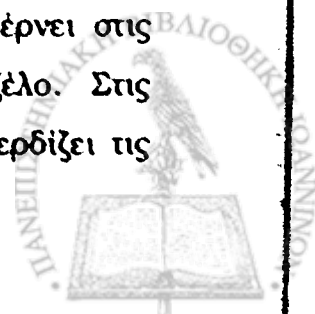


μεγάλες απεργίες, το 1879 και το 1883 αντίστοιχα. Κατά τη διάρκεια των απεργιακών κινητοποιήσεων του Λαυρίου, το 1896, σημειώνονται οι πρώτοι θάνατοι απεργών και φυλάκων. Από τα πρώτα αιτήματα των απεργών ήταν η υγειονομική φροντίδα. Η φυματίωση, που ενδημεί σε συνθήκες στενού συγχρωτισμού και κακής υγιεινής, δημιουργήσε αληθινές εκατόμβες μεταξύ των πρώτων βιομηχανικών εργατών και των οικογενειών τους (5).

Ο ελληνικός αντιφυματικός αγώνας θα εισέλθει στον 20^ο αιώνα επηρεαζόμενος από δύο βασικούς παράγοντες. Αφ' ενός, αφομοιώνοντας με κάποια καθυστέρηση τις εξελίξεις στη διαδικασία κατανόησης της παθοφυσιολογίας της φυματίωσης που τρέχουν με βήμα δεκαετίας στην Ευρώπη : ήδη από το 1880 συνέρχεται ανά διετία ειδικό συνέδριο για την μελέτη της φυματώσεως. Αφ' ετέρου, ο ελληνικός αντιφυματικός αγώνας είναι αναγκασμένος να προσαρμόζει διαρκώς τη στρατηγική του με βάση τις εσωτερικές γεωπολιτικές και κοινωνικές μεταβολές στη χώρα (αλλαγή συνόρων, δημογραφική και πολιτικο-κοινωνική αστάθεια).

*

Στην αυγή του 20^{ου} αιώνα, η ελληνική επικράτεια μετρούσε 64.786 τετραγωνικά χιλιόμετρα και 2.666.000 κατοίκους. Οι βαλκανικοί πόλεμοι θα επεκτείνουν την έκταση στα 108.606 τετρ. χιλιόμετρα και θα αυξήσουν τον πληθυσμό σε 4.363.000 κατοίκους περίπου. Η μικρασιατική καταστροφή του 1922 θα προσθέσει άλλο ένα εκατομμύριο περίπου (6). Στον ελληνοτουρκικό πόλεμο του 1897, η Ελλάδα υφίσταται μια βαριά στρατιωτική ήττα. Δημιουργείται αντιδυναστικό κλίμα και η χώρα τίθεται υπό διεθνή οικονομικό έλεγχο. Στην πολιτική σκηνή, ερίζουν το τρικουπικό κόμμα υπό τον Γεώργιο Θεοτόκη και το κόμμα του Θεόδωρου Δηλιγιάννη που, μετά τη δολοφονία του αρχηγού του (1905), μοιράζεται στους Δημήτριο Ράλλη και Κυριακούλη Μαυρομιχάλη. Το 1909 γίνεται το κίνημα στο Γουδί που φέρνει στις πολιτικές εξελίξεις τον κρητικό πολιτικό Ελευθέριο Βενιζέλο. Στις εκλογές της 28^{ης} Νοεμβρίου 1910, η Βενιζελική παράταξη κερδίζει τις

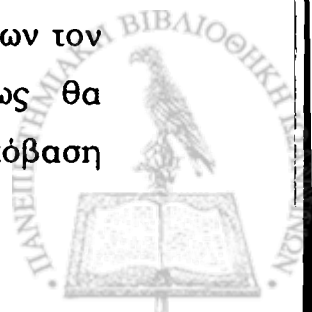


307 από τις 362 έδρες του Κοινοβουλίου, καθώς τα παλαιότερα κόμματα απέχουν. Σύντομα, στην ελληνική πολιτική σκηνή εγκαθίσταται ο «εθνικός διχασμός» που οφείλεται στην ανταγωνιστική συνύπαρξη δύο πολιτειακών αρχών : του πρωθυπουργού Βενιζέλου και του βασιλέα Κωνσταντίνου.

- Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1910, η έκταση της ελληνικής επικράτειας αυξάνεται κατά 70% και ο πληθυσμός της φτάνει στα 5.000.000 κατοίκους. Η κρίσιμη αυτή δεκαετία δεν σημαδεύτηκε για την Ελλάδα μόνο από τον Α Παγκόσμιο Πόλεμο, αλλά επίσης από ένα νέο εθνικό διχασμό που ενσαρκώθηκε στα πρόσωπα του κρητικού πολιτικού Ελευθερίου Βενιζέλου και του νέου βασιλιά Κωνσταντίνου Α. Οι διαφορές των δύο αρχηγικών προσωπικοτήτων της χώρας οφείλονταν στο διαφορετικό στρατόπεδο στο οποίο εννοούσε ο καθένας τους να προσαρτήσει τα συμφέροντα της χώρας : ο Βενιζέλος αφ' ενός, πιστεύοντας στον παραδοσιακό δεσμό της Ελλάδας με τη Βρετανία και έχοντας προσωπική σχέση φιλίας με τον βρετανό πρωθυπουργό Lloyd George, ήταν ταγμένος υπέρ των αγγλογαλλικών συμμάχων της Αντάντ. Αντίθετα, ο βασιλιάς έχοντας εκπαιδευτεί στην Πρωσική Στρατιωτική Ακαδημία, σύζυγος της αδελφής του Κάιζερ Γουλιέλμου Σοφίας, εκτιμούσε διαφορετικά τη θέση της Ελλάδος στη διεθνή σκηνή και ήταν υπέρ μιας εθνικής ουδετερότητας.

Οι δύσκολες αποφάσεις που υπαγορεύονται από τον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο αποτελούν την θρυαλλίδα για την επικράτηση των συνθηκών του «διχασμού». Η σύγκρουση παίρνει χαρακτήρα αντιπαράθεσης ανάμεσα σε παλαιές και νέες αξίες, γηγενείς και προσφυγικούς πληθυσμούς. Μετά από μια πενταετία πολέμων που συνέβαλαν στην εδαφική επέκταση της μικρής Ελλάδος, οι «αντιβενιζελικοί» πολιτευτές καταγράφουν ιστορική νίκη έναντι του βενιζελικού κόμματος, στις εκλογές της 1^{ης} Νοεμβρίου 1920.

Ο Βενιζέλος αυτοεξορίζεται στην Ευρώπη και η «Ηνωμένη Αντιπολίτευσις» καθιστά εκ νέου ρυθμιστή των πολιτικών πραγμάτων τον βασιλιά Κωνσταντίνο. Ενισχύεται τότε η καταστροφική, όπως θα αποδειχθεί σύντομα, Μικρασιατική Εκστρατεία (η πρώτη απόβαση



ελληνικών στρατευμάτων είχε ήδη πραγματοποιηθεί στις 15 Μαΐου 1919), ενώ επτά κυβερνήσεις διαδέχονται η μία την άλλη στην εξουσία, σε διάστημα 22 μηνών.

A. 2. Αθήνα

Η εικόνα της φυματίωσης στην Ελλάδα κατά την εποχή 1900 έως 1920 αναδεικνύεται από την εργασία του γραμματέα του Ιατροσυνεδρίου Β. Πατρίκιου «Η Φθίσις εν Ελλάδι» (7). Στον πίνακα 1 συνοψίζονται τα αποτελέσματα μιας καταγραφής του συγγραφέα, η οποία, δεδομένων των περιορισμών της εποχής, προσφέρει μια ενδεικτική εικόνα των πραγμάτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

*Νοσηλεύόμενοι με φυματίωση ανά έτος στα κυριότερα νοσηλευτικά
ιδρύματα κατά τα έτη 1890-1899*

<i>Ιδρυμα</i>	<i>1890</i>	<i>1891</i>	<i>1892</i>	<i>1893</i>	<i>1894</i>	<i>1895</i>	<i>1896</i>	<i>1897</i>	<i>1898</i>	<i>1899</i>
Αστυκλινική	236	281	242	257	240	218	183	297	289	261
Ελπίς	264	268	279	292	283	288	314	340	360	347
Ευαγγελισμός	126	158	172	134	143	127	179	178	203	192
Ζάννειον	73	81	57	68	24	61	54	60	27	35
Σύνολο	699	788	750	751	690	694	730	875	879	835

Σύμφωνα με την ίδια πηγή, για την ίδια περίοδο σε άλλα νοσοκομεία και ευαγή ιδρύματα της χώρας η επίπτωση της φυματίωσης καταγράφεται ως εξής :

Φυλακές

- στο σύνολο των Φυλακών του κράτους, 10% περίπου των κρατουμένων «γίνονται» φθισικοί και 4-5% «θνήσκουσι εκ φθίσεως»

Βρεφοκομεία και Ορφανοτροφεία

- στο βρεφοκομείο Αθηνών, 83 από τα 4.163 φιλοξενούμενα βρέφη νόσησαν και απεβίωσαν από φυματίωση



- στο Αμαλίειο Ορφανοτροφείο, νοσηλεύθηκαν συνολικά 14 «φθισικά κοράσια»
- στο Ορφανοτροφείο Κερκύρας, 32 από τα 1819 ορφανά προσεβλήθησαν από φυματίωση

Φρενοκομεία

- στο Φρενοκομείο Κερκύρας, 44 από τους 2.317 νοσηλευθέντες φρενοβλαβείς έπασχαν από φυματίωση
- στο Δρομοκαΐτειο Φρενοκομείο, 27 από τους 1774 νοσηλευθέντες νόσησαν και 25 απεβίωσαν από φυματίωση

Νοσοκομεία

- στο Αστικό Νοσοκομείο της Κέρκυρας, 460 από τους 4.836 νοσηλευθέντες ασθενείς έπασχαν από φυματίωση. Από αυτούς απεβίωσαν 193
- στο νοσοκομείο του Αργοστολίου νοσηλεύθηκαν συνολικά 231 φθισικοί, εκ των οποίων απεβίωσαν οι 56
- στο Δημοτικό Νοσοκομείο της Ερμούπολεως, 413 από τους 6.292 νοσηλευθέντες ήσαν φθισικοί, εκ των οποίων απεβίωσαν οι 202
- στο Αλεξανδράκειο Νοσοκομείο της Καλαμάτας, νοσηλεύθηκαν συνολικά 161 φθισικοί, εκ των οποίων απεβίωσαν οι 34
- στο Δημοτικό Νοσοκομείο της Λάρισας, μόνο κατά το 1899, 17 από τους 227 νοσηλευθέντες ήσαν φθισικοί
- στο Πολιτικό Νοσοκομείο της Λευκάδας, νοσηλεύθηκαν συνολικά 20 φθισικοί, οι οποίοι και απεβίωσαν
- στο Πολιτικό Νοσοκομείο της Χαλκίδας, νοσηλεύθηκαν συνολικά 49 φθισικοί και εξ αυτών απεβίωσαν οι 26
- στο Δημοτικό Νοσοκομείο Ναυπλίου και για το χρονικό διάστημα 1897-1899, 9 από τους 135 νοσηλευθέντες ήσαν φθισικοί.

Από τα παραπάνω νοσοκομεία, μόνον ο «Ευαγγελισμός» και το νοσοκομείο Αργοστολίου διέθεταν ειδικά διαμερίσματα για τους



φθισικούς. Παρόμοιο διαμέρισμα διέθετε και το πολιτικό νοσοκομείο Αθηνών «Ελπίς», αλλά σύμφωνα με τον τότε διευθυντή του Δ.Ι. Βάθη *«σχεδόν πάντες μέχρι τούδε εν τω παραρτήματι τούτω υπηρετήσαντες έπεσαν θύματα του ιερού καθήκοντος»*. Ο λόγος υπήρξε η κακή τήρηση των κανόνων της αντισηψίας και ο φόρτος εργασίας που είχε επωμισθεί το νοσοκομείο.

Ενώ, από τα παραπάνω στοιχεία, προκύπτει ότι οι κατ' έτος νοσηλευόμενοι φθισικοί στα λιγοστά νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας δεν υπερέβαιναν τους 1000, ο Πατρίκιος μας πληροφορεί ότι κατά την ίδια εποχή, στην Ελλάδα, οι θάνατοι που αποδίδονταν στη φυματίωση υπερέβαιναν τους 5000 κατ' έτος (8). Οι νοσούντες δε από φυματίωση που είχαν ανάγκη ιατρικής φροντίδας υπολογίζονταν σε 8-10.000.

Με βάση τους παραπάνω αριθμούς, η θνητότητα από φυματίωση στην Ελλάδα, κατά την τελευταία δεκαετία του 19^{ου} αιώνα, (18.75 ανά 10.000 κατοίκους) βρισκόταν κοντά στον μέσο όρο των ποσοστών θνητότητας των βιομηχανικά ανεπτυγμένων χωρών. Την ίδια εποχή, η θνητότητα από φυματίωση ανά 10.000 κατοίκους υπολογίσθηκε σε 22,1 (1896) και 19,64 (1903) στην Πρωσία, 10,3 (1904) στην Αγγλία, 29,89 (1901) στη Νέα Υόρκη και 15,8 (1906) στο Βερολίνο (9).

Όμως, ενώ στις περισσότερες περιοχές της Ευρώπης, ο δείκτης θνητότητας έβαινε μειούμενος κατά την πρώτη δεκαετία του 20^{ου} αιώνα, στην Ελλάδα ο δείκτης αυτός αυξήθηκε και, μάλιστα, δυσανάλογα σε σχέση με την αντίστοιχη αύξηση του πληθυσμού (10). Τα αποτελέσματα που παρουσιάσθηκαν στο πρώτο Ελληνικό Συνέδριο Κατά της Φυματώσεως, στην Αθήνα (1909), συνοψίζονται στον πίνακα 2.



ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Θνητότητα από φυματίωση στις 12 μεγαλύτερες ελληνικές πόλεις
(1894-1908)

Πόλη	1894-1898	1899-1903	1904-1908
Αθήνα	2.375	2.948	3.193
Πειραιάς	852	966	1.185
Πάτρα	538	728	668
Κέρκυρα	207	508	562
Σύρος	535	583	521
Τρίκαλα		257	221
Βόλος	157	263	320
Καλαμάτα	100	192	209
Λάρισα	75	186	242
Ζάκυνθος	87	199	142
Πύργος	111	174	171
Τρίπολις		101	70
Σύνολο	5.047	7.105	7.504

Αλλά ποια ήταν η «επίσημη» περί φυματίωσης γνώση στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, στον τόπο μας ; Στο σύγγραμμα «Η Φυματίωσις, υπό του Δρος Σ. Α. Κνωπφ» που κυκλοφόρησε μεταφρασμένο στα ελληνικά, το 1906, από τον Σύλλογο Προς Διάδοσιν Ωφελίμων Βιβλίων (11), η φυματίωση ορίζεται ως εξής :

Η φυματίωσις είνε νόσος χρονία του πνεύμονος προκαλουμένη διά της εισδύσεως του βακίλλου της φυματίωσης και χαρακτηριζομένη διά του σχηματισμού πολλών μικρών εστιών εις σχήμα μικρών πυρήνων (φυματίων).

Ο βάκιλλος της φυματίωσης είνε μικρός σχιζομύκης, οργανισμός αόρατος εις τον γυμνόν οφθαλμόν, ευρισκόμενος κατά χιλιάδας εις το εσωτερικόν του πάσχοντος πνεύμονος και πρέπει να θεωρηται ως η ειδική αιτία της νόσου αυτής.



Όχι μόνον καταστρέφει τον πνευμονικόν ιστόν, διά της παραγωγής ελκών και εμπυήσεων, αλλά παράγει επίσης και δηλητήρια (τοξίνες), τα οποία προκαλούν τα διάφορα συμπτώματα της νόσου.

Τα κυριώτερα σημεία της φυματώσεως των πνευμόνων είνε η βήξ, η απόχρεμψις, ο πυρετός (ύψωσις της θερμοκρασίας του σώματος ιδίως κατά το εσπέρας), η δύσπνοια, οι πόνοι κατά το στήθος, οι νυκτερινοί ιδρώτες, αι αιμοπτυσίαι και η εξακάμνησις.

Εις τας περισσότεράς των περιπτώσεων ο εξησκημένος οφθαλμός του ιατρού δύναται να εύρη τον βάκιλλον εις τα πύελα του φθισικού. Αναγνωρίζεται εκ του σχήματος του, το οποίον ομοιάζει με μικρόν ραβδίσκον.

Η φυματίωση συγκαταλέγεται, λοιπόν, στα μολυσματικά νοσήματα και συνεπώς θεωρείται νόσημα «αποφευκτόν» και «ιάσιμο», σύμφωνα με την φρασεολογία της εποχής (7). Ήδη, η μολυσματικότητα της νόσου είχε αναγνωρισθεί επισήμως στη χώρα με το βασιλικό διάταγμα της 31/12/1836 (βλ. Συνοπτική Ιστορία της Φθίσεως). Αναγνωρίζεται πλέον ότι για την νόσηση προαπαιτείται μείωση της φυσικής αντίστασης στον βάκιλλο. «Ο,π μειοί την αντοχήν του οργανισμού προδιαθέτει εις νόσον και δὴ εις φθίσιν. Η κοινωνική δε και οικονομική ανισότης είνε η κυριωτάτη αιτία, η την φυματίωσιν γεννώσα» (7).

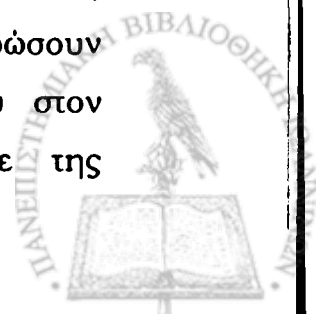
Το υγειονομικό καθήκον προβάλλει πλέον επιτακτικό για την ελληνική πολιτεία. Το Ιατροσυνέδριο του Μαΐου 1901 είναι το πρώτο πανελλήνιο συνέδριο που ασχολείται με το θέμα «Περὶ φθίσεως και φθισιατρείων εν Ελλάδι». Η πρώτη ορατή συνέπεια του συνεδρίου αυτού ήταν η σύσταση του «Πανελληνίου Συνδέσμου κατὰ της Φυματίωσης», τον Ιούνιο του 1901 (ΦΕΚ 59, 11 Δεκεμβρίου 1901). Στους σκοπούς του Συνδέσμου συγκαταλέγονται η καταπολέμηση της φυματώσεως δια της επιστημονικής μελέτης της πορείας της εν Ελλάδι και η ανέγερση «Ασκληπιείων» (σανατορίων) για τη νοσηλεία και θεραπεία των φθισικών.

Δύο τομείς αναδεικνύονται ως στρατηγικοί για την αντιμετώπιση της φυματώσεως :



- η προληπτική παρέμβαση με ενημέρωση της κοινής γνώμης για τις νεότερες γνώσεις σχετικά με τη φυματίωση, την βελτίωση των όρων διαβίωσης και εργασίας και την απαγόρευση των ζημιογόνων για την ατομική και συλλογική υγεία δραστηριοτήτων όπως ο αλκοολισμός και το πύειν, και
- η δημιουργία ειδικών χώρων νοσηλείας των πασχόντων (στα υπάρχοντα νοσοκομεία ή σε νέα ιδρύματα) ώστε να λάβουν την κατά το δυνατόν πλέον εξειδικευμένη φροντίδα και να μειωθεί ο κίνδυνος μόλυνσεως άλλων, μη φθισικών νοσηλευομένων και της ευρύτερης κοινωνίας.

Η δημιουργία των σανατορίων έχει διπλή αφετηρία : την παλαιά μέθοδο της απομόνωσης των θεωρουμένων ως μολυσματικών ασθενών (όπως γινόταν επί αιώνες στα λοιμοκαθατήρια των λιμένων της Μεσογείου, για την προφύλαξη από την πανώλη ή τη χολέρα), αλλά και τις κρατούσες κατά τον 19ο αιώνα θεωρίες περί υγιεινοδιαιτητικής «θεραπείας» της φυματίωσης. Μακρινό κατάλοιπο της αρχαίας και της παραδοσιακής ιατρικής, όπως αυτή εφαρμοζόταν στα Ασκληπεία (βλ. Συνοπτική Ιστορία της Φθίσης), η υγιεινοδιαιτητική θεραπεία επιβίωσε επί σειρά δεκαετιών και μετά από την ανάπτυξη της σύγχρονης Βακτηριολογίας, λόγω της χρονικής καθυστέρησης για την ανάπτυξη ειδικών, αντιβιοτικών φαρμάκων. Μετά από τους Brehmer και Dettweiler, δημιουργήθηκαν πολλά σανατόρια στην Ευρώπη και στην Βόρεια Αμερική. Εκεί, εφαρμόσθηκε το τρίπτυχο «Υπερσιτισμός-Ανάπαυση-Αεροθεραπεία». Οι έγκλειστοι φυματικοί έκαναν πρωϊνές πορείες, σωματικές ασκήσεις, υδροθεραπείες και δίαιτες πλούσιες σε ζωϊκά λευκώματα (αυγά, κρέας, γάλα). Επιπλέον, τα ιδρύματα αυτά εξοπλίσθηκαν με διαγνωστικά κυρίως μέσα, όπως μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια. Τα αντίστοιχα ιδρύματα που φιλοξένησαν φθισικά παιδιά ονομάσθηκαν «πρεβαντόρια», επειδή, μεταξύ των άλλων, ανέλαβαν την εκπαίδευση των νεαρών ασθενών ώστε να μην μεταδώσουν και να μην κινδυνεύσουν από την παρουσία του βακίλλου στον οργανισμό τους (prevention = προφύλαξη). Δεδομένης δε της



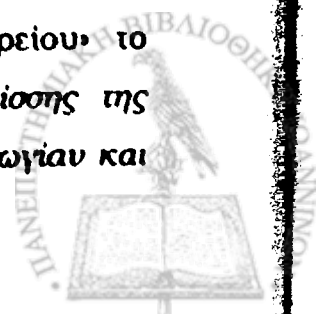
δυνατότητας των πλουσίων ασθενών να αναζητούν θέση στα ιδιωτικά σανατόρια του εξωτερικού, η συζήτηση της εποχής περιστρεφόταν γύρω από την δημιουργία «λαϊκών σανατορίων».

Για τη συγκέντρωση των οικονομικών πόρων, ο Β. Πατρίκιος πρότεινε την συνδρομή της κυβέρνησης, των δήμων, των μοναστηριών, του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, της ιδιωτικής φιλανθρωπίας και την κυκλοφορία σχετικού λαχείου (8).

Ένα χρόνο μετά την ίδρυση του Πανελληνίου Συνδέσμου κατά της Φυματίωσης, ιδρύεται Όμιλος Κυριών με την επωνυμία «Η Σωτηρία» και βασικό εμπυχωτή την Σοφία Σλήμαν, χήρα του περιώνυμου αρχαιολόγου Ερρίκου Σλήμαν (εικ. 6, 7, 8. 9). Στο φύλλο της της Κυριακής 28 Απριλίου του 1902, και σε άρθρο με τίτλο «Το Σανατόριον», η εφημερίδα «Εμπρός» γράφει

Δέν ήτο δυνατόν ή μετ' ευθουσιασμού ν' ακούσω πάν ό,τι ήρχισε νά γίνεται παρ' ημίν διά να καταπολεμηθή ή απαισία φυματίωσης. Και ήμην ούτως εκ των πρώτων και ευθουσιωδέστερον επικροτησάντων εις την σύστασιν μεγάλης ανψφθισικής Εταιρίας. Αν δ' εφρόνουν, όπ ηδύνάτο τις τελευταίως να έχη παράπονόν π κατά ταύτης, αλλά τούτο θα ήτο ακριβώς, όπ οι αποτελούντες αυτήν δεν εφαινουνοντο δρώντες μετά της πυρειώδους εκείνης ζέσεως, η οποία ως τάχιστα θα ηλάτπωνε τον αριθμόν των επιδόξων θυμάτων του πυρειού της φυματώσεως, όπ εφαινουντο μάλιστα δρώντες τοσούτον αδρανώς, ώστε όμιλος εκ κυριών, ών αν δεν απαιτώμαι προΐσταται η αξιότιμος κυρία Σοφία Σλήμαν να σκέπτεται περί σχηματισμού μικροτέρας και μερικωτέρας εταιρίας - γυναικειάς ταύτης, - η οποία να προβή εις λήψιν μέτρων αμεσωτέρων, η οποία να έχη ως σκοπόν την πλήρωσιν των μάλλον επειγουσών εκ των αναγκών εκείνων, τας οποίας τοσούτω ατυχώς αφθόνους παρουσιάζει παρ' ημίν η φυματίωσις.

Στη συνέχεια του αρθρογραφήματος, ο συγγραφέας του (με το ψευδώνυμο Ίων) βάλλει κατά της απόφασης του Συνδέσμου να επιλέξει ως τόπο για την ίδρυση του πρώτου αθηναϊκού «φθισιατρείου» το «ποιητικότατο παρά την μονήν Πεντέλης καστέλλο της Δουκίσσης της Πλακεντίας». Προτιρέπει, τέλος, να «αφεθή τόσω διά την ψυχαγωγίαν και



την υγείαν των εκ της πόλεως εκδρομέων, όσω και διά την ποίησιν μίας εποχής, η οποία τόσον ολίγα κατέλιπεν εν μέσω ημών τα μνημεία αυτής».

Ένα μήνα αργότερα, στις 23 Μαΐου 1902 υπογράφεται το καταστατικό ιδρύσεως «Νοσοκομείου εν τοις περικώροις των Αθηνών, υπό την επωνυμίαν «Σωτηρία», του οποίου σκοπός είναι η νοσηλεία και περίθαλψις πασχόντων εκ φυματώσεως». Το Καταστατικόν του Θεραπευτηρίου «Η Σωτηρία» δημοσιεύεται στο φύλλο 25, τεύχος Β, της Εφημερίδος της Κυβερνήσεως, στις 8 Ιουνίου 1902. Το χώρο ίδρυσης του σανατορίου, στη θέση Γουδί, στις υπώρειες του Υμηττού, παραχώρησε η Μονή Πετράκη (12).





Εικόνα 6

Η Σοφία Σλήμαν, την εποχή της ίδρυσης της Σωτηρίας (1905).



Εικόνα 7

*Γλυπτή προτομή της Σοφίας Σλήμαν, φιλοτεχνημένη από τον αυχισμό της
γλύπτη Γ. Κασφιώτη*





Εικόνα 8

Το ζεύγος Σλήμαν κατά τα πρώτα έτη του έγγαμου βίου του.

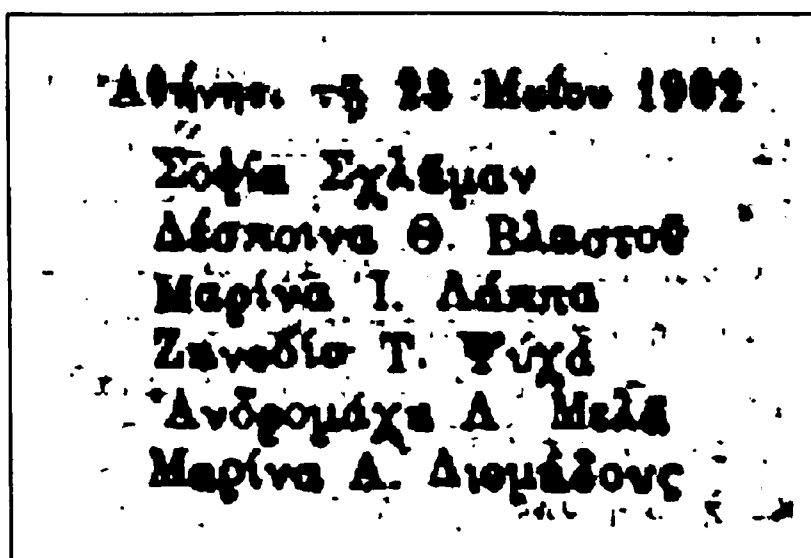


Εικόνα 9

Ο Ερρίκος και η Σοφία Σλήμαν προετοιμάζουν την έκθεση των Τρωϊκών ευρημάτων στο Βερολίνο (1881).



Επικεφαλής του νέου θεραπευτηρίου τίθεται εξαμελές διοικητικό συμβούλιο, που για τα 5 πρώτα χρόνια της λειτουργίας του αποτελείται από τις κυρίες Σοφία Σλήμαν, Ζηνοβία Ψύχα, Δέσποινα Βλαστού, Μαρίνα Λάππα, Ανδρομάχη Μελά (κόρη της Σλήμαν) και Μαρίνα Διομήδους (εικ. 10). Το καταστατικό προβλέπει την θέσπιση ιδρυτών, ευεργετών, δωρητών, συνδρομητών και δωρητών μίας κλίνης, ανάλογα με το ύψος της οικονομικής προσφοράς των επίδοξων φιλανθρώπων. Αποφασίζεται επίσης να αναγράφονται τα ονόματά τους σε μαρμάρινη πλάκα, στο χώρο του θεραπευτηρίου.



Εικόνα 10

*Οι υπογραφές από την ιδρυτική πράξη του Συλλόγου Κυριών "Ἡ Σωτηρία",
σε Βασιλικό Διάταγμα του 1902.*

Τα εγκαίνια του πρώτου κτιρίου της «Σωτηρίας» (με την ίδια επωνομασία) γίνονται στις 6 Ιουνίου του 1905. Πρόκειται για ένα διώροφο κτίριο με 8 θαλάμους και δυναμικότητα 40 κλινών (εικ. 11, 12). Η κατασκευή του στοίχισε 60.000 δραχμές, ποσό που δωρίθηκε από τη Σοφία Σλήμαν. Η αρχιτεκτονική μελέτη και η επίβλεψη των εργασιών δωρίθηκαν επίσης από τους Ιωάννη και Μιλτιάδη Αξελό. Το νέο θεραπευτήριο επάνδρωσαν επιστημονικά ο καθηγητής της κλινικής Παθολογίας Ν. Μακκάς (σύμβουλος γιατρός), ο καθηγητής Μενέλαος

Σακορράφος (άμισθος διευθυντής), ο Σπύρος Κανέλλης (άμισθος διευθυντής), ο Αρτέμης Μαρμαρινός (έμισθος εσωτερικός γιατρός) και η Αγγελική Γιαννικοπούλου (πρώτη διευθύνουσα του ιδρύματος).



Εικόνα 11

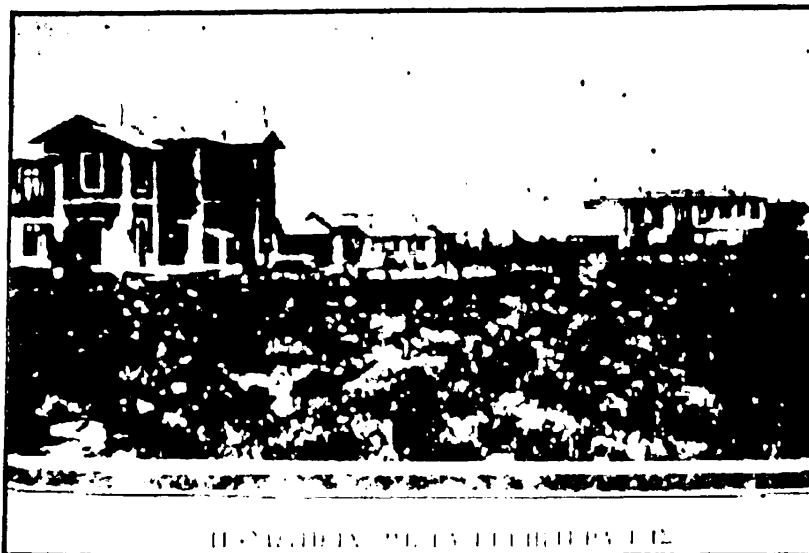
"Η Σωτηρία εις τας αρχάς της", από το αρχείο του Στ. Γερουλάνου.

Διακρίνεται το χέρσο τοπίο που περιέβαλλε το πρώτο κτίριο (1905-1908).



Εικόνα 12

*Το πρώτο κτίριο "Η Σωτηρία" από φωτογραφία του 1932,
πλαισιωμένο από το νεοφυές πευκοδάσος.*



Εικόνα 13

Η "Σωτηρία", το "Κυριαζίδειο" και το "Αμπέτειο", στα 1910.



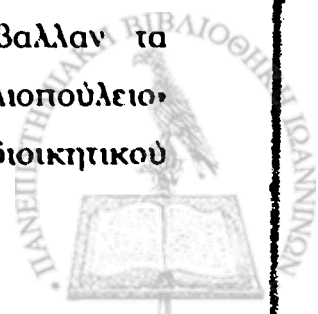
Εικόνα 14

*Το "Αμπέτειο", υπό κατασκευή (1908),
από το αρχείο του Στ. Γερουλάνου.*

Το Θεραπευτήριο «Η Σωτηρία» γνωρίζει, στο πέρασμα των επόμενων 15 χρόνων, μια κτιριακή ανάπτυξη, που επιβάλλεται από την μεγάλη ζήτηση κρεβατιών για νοσηλεία και επιτρέπεται από την άνεση του περιβάλλοντος χώρου : η «Σωτηρία» βλέπει τα κρεβάτια της να αυξάνονται σταθερά μέχρι το 1919, με χρήματα ιδιωτών. Το 1907 κατασκευάζεται το δεύτερο περίπτερο «Κυριαζίδειο», ένα ισόγειο κτίσμα για τους ασθενείς που πλήρωναν νοσήλεια. Το μεγαλύτερο μέρος των εξόδων ανέγερσης καλύφθηκε από κληροδότημα του αιγυπτιώτη ομογενή Επαμεινώνδα Κυριαζή. Το 1909 ανεγείρεται το περίπτερο «Αμπέτειο», μετά από κληροδότημα του επίσης αιγυπτιώτη Νικόλαου Άμπει ή Άμποτ (εικ. 13, 14, 15). Την ίδια εποχή άρχισε και η δενδροφύτευση του χέρσου οικοπέδου που περιέβαλλε τα πρώτα κτίρια. Το πευκοδάσος της «Σωτηρίας», απαραίτητο στοιχείο για την εφαρμογή «κλιματοθεραπείας» σύμφωνα με τις αντιλήψεις της εποχής, δημιουργήθηκε με επίπονες προσπάθειες της ιδρύτριας (εικ. 16, 17). Επτάμιση χιλιάδες πεύκα φυτεύτηκαν μέσα σε δύο χρόνια, ενώ στρατιωτικά βυτιοφόρα μετέφεραν νερό για την φροντίδα τους, μετά από προσωπικά διαβήματα της Σλήμαν στον Δήμο Αθηναίων και στο Υπουργείο των Στρατιωτικών (12).

Το τέταρτο περίπτερο, το ομαζόμενο «Μελά», ισόγειο με δύο θαλάμους, αφιερώθηκε στη νοσηλεία απόρων φυματικών (εξ αυτού και η επωνομασία «Λαϊκό»). Άρχισε να λειτουργεί στα 1910 και κατασκευάσθηκε με δωρεά της Ανδρομάχης Μελά. Στα 1912 και με χρήματα από μεγάλο έρανο στους αθηναϊκούς δρόμους (1911), κτίζεται το «Τριανταφυλλάκι», ένα όμοιο με το «Μελά» κτίσμα, που λειτούργησε και αυτό για την περίθαλψη απόρων ασθενών (εικ. 18).

Ενώ η πολιτική και κοινωνική ζωή της χώρας βρίσκεται υπό συνεχή διαμόρφωση, η Σλήμαν συνεχίζει να πλουτίζει την «Σωτηρία» με νέα περίπτερα. Στα 1913, με χρήματα που προσέφερε ο πρωθυπουργός Ελευθέριος Βενιζέλος από εράνους για την ενίσχυση του μετώπου των Βαλκανικών Πολέμων, ιδρύθηκε το «Στρατιωτικό» περίπτερο (εικ. 19). Την ίδια χρονιά διπλασιάσθηκαν τα δέντρα του περιέβαλλαν τα περίπτερα. Ένα χρόνο αργότερα αποπερατώνεται το «Σπηλιοπούλειο» περίπτερο, μετά από δωρεά του γηραιότερου μέλους του διοικητικού



συμβουλίου του θεραπευτηρίου Χαράλαμπου Σπηλιόπουλου (εικ.20). Πρόκειται για το μεγαλύτερο και πολυτελέστερο περίπτερο του νοσοκομείου, το μόνο από τα παλαιά περίπτερα που λειτουργεί και ως σήμερα : διώροφο, με είκοσι θαλάμους, κεντρική θέρμανση και λουτρό.

Το τελευταίο από τα κτίρια της «Σωτηρίας» που κατασκευάσθηκε κατά την πρώτη περίοδο της λειτουργίας της ήταν το «Οικονόμειο» ή «Διευθυντήριο» (εικ.21). Δωρήθηκε από τον Παναγιώτη Οικονόμου. Λειτουργήσε στα 1915 και στέγασε τις βοηθητικές υπηρεσίες και τις κατοικίες του επιστημονικού προσωπικού της.

Την ίδια χρονιά (1915), η Μονή Πετράκη δώρισε την έκταση της «Σωτηρίας» στο ίδρυμα και έλαβε, σαν συμβολική ανταπόδοση, την δέσμευση του τελευταίου για διάθεση στη μονή 5 κλινών νοσηλείας. Καθ' όλη την περίοδο αυτή, δαπανήθηκαν συνολικά περίπου 500.000 δραχμές για κτιριακές και λοιπές εγκαταστάσεις. Επτά κτίρια, 215 στρέμματα πευκόφυτης έκτασης και μια υγειονομική υποδομή, πρωτόγνωρη για τα ελληνικά δεδομένα : αυτή ήταν η προσφορά της Σοφίας Σλήμαν και του Συλλόγου Κυριών στον ελληνικό αντιφυματικό αγώνα. Προσφορά ανυπολόγιστη που ενισχύθηκε από ένα εντατικό πρόγραμμα δημόσιας ευαισθητοποίησης με παραστάσεις, εράνους, χοροεσπερίδες. Ο αγώνας της ελληνικής κοινωνίας για να αποδείξει τη συνοχή και τη μέριμνα που υποσχόταν στους πολίτες της δοκιμάστηκε με τη φυματίωση και βοηθήθηκε σημαντικά από τη Σοφία Σλήμαν.

Κατά τα πρώτα χρόνια της λειτουργίας του, το πρώτο περίπτερο της «Σωτηρίας» λειτούργησε σε διαρκή πληρότητα. Το πρώτο έτος λειτουργίας του (1905-1906) νοσήλευσε 162 φυματικούς (105 άνδρες και 57 γυναίκες). Στα 1907, νοσηλεύθηκαν συνολικά 140 ασθενείς (84 άνδρες και 56 γυναίκες). Στα 1908 νοσηλεύθηκαν 129 ασθενείς (79 άνδρες και 50 γυναίκες). Η ηλικιακή κατανομή των πρώτων νοσηλευθέντων ανά έτος φαίνεται στον Πίνακα 3.





Εικόνα 15

Το εγκαταλελειμένο "Αμπέτειο", στα 2003.



Εικόνα 16

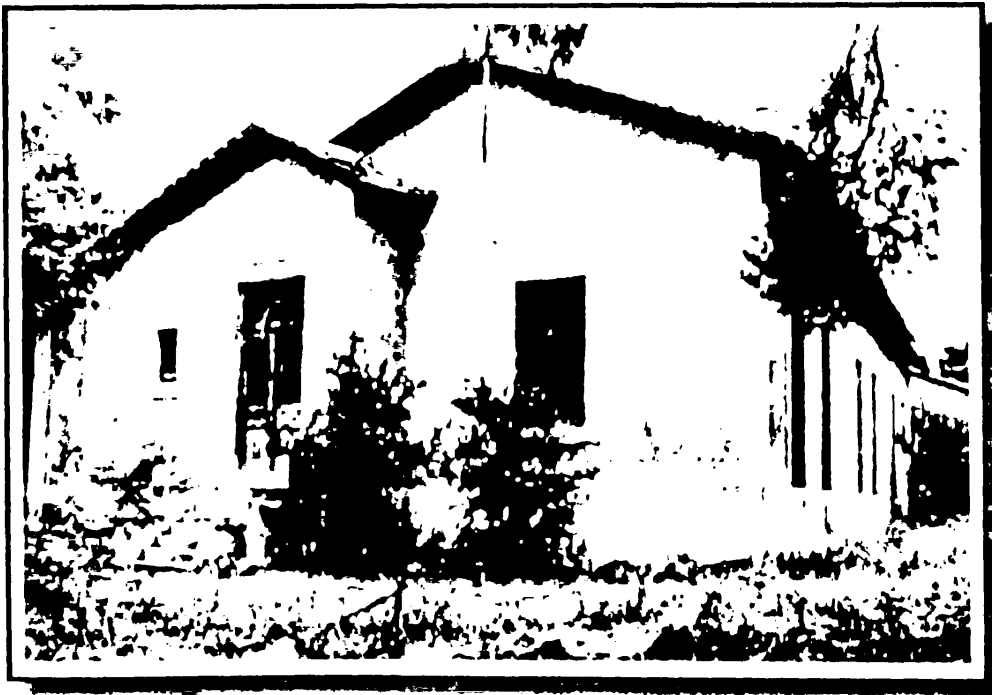
Εικόνα από την κίνηση στα πευκόφυτα δρομάκια της "Σωτηρίας" κατά την διάρκεια του Μεσοπολέμου





Εικόνα 17

Ομάδα γιατρών της "Σωτηρίας" σε αναμνηστική φωτογραφία (γύρω στα 1935).



Εικόνα 18

Το "Τριανταφυλλάκι", καρπός ενός αλησμόνητου εράνου στα 1911.



Εικόνα 19

Το "Στρατιωτικό Περίπτερο", στα 1935.



Εικόνα 20

Το "Σπηλιοπούλειο", στα 1937.





Εικόνα 21

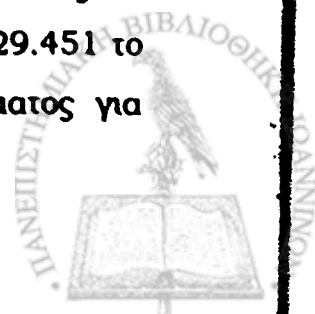
*1932 : Το νεοανεγερθέν Οικονομείο που λειτουργεί ακόμη και σήμερα ως
διοικητήριο της "Σωτηρίας".*

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Η ηλικιακή σύνθεση των νοσηλευομένων στη Σωτηρία κατά τα πρώτα έτη της λειτουργίας της

Ηλικία	1906	1907	1908
10-20 ετών	30	25	26
21-30 ετών	48	39	51
31-40 ετών	52	45	33
41-50 ετών	20	20	10
51-60 ετών	12	18	1
61-70		10	1
71-80		1	

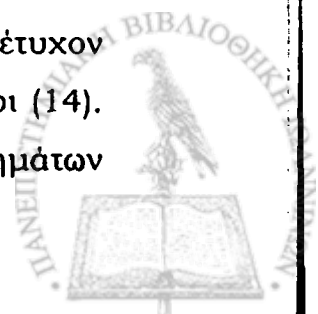
Ορισμένα χαρακτηριστικά στοιχεία της νοσηλευτικής δραστηριότητας της «Σωτηρίας», όπως προκύπτουν από τις «Εκθέσεις των Πεπραγμένων» του ιδρύματος, κατά τα πρώτα έτη της λειτουργίας του, δίδουν ανάγλυφη την εικόνα της εποχής. Συγκεκριμένα, το ετήσιο ποσοστό θνησιμότητας άγγιζε κατά τα πρώτα έτη το 50% : 75 σε σύνολο 162 ασθενών, κατά το έτος 1906, 60/140 το 1907 (44%), 70 /129 το 1908 (53%) και 70/170 το 1909 (41%). Η σημαντική θνησιμότητα οφείλεται ασφαλώς στην εισαγωγή στο νοσοκομείο ασθενών με σοβαρή και επιπεπλεγμένη πυρετώδη, αλλά και στην δραματική έλλειψη θεραπευτικών επιλογών. Χαρακτηριστικά, αναφέρεται ότι τα ετήσια έξοδα για τρόφιμα ήσαν 29.355 δραχμές το 1906, 27.524 το 1907, 29.451 το 1908 και 28.854 το 1909. Αντίστοιχα, τα έξοδα του ιδρύματος για φάρμακα ήσαν 556, 650, 965 και 972 δραχμές (13).



Τα Πεπραγμένα των πρώτων ετών της «Σωτηρίας» δίδουν επίσης το μέτρο της κρατικής ανάμιξης στο πρώτο σημαντικό αντιφυματικό ίδρυμα της χώρας.. Κατά τα έτη αυτά, το ίδρυμα το Δημόσιο επικορηγεί το ίδρυμα με πάγιο ποσό ύψους 5.000 δραχμών. Κατά την ίδια περίοδο, τα καθαρά έξοδα ανέρχονται σε 52.768 δραχμές για το έτος 1906, 46.507 για το 1907, 51.261 για το 1908 και 73.803 για το 1909. Στα 1908, η βασιλική οικογένεια κάνει την πρώτη δωρεά : ο διάδοχος Κωνσταντίνος προσφέρει 1.500 δραχμές και ο πρίγκηψ Γεώργιος προσφέρει 500 δραχμές (13). Το ίδρυμα είναι υποχρεωμένο να λειτουργήσει με έσοδα που προκύπτουν κυρίως από τα νοσήλεια των ευπόρων, κληροδοτήματα και εισφορές ιδιωτών, εράνους και χοροεσπερίδες.

Μέχρι το 1919, η «Σωτηρία» είχε αυξήσει τις κλίνες της από 40 σε περίπου 200. Η επιτυχία της Σλήμαν συγκριτικά με τον Πανελλήνιο Σύνδεσμο κατά της Φυματίωσης έδειξε ότι η συγκεκριμένη ιστορική φάση του αντιφυματικού αγώνα είχε περισσότερο ανάγκη από δημιουργία μεγάλων θεραπευτικών υποδομών για τη φροντίδα και την απομόνωση των πασχόντων και λιγότερο από ανάπτυξη δικτύου αντιφυματικών ιατρειών και υγειονομικών πολιτικών πρόληψης και ανίχνευσης των κρουσμάτων. Η αδυναμία της κρατικής μηχανής να δημιουργήσει τις θεραπευτικές υποδομές ευθύνεται κυρίως για την καθυστέρηση στην ανάπτυξη του αντιφυματικού αγώνα.

Ωστόσο, τα αντιφυματικά ιατρεία είχαν ένα συγκεκριμένο ρόλο να διαδραματίσουν σε μια κοινωνία που πάλευε να μειώσει μια επιδημία χωρίς φάρμακα. Την 1^η Φεβρουαρίου του 1907 λειτούργησε στην οδό Πειραιώς 97 το Αντιφυματικό Ιατρείο του Συνδέσμου. Βασισμένο στις προδιαγραφές των ευρωπαϊκών dispensaries antituberculeux, στόχευσε στην πρόληψη γυναικών και παιδιών από τη μόλυνση, στην εξυγίανση του οικογενειακού ασύλου και λιγότερο στη άμεση ιατρική φροντίδα του φυματικού. Στις 31 Δεκεμβρίου 1908, ο γιατρός του Αντιφυματικού Ιατρείου υφηγητής Ιωάννης Θεοδωρίδης ανακοίνωσε τα πρώτα στατιστικά δεδομένα από τη λειτουργία του : «προσήλθον εις το ιατρείον και έτυχον ιατρικής περιθάψεως και άλλων φροντίδων εν όλω 1217 άρρωστοι (14). Εξ αυτών, φυματικοί ήσαν 411, χοιραδικοί 269 και εξ άλλων νοσημάτων



537, ών οι πλείστοι έπασχον εκ νοσημάτων του αναπνευστικού συστήματος, μη ειδικής φύσεως.» Χαρακτηριστική για τα ιατρικά ήθη της εποχής και ανάμνηση της μακράς συζήτησης περί «κληρονομικότητας» ή «μεταδοτικότητας» της φυματίωσης είναι η αναφορά του Θεοδωρίδη στην «κληρονομικότητα επί των 411 περιπτώσεων : αναφέρεται προς πατρός μεν εις 33, προς μητρός 84 και προς αμφοτέρων των γονέων εις 12, ήτοι κατ' αναλογίαν εις 31.8 %».

Η κλινική εικόνα που «προηγήθηκε» της διάγνωσης της φυματίωσης σε αυτούς τους αρρώστους συνοψίζεται στον παρακάτω πίνακα

- Πλευρίτιδες...53 ή 12.9 %
- Πνευμονίαι....21 ή 5.1 %
- Βρογχίτιδες...62 ή 15.08 %
- Αιμοπτυσίοι...19 ή 4.6 %
- Πλευροδυνίαι...32 ή 7.8 %
- Πεπτικά διαταράξεις...8 ή 2 %
- Φυματίωσις οστών...8 ή 2 %
- Φυματίωσις περιτοναίου...6 ή 1.5 %

Η αναφορά του γιατρού στο επάγγελμα των φυματικών φέρνει στη μνήμη τη φράση του Β. Πατρίκιου «*Η φυματίωση είναι νόσος κοινωνική*». «*Οι πλείστοι ανήκον εις τας εργατικές και πενυμένους τάξεις, ως οι ακόλουθοι αριθμοί καταδεικνύουν*».

οι περί τα οικιακά ασχολούμενοι	114
ράπται, ράπτριες	45
εργάται, εργάτιδες, υπάλληλοι, υπηρέται, πλύντριαι	86
υποδηματοποιοί	20
καφεπώλαι	6
οπωροπώλαι	5
βιβλιοδέται	3
έμποροι	10
μαθηταί, μαθήτριες	25
γεωργοί	4



Η συνεισφορά της αναζήτησης του βακίλου στα πτύελα δεν ήταν η αναμενόμενη, καθώς μόνον 152 από τους 411 «*παρουσίασαν εν τοις πτυέλοις αυτών το βακτηρίδιον του Koch ...εις δε 12 δεν εγένετο μικροσκοπική έρευνα των πτυέλων ως πάσχοντας εκ φυματώσεως των οστών και του περιτοναίου*». Η μικρή συνεισφορά της μικροβιολογικής εξέτασης των πτυέλων επιχειρείται να εξισορροπηθεί με την εφαρμογή «*οφθαλμοαντιδράσεως Calmette-Wolf-Eisner επί 20 αρρώστων και δερμοαντιδράσεως Von Pirquet*». Οι αντιδράσεις αυτές αναφέρονται «*θετικές και εν αρμονίη προς τα κλινικά φαινόμενα και την μικροσκοπικήν των πτυέλων εξέτασιν*».

Στη συνέχεια, ο ομιλητής αναφέρεται στις δυνατότητες παρέμβασης που διαθέτει το ιατρείο κατά της εξάπλωσης της φυματώσεως στην κοινωνία : το ιατρείο χορήγησε «*πτυελίστρες θυλακίου και τραπέζης και φάρμακα απολυμαντικά, παρέσχε συμβουλάς εν τω ιατρείω προφορικάς τε και γραπτάς, ενήργησε, οσάκις υπήρξε προς τούτο ένδειξις, οικιακήν εξέτασιν και έδωκε τας αναγκαίας κατ' οίκου συμβουλάς*. Προς δε ενήργησε δια του δημοσίου Απολυμαντηρίου *απολύμανσιν πολλών οικημάτων, ένθα έζων αναμίξ υγείς μετά φθισικών, εμερίμνησε περί απολυμάνσεως των ενδυμάτων ή πραγμάτων αποθανόντος φθισικού...Τη συστάσει δε του Ιατρείου, η φιλόπρωχος Εταιρεία των Κυριών προσήλθε πάνυ ευγενώς επίκουρος εις πολλάς οικογενείας φθισικών...*». Τα πεπραγμένα του Αντιφυματικού Ιατρείου ολοκληρώνονται με μια νέα αναφορά στην ιδιωτική φιλανθρωπία. Η ιατρική δράση συμπλέκεται πάντοτε με την κοινωνική, αφού η φυματίωση, όπως και κάθε επιδημία, δοκιμάζει πρωτίστως τον κοινωνικό χαρακτήρα των ιατρικών υποδομών κάθε κοινωνίας (15).

Παρά την πενικρή βοήθεια από το κράτος, ο «Πανελλήνιος Σύνδεσμος κατά της Φυματίωσης» συνέχισε το διαφωτιστικό του έργο. Το 1909, οργάνωσε το πρώτο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο κατά της φυματίωσης, στη μεγάλη αίθουσα της Ακαδημίας, στην Αθήνα. Οι εργασίες αυτού του συνεδρίου σημαδεύτηκαν από την τιμητική επίσκεψη των συνέδρων στη «Σωτηρία».



«Περί την 5 μ.μ. τα μέλη του Συνεδρίου συνεκεντρώθησαν πρό της Σιναίας Ακαδημίας και επιβάντα αμαξών μετέβησαν εις το Φθισιατρείον η «Σωτηρία», κείμενον παρά τους πρόποδας του Υμηττού. Εις την είσοδον του θεραπευτηρίου υπεδέχθησαν τα μέλη του συνεδρίου η πρόεδρος ερίτιμος Κυρία Σοφία Σλήμαν και ολόκληρον το Δ. Συμβούλιον του θεραπευτηρίου. Προ της εισόδου δε του πρώτου περιπτέρου προσεφώνησεν τα μέλη η κ. Σλήμαν.» (16)

Παρά την απότιση φόρου τιμής στο πρώτο ελληνικό «Φθισιατρείο», οι σύνεδροι εξέφρασαν, στη διάρκεια του συνεδρίου, έντονο σκεπτικισμό για την αποτελεσματικότητα της νοσηλείας σε σανατόριο. «Η ιδέα της αεροθεραπείας προήλθεν εκ του δεδομένου ότι ο φθισικός ών τραυματίας έχει ανάγκη ασήπτου αέρος, ακριβώς όπως ο φέρων τραύμα εις εξωτερικάς χώρας του σώματος έχει ανάγκην ασήπτου επιδέσεως...Τοιαύτα, κύριοι, τα θεραπευτικά μέσα κατά της φυματώσεως από των φυματινών ή ορρών, του υπερσιτισμού και των ειδικών θεραπευτηρίων. Μέχρι σήμερον τουλάχιστον ουδέν ασφαλές και τελεσιουργόν εκ των πρώτων, ουδέν εκ των δεύτερων, σχετικά δε μόνον ευχάριστα αποτελέσματα εκ των ειδικών θεραπευτηρίων» (16). Η αιτιοκρατική ιατρική σκέψη δεν αποτιμά τόσο τις κοινωνικές διαστάσεις της λειτουργίας των σανατορίων, αλλά αποθαρρύνεται από την ουσιαστική έλλειψη ριζικής θεραπείας της νόσου παρά τη νοσηλεία.

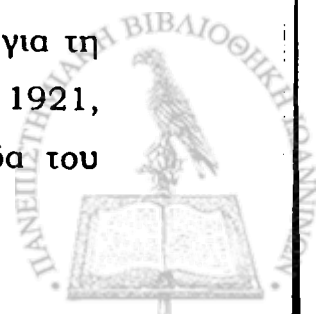
Οι σύνεδροι με «κοινωνικότερο» οπτικό πεδίο συζητούν την επέκταση του θεσμού των σανατορίων. Ο δικηγόρος Αντώνιος Μάτεσις θέτει το θέμα της ίδρυσης και της συντήρησης λαϊκών σανατορίων μέσω εισφορών από ένα ασφαλιστικό σύστημα. Το παράδειγμα της κυβέρνησης του Μπίσμαρκ στη Γερμανία είναι σχετικά πρόσφατο (1883). «Η πολιτεία μόνον εν σπγμαις επιδημιών και μεγάλων καταστροφών έρχεται αρωγός εις τους πάσχοντας. Δεν θα είχε άρα καθήκον να πράττη τούτο ευνοιαδήποτε σπγμή, περιλαμβάνουσα την περίθαλψιν των πασχόντων ως υποχρέωσιν εν τω κύκλω της δικαιοδοσίας ; ..Εις Γερμανίαν, όπου ασκεί μεγαλειέραν επίδρασιν η κοιωνιστική ιδέα, το κράτος επενέβη ριζικώτερον, ανύψωσε την εργατικήν ασφάλειαν εις θεσμόν δημοσίου δικαίου και επέβαλεν εις τους εργάτας την υποχρέωσιν



και ακουσίως αυτών να μετέχωσι των ασφαλιστικών ιδρυμάτων, άτινα κατά το πλείστον αυτό το κράτος ωργάνωσεν.»

Όσο το κράτος βραδυπορεί στην οργάνωση κοινωνικής ασφάλισης ως βάσης του Αντιφυματικού Αγώνα, η φιλανθρωπία επελαύνει. Στις 6 Δεκεμβρίου του 1911 οργανώνεται από τον όμιλο Κυριών της «Σωτηρίας» λαϊκός έρανος σε Αθήνα και Πειραιά. Την επομένη, η εφημερίδα «Ακρόπολις» υμνεί τη δραστηριότητα των κυριών και δεσποινίδων. «Η πρωτεύουσα άνθισε στο μεσοχειμῶνο τριανταφυλλάκια. Ανθόσπορος υπήρξεν η ωραία ιδέα της κ. Σ. Σλήμαν και σωστά θερμοκήπια τα θερμά φιλανθρωπικά αισθήματα των ευγενεστέρων Αιθίδων μας. Τοιουτοτρόπως κατορθώθη πλήρης, γενική, πανηγυρική απίστευτος άνθησις εν μέσω χειμῶνος και αντί των λευκών χιονοστιβάδων που απειλούσεν ο χθεσινός παγωμένος βορράς επεκάθησαν απαλώτατα σε χιλιάδες μπουτονιέρες «Τα τριανταφυλλάκια της Σωτηρίας» (17). Ο έρανος αυτός συγκέντρωσε 35.672 δραχμές. Περίπου δέκα μέρες αργότερα, τέθηκε ο θεμέλιος λίθος του περιπτέρου που χτίσθηκε στη «Σωτηρία» με αυτά τα χρήματα.

Η ιδέα του εράνου δεν ήταν ελληνική. Είχε ήδη εφαρμοσθεί με διάφορες μορφές στις ευρωπαϊκές και αμερικανικές κοινωνίες. Χαρακτηριστική ήταν η καμπάνια του «χριστουγεννιάτικου γραμματόσημου για τη φυματίωση» που εμπνεύσθηκε τον Δεκέμβριο του 1903 ο Δανός ταχυδρομικός υπάλληλος Einar Holboell, καθώς έβγαине από ένα ταχυδρομικό γραφείο της Κοπεγχάχης, κουβαλώντας χριστουγεννιάτικη αλληλογραφία. Ο Holboell παρατήρησε δυο ρακένδυτα φυματικά παιδιά που άνοιγαν με δυσκολία δρόμο μέσα στο χιόνι. Η προσθήκη των ειδικών γραμματοσήμων για τη φυματίωση κοντά στα κανονικά γραμματόσημα ήταν ένας έμμεσος έρανος που έγινε παγκόσμιος θεσμός. Την επόμενη χρονιά πουλήθηκαν 4 εκατομμύρια γραμματόσημα. Τα έσοδα αφιερώθηκαν στην δημιουργία ιδρυμάτων για φυματικά παιδιά (εικ. 22, 23). Στις Ενωμένες Πολιτείες ο θεσμός εγκαινιάσθηκε στο ταχυδρομικό γραφείο του Wilmington, στο Delaware, από την Bissell. Μέχρι την εισαγωγή αποτελεσματικού εμβολίου για τη φυματίωση, του BCG (η κλινική εφαρμογή σε ανθρώπους στα 1921, παγκόσμια εφαρμογή μετά τον Β Παγκόσμιο Πόλεμο) τα έσοδα του



χριστουγεννιάτικου γραμματοσήμου βοήθησαν σημαντικά την κοινωνική αρωγή προς τα παιδιά με φυματίωση.



Εικόνα 22

Σειρά γραμματοσήμων που εκδόθηκαν εκτός ελληνικών συνόρων, στα πλαίσια του διεθνούς Αντιφυματικού Αγώνα (1910-1930).



Εικόνα 23

Γραμματόσημα από του ελληνικό Αντιφυματικό Αγώνα.

Ενώ η φθίση ενδημεί αθεράπευτη στην Αθήνα, η πρώτη ανάπτυξη των μέσων μαζικής ενημέρωσης ενισχύει μια προαιώνια τάση : την κυκλοφορία «μαγικών συνταγών». Οι ιατρικές στήλες της «Ακροπόλεως» των αρχών του 20^{ου} αιώνα αναφέρονται επί χρόνια στην υπόθεση του «οίνου Μ. Βαρλά». Το πράγμα δεν είναι δυσεξήγητο, αν σκεφθεί κανείς ότι η διαιτητική παρέμβαση θεωρείτο μέρος της αντιμετώπισης της φυματίωσης εκείνη την εποχή. Επίσης, οι ιδέες του Pasteur περί τονώσεως του «εδάφους» έναντι του «σπόρου», έκανε πολλούς, παραποιώντας την εν σπέρματι ανοσολογία της «γαλλικής σχολής» να κοιτούν με συμπάθεια ανάλογες διαιτητικές υποδείξεις. Ήδη, από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, ο «γυήσιος, ο όντως θαυματουργός οίνος Μάρκου Βαρλά ευρίσκετο εν τη αποθήκη τουωτικών οίνων παρά τη κ. Δήμητρα Μ. Βαρλά, οδός Μυλλέρου, 20^α». Στα φύλλα της 11^{ης} και 15^{ης} Μαρτίου 1905 της «Ακροπόλεως» βρίσκουμε ίχνη από την υπόθεση, η οποία κατέληξε στα δικαστήρια και σε φυλάκιση του οινοπώλη (18). Ωστόσο, τρία χρόνια αργότερα οι οίνοι Βαρλά συνεχίζουν να διατίθενται και μάλιστα από το φαρμακείο της οδού Ερμού 167. Στην «Ακρόπολη» της 7^{ης}. 03. 1908, δημοσιεύεται ευχαριστήριο επιστολή του Αντ. Μ. Σιγάλα (γραμμένη την κρίσιμη για τον Βαρλά περίοδο του 1905), όπου δηλώνεται ότι ο γράφων, πρώην φυματικός, «εσώθη χάρις στον ιαματικό οίνο» (19). Στην ίδια εφημερίδα, και στο φύλλο της 20^{ης}. 05. 1908, βρίσκουμε μια νέα αναγγελία σχετική με μια νέα «Θεραπεία της Φθίσεως». Ο φθισίατρος και φαρμακοποιός είναι πλέον καλύτερα ασφαλισμένος έναντι της Δικαιοσύνης, αφού δηλώνει στον επίλογο της διαφήμισης σχετικά με τους «αντιφθισικούς οίνους» του ότι αντιμετωπίζει την φθίση και με ειδικά βακτηριοκτόνα φάρμακα (20).

«Σύντομος, αιώδυνος, ολιγοδάπαιος, τελεσφόρος.

Καθώς ο έλεγχος (εις τους παθόντας την νόσον) των καθηγητών του Πανεπιστημίου και ιατρών κ.κ. Χατζημιχάλη, Μακκά, Σάββα, Ζαχαρίτσα, Κωτάνωφ κλπ. Απέδειξε την αλήθειαν ταύτην. Επ δε, συνεπικουρών τούτοις ερχομένων εις την αλήθειαν ταύτην και άλλων επιστημών προσώπων (Νομάρχου, Εισαγγελέως, βουλευτών, δικαστών και λοιπών συναδέλφων ιατρών) πεισθέντων περί αυτής.



Εἰς δὲ τὸ φαρμακεῖον τοῦ (γωνία Λέκκα καὶ Μουσῶν) παρασκευάζονται, ἀπὸ ἐτῶν ἤδη, διάφοροι οἶνοι ἱατροφαρμακευτικοί, εἰδικοί, δια πάσαν κακοχυμίαν καὶ σωματικὴν ἐξάντλησιν ἐξ οἰασδῆποτε αἰτίας προερχομένην, καθὼς καὶ ὁ θαυμάσιος ἀντιφθισικὸς (ἀντὶ δρ. 5 τὴν φιάλην) εἰς χύμα πάντοτε χορηγούμενος πρὸς ἀποφυγὴν τῶν ἀπομιμήσεων.

Ἡ δὲ θεραπεία τῆς φθίσεως γίνεται δι' εἰδικῶν φαρμάκων βακτηριοκτόνων, καὶ ὄχι δι' ἐνέσεων!

Ὁ ἐξ Ἡπείρου

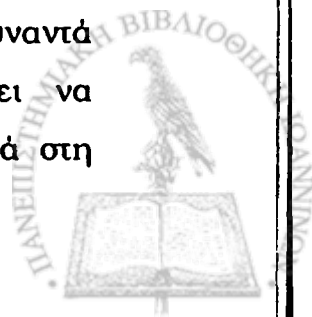
Ἰωάννης Παπακώστας

Φθισίατρος καὶ φαρμακοποιός»

Α. 3. Επαρχία

Στις ἀρχές τοῦ 20^{ου} αἰῶνα, ἡ κορωνίδα τοῦ ἀντιφυματικοῦ ἀγῶνα παντοῦ παρέμενε ἡ σανατοριακὴ πολιτικὴ. Στὴν ἐλληνικὴ ἐπαρχία, δημιουργοῦνται ὀρεινά, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, σανατόρια. Τὸ ἀρχαιότερο ἀπὸ αὐτὰ ἰδρύθηκε στα Χάνια τοῦ Πηλίου ἀπὸ τὸν γιὰτρός Γιώργο Καραμάνη : «σε υψόμετρο 1200 μέτρων, τελείως προφυλασσόμενον ἀπὸ τῶν βορείων, βορειοανατολικῶν καὶ δυτικῶν ἀνέμων, βλέπει δὲ πρὸς ἀνατολὰς καὶ νότον. Πηγὴ ἀφθόνου ὕδατος παρὰ τὸ φθισιατρεῖον ἀναβλύζουσα ἐπαρκεῖ πλουσίως εἰς πάσας αὐτοῦ τὰς ἀνάγκας», σύμφωνα με τὴν περιγραφὴ τοῦ καθηγητῆ Μενέλαου Σακορράφου (εἰκ. 24) (21).

Στὴν ἐποχὴ τῆς ἰδρύσεως τοῦ Σανατορίου Καραμάνη (2 Μαΐου 1909), ὁ Βόλος καὶ ἡ Λάρισα ἀριθμοῦσαν 25.000 κατοίκους, τὰ Τρίκαλα καὶ ἡ Καρδίτσα 15.000 καὶ 10.000 ἀντίστοιχα. Ἡ θνητότητα ἀπὸ φυματίωση στὶς θεσσαλικὲς πόλεις υπολογίσθηκε σὲ 200 κάτοικους κατ' ἔτος (22). Γιατρός στο χωριὸ τοῦ, στὴ Δράκεια Πηλίου, ὁ Καραμάνης ἀποτελεῖ ἰδιαίτερη προσωπικότητα στὴν ἱστορία τῆς ἐλληνικῆς ἱατρικῆς τοῦ 20^{ου} αἰῶνα. Γεννήθηκε στὶς 23 Ἀπριλίου 1873, στο χωριὸ Δράκεια τοῦ Πηλίου (22). Ἐμπνεόμενος ἀπὸ ἓνα αἶσθημα «ἀποστολῆς», συναντᾷ τὸν Ἀθηναῖο φυματιολόγο Πέτρο Ροντόπουλο καὶ ἀποφασίζει νὰ ἀφοσιωθεῖ στὴ δημιουργία καὶ λειτουργία ἐνὸς σανατορίου κοντὰ στὴ



γενέτειρά του (εικ. 25, 26). Μόνες η ψυχολογική αντοχή και η επιστημονική και διαχειριστική επάρκεια του Καραμάνη άρκεσαν για να λειτουργήσει το σανατόριο αδιαλείπτως επί 50 χρόνια, όσα και η περίοδος του βιολογικού κύκλου του διευθυντή του (ο Καραμάνης πέθανε στις 10 Ιουνίου 1964).



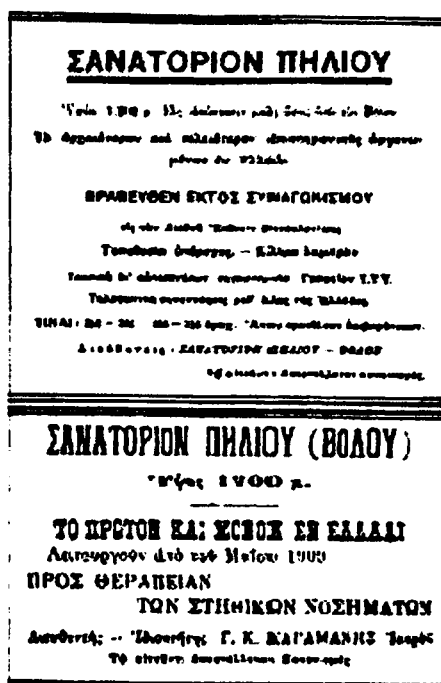
Εικόνα 24

*Το σανατόριο του Γ. Καραμάνη στα πρώτα χρόνια της λειτουργίας του.
Διακρίνεται ο ειδικός εξώστης για την αεροθεραπεία των ασθενών.*



Εικόνα 25

Ο φυματιολόγος Γιώργος Καραμάνης με τον στενό του συνεργάτη Κων/νο
Κούμουλο, στο γραφείο του στο σανατόριο του Πηλίου.



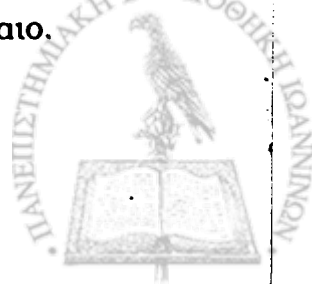
Εικόνα 26

*Διαφημίσεις του σανατορίου Καραμάνη
από την "Φυματιολογική Επιθεώρηση" (δεκαετία του '30).*

Η οργάνωση του σανατορίου έγινε μετά από επισκέψεις και συνεργασία του Καραμάνη με μεγάλα σανατόρια της Κεντρικής Ευρώπης (Davos, Arosa, Wienerwald κλπ) : καθημερινό πρόγραμμα, διαγράμματα νοσηλείας, διαιτολόγιο, βιοχημικό και μικροβιολογικό εργαστήρια. Σαν κριτήρια ίασης χρησιμοποιούνταν η λευκωματινοαντίδραση Roger, η καθίζηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων και η ανεύρεση της μέσης τιμής των κοκκίων των βακίλων του Koch.

Κοντά στον Καραμάνη εργάσθηκαν και δημοσίευσαν τις εμπειρίες τους φημισμένοι φυματιολόγοι, όπως οι Κούμouλος και Χαροκόπος. Η θεραπευτική φάρετρα του περιλάμβανε την κλασσική τριάδα του σανατορίου ανάπαυση-υπερσιτισμός-αεροθεραπεία και, αργότερα, την εφαρμογή τεχνητού πνευμοθώρακα.

Στα 1936, η σύζυγος του Καραμάνη Άννα (μετέπειτα Σικελιανού) πρωτοστατεί στη δημιουργία ενός Πρεβαντορίου για φυματικά παιδιά, των «Χελιδονιών». Θα αναφερθούμε σε αυτό, στο επόμενο κεφάλαιο.



Η επιτυχία της πρωτοβουλίας του Καραμάνη έλκει το Β Πανελλήνιο Συνέδριο στο Βόλο. Το συνέδριο διεξάγεται από 20 έως 23 Μαΐου 1912. Στα πλαίσια αυτού του συνεδρίου, ο Καραμάνης παρουσιάζει τον πρώτο απολογισμό από τα 3 χρόνια λειτουργίας του σανατορίου του : νοσηλεύθηκαν 47 ασθενείς, αμφοτέρων των φύλων, προερχόμενοι εξ Ελλάδος, Ρουμανίας, Ρωσίας, Αιγύπτου, Ηπείρου, Θράκης, Μακεδονίας (και οι τρεις αυτές περιοχές ήσαν τότε εκτός των ορίων της ελληνικής επικράτειας) και νήσων του Αιγαίου (23). Ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας ήταν 98 ημέρες. Σύμφωνα με την ταξινόμηση Turban-Gerhardt, πλεονεκτούσαν οι ασθενείς που βρίσκονταν στο τρίτο στάδιο της νόσου (59.57%). Κατά το χρονικό αυτό διάστημα αναφέρονται 2 ιάσεις ασθενών πρώτου σταδίου, 2 ιάσεις ασθενών δευτέρου σταδίου και 7 θάνατοι ασθενών τρίτου σταδίου. Από τους αποβιώσαντες, αναφέρονται ένα περιστατικό φυματιώσεως λάρυγγος, ένα περιστατικό φυματιώσεως των εντέρων και ένα περιστατικό με συνδυασμό φυματιώσεως λάρυγγος, εντέρων και συφιλίδα (23). Οι περισσότεροι νοσηλευθέντες ήσαν σπουδαστές (συνολικά 11). Ενδιαφέροντα είναι τα στατιστικά στοιχεία που αναφέρονται στις συνήθειες των φυματικών και που αντανakλούν αντιλήψεις του 19^{ου} αιώνα περί «νοσηρών έξεων» που ευνοούν την εμφάνιση της φυματίωσης. Από τους ασθενείς, λοιπόν, αυτούς βρέθηκαν 8 με κατάχρηση καπνού, 6 με αφροδίσια νοσήματα, 3 με αυνανιστικές συνήθειες και 3 με κατάχρηση οινόπνεύματος. Η κλινική παρακολούθηση των ασθενών είναι λεπτομερής και η περιγραφή της σχεδόν λογοτεχνική.

Άμα τη εισόδω των εις το Σανατόριον, ευθύς από της πρώτης εβδομάδος, ο πυρετός της υπερκοπώσεως (*fièvre de surmenage*) εξαφανίζεται, οι ιδρώτες, οι μέχρι της εισόδου των εις πολλούς των ασθενών αφθουώτατοι και οχληρότατοι, καταπαύουσιν ως δια μαγείας από της πρώτης νυκτός, ύπνος φυσιολογικός εγκαθίσταται, η δε συνεχής και αδιάλειπτος ξηρά, ως επί το πλείστον, και ενοχλητική βήξ, η του έμετου πλειστάκις προκαλούσα και κατά συνέπειαν την θρέψιν κωλύουσα, η εκδιώκουσα τον ύπνον και τυραννούσα, ημέρας τε και νυκτός τους δυστυχείς πάσχοντας, καταπαύει και αυτή αντικαθισταμένη

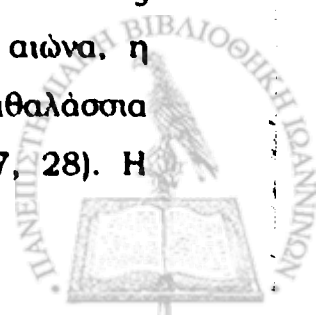


δι' αραιάς και ηπίας τοιαύτης. Όσον δ' αφορά την απόχρεμψιν, μειριάζεται και αύτη και τροποποιείται, συν τω χρόνω. Επίσης δ' εξαφανίζεται ή ελατπύται ο εις αυτήν ταύτην την ειδικήν επεξεργασίαν οφειλόμενος πυρετός.

A.4. Η θεραπευτική προσέγγιση της φυματίωσης πριν από το 1920

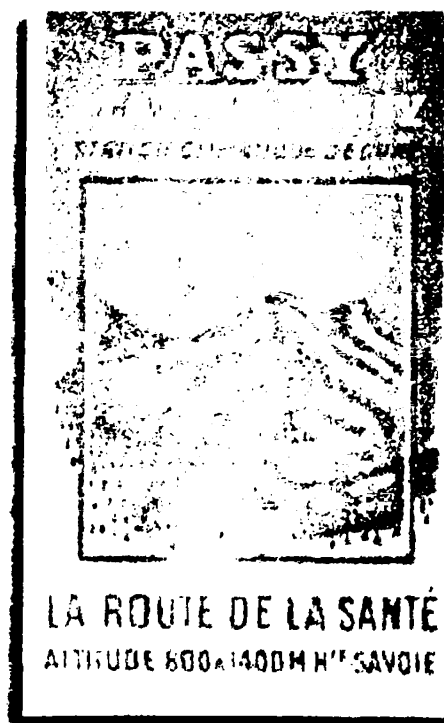
Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, η αιτιολογία και οι παθολογοανατομικές μορφές της φυματίωσης είναι γνωστές. Οι εργασίες των μεγάλων κλινικών και εργαστηριακών σκαπανέων της φυματολογικής έρευνας (Auenbrugger, Laennec, Villemin, Virchow, Koch κ.ά.) έχουν αποδώσει στον ιατρικό κόσμο όλες τις πληροφορίες που επιτρέπουν μια ορθολογική περιγραφή της νόσου και έναν ακριβή συσχετισμό της με τις κλινικές της εικόνες. Στο Συνέδριο του Μονπελιέ, στα 1898, ανακοινώθηκε πανηγυρικά ότι *«όλα πλέον είναι γνωστά για τη φυματίωση : προέλευση, φυσική ιστορία, συνήθεις στόχου»*. Ωστόσο, η θεραπεία της φυματίωσης είναι ακόμη άγνωστη. Η μικροβιολογική ανακάλυψη θα μειώσει βεβαίως τη δαιμονοποίηση και την υγιεινιστική υστερία με τις οποίες είχε περιβληθεί επί δεκαετίες η νόσος, αλλά ο δρόμος θα είναι μακρύς μέχρι την ανακάλυψη αποτελεσματικών αντιφυματικών φαρμάκων (24).

Ο θεραπευτικός εμπειρισμός παραχώρησε τη θέση του στη σανατοριακή πολιτική, από το 1854 και μετά (μετά την ίδρυση του πρώτου ορεινού σανατορίου από τον Hermann Brehmer, στο Goerbersdorf της Σιλεσίας, και του δεύτερου σανατορίου από τον μαθητή του Brehmer Dettweiler, στο Falkenstein, στα 1876). Οι ιδέες του Brehmer και του Dettweiler, βαθύτατα επηρεασμένες από την λειτουργία των αρχαίων ελληνικών Ασκληπιείων, διασπείρονται στις ανεπτυγμένες χώρες μεταξύ 1880 και 1890. Στα τέλη του αιώνα, η Ευρώπη φιλοξενεί ένα δίκτυο σανατορίων σε ορεινά ή παραθαλάσσια θέρετρα, αλλά και στη περιφέρεια μεγάλων πόλεων (εικ. 27, 28). Η



Βόρειος Αμερική ακολουθεί χρονολογικά, αλλά αναπτύσσεται ταχύτερα. Στα τέλη του Β Παγκοσμίου Πολέμου, το Βορειοαμερικανικό σανατοριακό δίκτυο αριθμεί περίπου 8000 ιδρύματα (25).

Η «επιδημιολογική» λύση της απομόνωσης των πασχόντων κατάγεται από την λειτουργία των λαζαρέτων ή λοιμοκαθαρητηρίων που προστάτευαν τα λιμάνια της Μεσογείου (ήδη από τον 16^ο αιώνα) από τις επιδημικές μαστίγες της πανώλης και της χολέρας. Ωστόσο, η λειτουργία του σανατορίου διαφέρει ριζικά από αυτή του λαζαρέτου και ομοιάζει με αυτή των λουτροπόλεων των ευρωπαίων αστών του 19ου αιώνα. Το σανατόριο αποτέλεσε διπλό όφελος για την κοινωνία και τον ασθενή : προστασία του συνόλου από τη διασπορά και φροντίδα για τα συμπτώματα του ασθενή μέσω μεθόδων τόνωσης του ανοσοποιητικού συστήματος.



Εικόνα 27

Διαφήμιση σανατορίου της γαλλικής Σαβοΐας.





Εικόνα 28

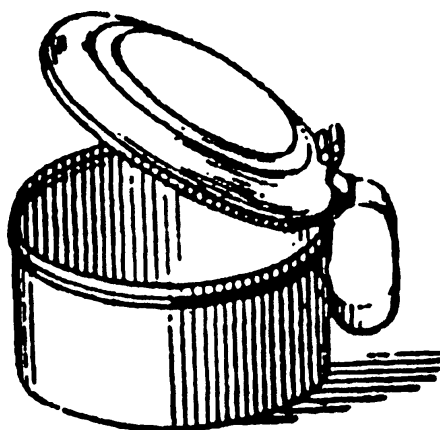
Γελοιογραφία από γαλλικό περιοδικό του 19^{ου} αιώνα που σχολιάζει πικρόχολα την συνήθεια της εποχής για εγκλεισμό των νεαρών "στηθικών" στα σανατόρια "Χωρίς αμφιβολία, κόρη μου, θα μπορούσες να μείνεις κοντά στους γονείς σου...Αλλά, καταλαβαίνεις, θα μας θεωρούσαν άφραγκους, αν δεν ξοδεύαμε αρκετά για να σε φροντίσουμε !"



Η επιτυχία στη λειτουργία των πρώτων ιδιωτικών σανατορίων, υπέβαλε την ιδέα του «λαϊκού φθισιατρείου», ενός σανατορίου δηλαδή που βρίσκεται κοντά σε αστικά κέντρα και φιλοξενεί ασθενείς από την εργατική τάξη. Η λειτουργία των «λαϊκών φθισιατρείων» βασίσθηκε οικονομικά στο θεσμό των αναγκαστικών ασφαλιστικών εισφορών που πρώτη επέβαλε η κυβέρνηση του Μπίσμαρκ, στη Γερμανία, στα 1883.

Οι λεπτομέρειες της κατασκευής και λειτουργίας των σανατορίων συνοψίζουν μακράιωνες παρατηρήσεις και δοξασίες που φθάνουν μέχρι τις «περί κλίματος και ανέμων» ιδέες της Ιπποκρατικής ιατρικής. Τα θεραπευτήρια έπρεπε να οικοδομούνται σε τόπους όπου έπνεαν βόρειοι άνεμοι, τα δωμάτια των ασθενών να είναι ευάερα και φωτεινά, στραμμένα προς μεσημβρίαν και εν μέρει προς δυσμάς, χωρίς περιττά έπιπλα, χωρίς «πλούσιες» κουρτίνες, τα έπιπλα απλά ώστε να απολυμαίνονται ευχερώς, οι τοίχοι λείοι και «άνευ γωνιών», το δάπεδο έπρεπε να καλύπτεται από λινέλαιο ή παρεμφερή ουσία. Έξω από τα δωμάτια των ασθενών προβλέπονταν ειδικοί χώροι για ηλιοθεραπεία (solarium). Τα δωμάτια του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού έπρεπε να βρίσκονται σε απόσταση από αυτά των ασθενών. Οι ασθενείς έφεραν πάντοτε μαζί τους ειδικές πτυελίστρες, ώστε να συλλέγουν τα μολυσματικά τους πτύελα (εικ. 29). Το νερό των λουτήρων των ασθενών συγκεντρώνονταν σε ειδικούς βόθρους. Γύρω από το φθισιατρείο χαράσσονταν ευθείς δρόμοι για τον περίπατο των νοσηλευομένων. Η διατροφή των ασθενών ήταν πλούσια σε πρωτεΐνες (κρέας, αυγά, γαλακτοκομικά).





Εικόνα 29

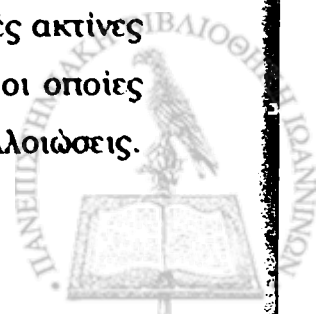
Χαρακτηριστική πτυελίστρα τσέπης.

Αναρίθμητες πτυελίστρες (δαπέδου, τσέπης, τραπέζης) κυκλοφόρησαν καθ' όλη την περίοδο της σανατοριακής φάσης του Αντιφυματικού Αγώνα.

Ως προς τις θεραπευτικές αρχές που αιτιολογούσαν στον ιατρικό κόσμο τη λειτουργία των σανατορίων, αυτές συμπυκνώνονταν σε τρεις λέξεις : αεροθεραπεία, υπερσιτισμός και ανάπαυση. «Γενικώς ειπείν το φθισιατρείον αποτελεί ίδρυμα, εντός του οποίου ο φυματικός υποβάλλεται αγωγγύστως εις τα ιατρικά παραγγέλματα και εν αυτώ λαμβάνονται πάντα τα προφυλακτικά μέτρα, διο και ουδείς των περί των άρρωστων μολύνεται, τούτο δε αποδεικνύει το αποφευκτόν της νόσου», γράφει στα 1928 ο υπέρμαχος του θεσμού καθηγητής Μενέλαος Σακορράφος (21).

Η ηλιοθεραπεία, γνωστή από την ελληνική αρχαιότητα, εφαρμόσθηκε εκ νέου στη θεραπευτική της φυματίωσης από τους Malgat, Herve και Rollier και εφαρμόσθηκε από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Μετά τις ανακοινώσεις του Malgat ότι ο ήλιος είχε «ενέργειαν αφυπεραιμωτικήν» στις πνευμονικές, φυματιώδεις βλάβες, ο Rollier, διευθυντής σανατορίου στο Leysin της Ελβετίας, εφήρμοσε στους ασθενείς του πρόγραμμα ηλιοθεραπείας, από το 1903. Κύρια ένδειξη θεωρούνταν οι «τοπικές χειρουργικές φυματιάσεις και οι αδενίτιδες» (21).

Η βασική ιδέα της μεθόδου ήταν ότι οι υπεριώδεις ηλιακές ακτίνες προκαλούν την παραγωγή μελανίνης και διοξυφενυλαλανίνης, οι οποίες με τη σειρά τους έχουν θεραπευτική δράση στις φυματιώδεις αλλοιώσεις.



Οι ασθενείς που εμφάνιζαν «έκδηλον και βαθείαν χρώσιν του δέρματος» ήσαν αυτοί που «ευχερέστερον ιώνται» (21).

Η φυσική άσκηση, που είχε προταθεί από τον εισηγητή των σανατορίων Brehmer, εγκαταλήφθηκε αργότερα από τον μαθητή του Dettweiler, ο οποίος υιοθέτησε την τακτική των μακρών αναπαύσεων των ασθενών στις βεράντες αεροθεραπείας, σε κρεβάτια ή ειδικές, αναπαυτικές πολυθρόνες. Ο Dettweiler ήταν υπέρμαχος της μυϊκής, πνευματικής και, ακόμη και, φωνητικής ανάπαυσης (26).

Η φαρμακευτική αγωγή περιοριζόταν σε συμπτωματική αντιμετώπιση των εκδηλώσεων της νόσου (βήχας, αιμοπτύσεις, μυαλγίες, διάρροιες, δυσπεψίες κλπ). Διάφορες βραχύβιες θεραπευτικές «ελπίδες», όπως ο χρυσός και άλλες χημειοθεραπευτικές ουσίες, αποδείχθηκαν ατελέσφορες στο πέραςμα του χρόνου.

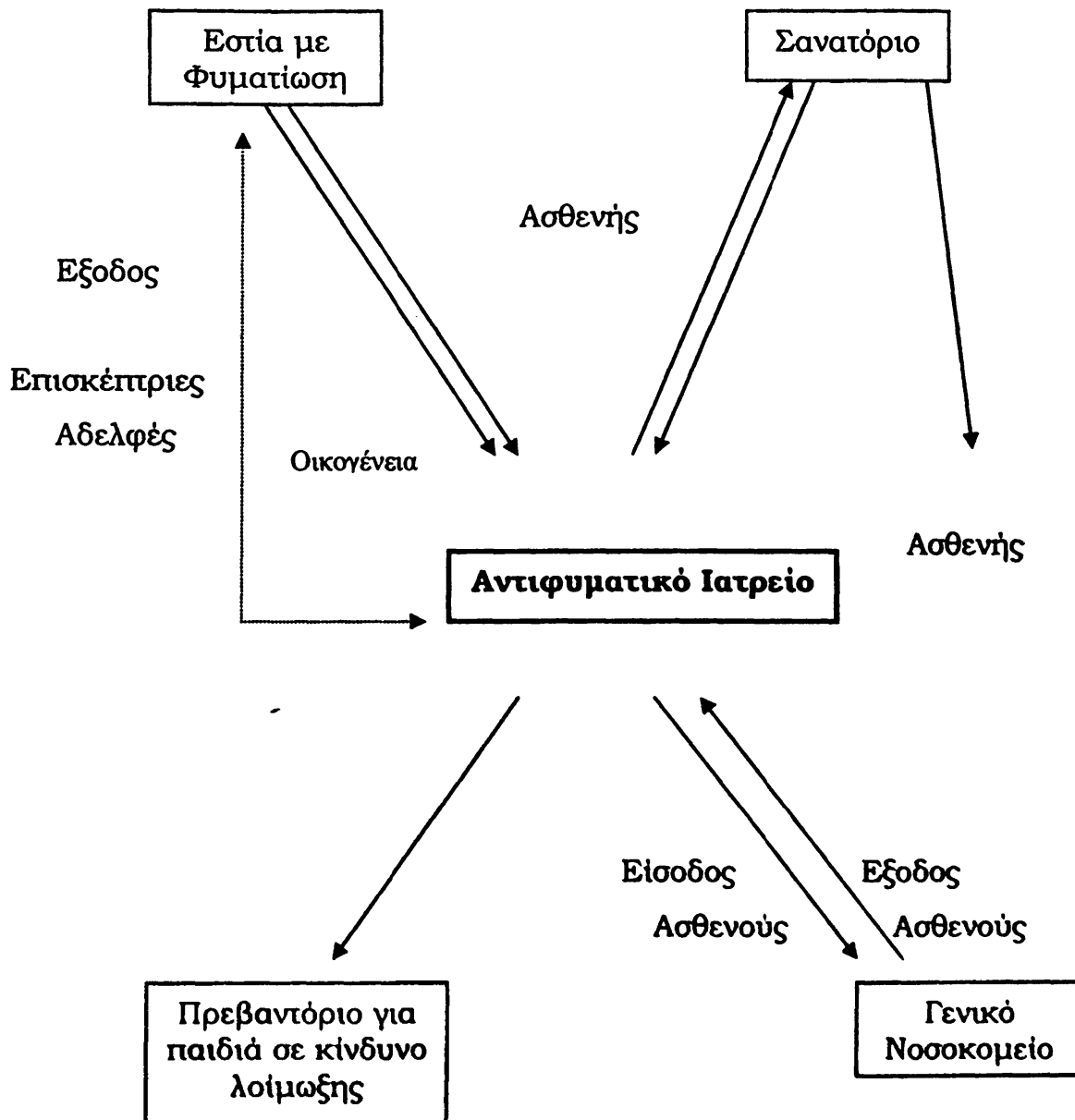
Η σανατοριακή πολιτική ολοκληρωνόταν με την δημιουργία Αντιφυματικών Ιατρείων, ώστε να ελέγχεται η εξάπλωση της φυματίωσης στο επίπεδο της οικογενειακής εστίας και της γειτονιάς, πριν από την εμφάνιση βαρέων περιστατικών. Ο κεντρικός ρόλος της λειτουργίας αντιφυματικών ιατρείων στο ευρωπαϊκό αντιφυματικό σύστημα εικονίζεται στο σχήμα 1. Στις δυτικοευρωπαϊκές κοινωνίες, τα Αντιφυματικά Ιατρεία έπαιξαν κρίσιμο ρόλο στην αντιμετώπιση και στη διαχείριση της εξάπλωσης της επιδημίας. Ο ρόλος αυτός υπογραμμίσθηκε ιδιαίτερα από τον Koch, κατά την ομιλία του στην απονομή σε αυτόν που βραβείου Νόμπελ «Θεωρώ τα αντιφυματικά ιατρεία ως έν των ισχυροτέρων, αν μη το ισχυρότερου όπλου εξ όσων δυνάμεθα να χρησιμοποιήσωμεν κατά της φυματώσεως και πιστεύω ότι, αν τα αντιφυματικά ιατρεία αναπτυχθούν, ως είναι ευκταίον, εν πυκνώ ανά του κόσμου δικτύω, είναι προωρισμένα να ασκήσουν επωφελέστατον έργον».

Στην Ελλάδα, το μοναδικό Αντιφυματικό Ιατρείο που λειτούργησε εκείνη την εποχή στην Αθήνα, στην οδό Πειραιώς, συνέβαλε προς αυτή την κατεύθυνση μόνο στο μέτρο που επέτρεψαν οι εκκολαπτόμενες υγειονομικές συνθήκες της χώρας.



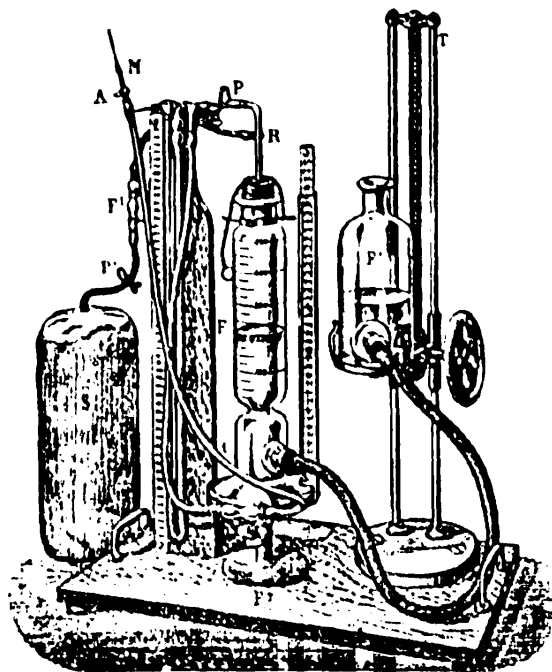
ΣΧΗΜΑ 1

Ο κεντρικός ρόλος του Αντιφυματικού Ιατρείου
στον Ευρωπαϊκό Αντιφυματικό Σχεδιασμό (25)



Η επεμβατική θεραπευτική προσέγγιση της φυματίωσης μέσω του τεχνητού πνευμοθώρακα εφαρμόσθηκε στα μέσα του 19^{ου} αιώνα (πρώτη προσπάθεια από τους Carson και Bickersteth, Λίβερπουλ, 1822), αλλά συστηματοποιήθηκε από τον ιταλό γιατρό Carlo Forlanini, κατά την περίοδο 1888-1912 (εικ. 30). Στην Ελλάδα αναπτύχθηκε κυρίως κατά τον Μεσοπόλεμο (βλ. επόμενο κεφάλαιο).

Στη χώρα μας, πρώτος ο Γιώργος Καραμάνης εφήρμοσε τεχνητό πνευμοθώρακα μετά την επιστροφή του από εκπαιδευτικό ταξίδι στην Ελβετία, στα 1915.

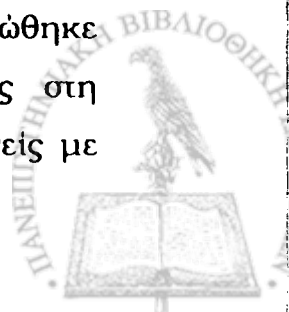


Εικόνα 30

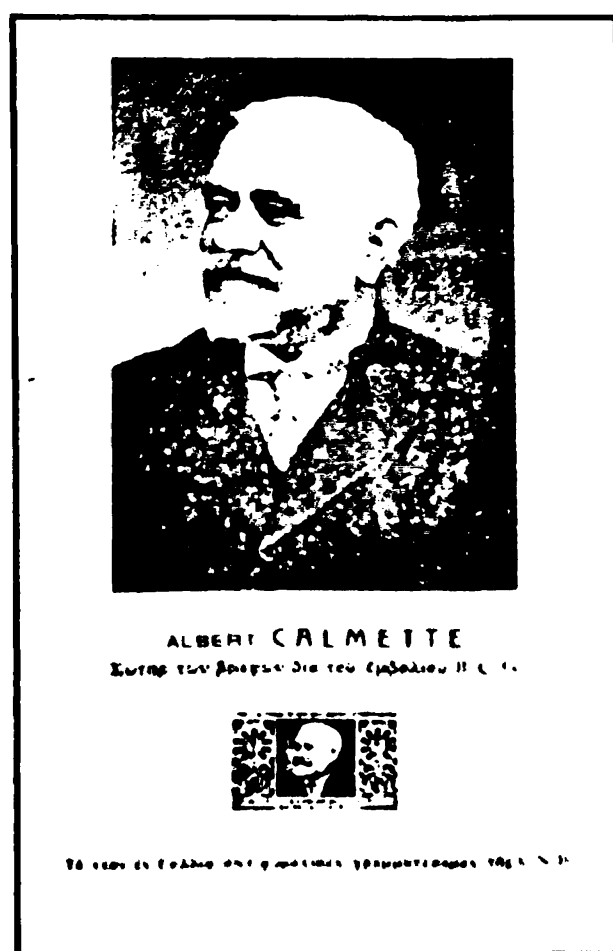
Ο Ιταλός εμπνευστής του τεχνητού πνευμοθώρακα Carlo Forlanini.
Παραπλεύρως, σχεδίασμα της συσκευής τεχνητού πνευμοθώρακα τύπου Kuss.

Σε σύγκριση με τις αναποτελεσματικές, φαρμακευτικές αγωγές που δοκιμάσθηκαν, ο τεχνητός πνευμοθώρακας υπήρξε η πρώτη μέθοδος με καλά αποτελέσματα, βασισμένη σε ορθολογική σκέψη και αυστηρή μεθοδολογία. Η γενιά των ελλήνων φυματιολόγων του Μεσοπολέμου θα την μεταλαμπαδεύσουν από την Ευρώπη, εγγράφοντας τη δεύτερη ουσιαστική αντιφυματική προσπάθεια, μετά τη δημιουργία σανατορίων.

Ο έλεγχος της εξάπλωσης της φυματίωσης βελτιώθηκε σημαντικά από την εφαρμογή της δερματικής αντίδρασης στη φυματίνη. Στα 1907, ο Νου Pirquet παρατήρησε ότι οι ασθενείς με



φυματίωση εμφανίζουν έντονη δερματική αντίδραση στο χώρο του σκαριφισμού με φυματίνη, όπου εμφανίζεται παροδική ερυθρότητα και οίδημα. Πρόσθεσε μάλιστα ότι αυτή η δερματική αντίδραση συνοδεύεται από παροδική έξαρση των αναπνευστικών συμπτωμάτων της νόσου. Την ίδια περίπου εποχή, ο Wolff Eisner στο Βερολίνο και ο Louis Charles Albert Calmette στη Λίλλη ανακοίνωσαν ότι οι επιπεφυκότες των φυματικών εμφανίζουν ευαισθησία σε έγχυση σταγόνας διαλύματος φυματίνης. Η φυματίνη παρασκευαζόταν από εκχύλισμα καλλιέργειας εξασθενημένων (παλαιότερων των 6 εβδομάδων) μυκοβακτηριδίων (εικ. 31).



Εικόνα 31

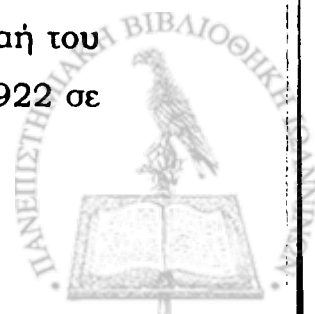
Διαφήμιση του εμβολίου B.C.G. με την φωτογραφία του γάλλου γαιφού

Albert Calmette (από την "Φυματιολογική Επιθεώρηση", 1936).



Με απλό νυστέρι ή με τον ειδικό δαμαλιστήρα του Pirquet χαρασσόταν το δέρμα της περιοχής του δελτοειδούς μυός σε δύο σημεία : στο ανώτερο, ενσταλασσόταν μια σταγόνα φυματινής και στο κατώτερο σημείο μια σταγόνα ύδατος (μάρτυρας) (21). Μετά από 10-20 ώρες, αναμενόταν η έναρξη της αντίδρασης. Εάν η αντίδραση ήταν θετική, εμφανιζόταν ερυθρότητα και μετά την 30^η ώρα, μια χαρακτηριστική βλατίδα, με διάμετρο 10-15 χιλιοστόμετρα, η οποία έφθινε μετά την 3^η ημέρα. Η δερματική αντίδραση του δελτοειδούς αντικαταστάθηκε σταδιακά από την ενδοδερμική αντίδραση Mantoux. Σύμφωνα με την μέθοδο αυτή, διάλυμα φυματινής ενίεται στην έσω επιφάνεια του αντιβραχίου ή του μηρού, κάτω από την επιδερμίδα. Σε περίπτωση θετικής αντίδρασης, ερυθρότητα και οίδημα παρατηρούνται μετά την 36^η ώρα και παρέρχονται μετά από 48 έως 72 ώρες.

Η ιδέα ενός «Αντιφυματικού Αγώνα» με επιτελικό σχεδιασμό και κρατική υποστήριξη, αν και διατυπώνεται από τους έλληνες ειδικούς επί μια εικοσαετία, δεν αγγίζει τον κυβερνητικό σχεδιασμό παρά στα 1919, δηλαδή μετά το τέλος του πρώτου παγκοσμίου πολέμου. Τότε ψηφίζεται ο νόμος 1979, όπου το κράτος κηρύσσει επισήμως την έναρξη του αντιφυματικού αγώνα, με επιτελείο το υφυπουργείο της Υγείας (τμήμα του υπουργείου Εσωτερικών). Πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου ορίζεται ο Αθανασάκης, μετέπειτα πρόεδρος του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού επί πολλά έτη, γενικός γραμματέας ο Β. Πατρίκιος, επιστημονικοί σύμβουλοι οι καθηγητές του Πανεπιστημίου Αθηνών Βλ. Μπένσης, Μ. Σακορράφος και Α. Χρηστομάνος. Πρότυπο του σχεδιασμού αυτού αποτέλεσε η αντίστοιχη οργάνωση στη Γαλλία. Ο σχεδιασμός περιλάμβανε δίκτυο αντιφυματικών ιατρείων, σανατορίων, αναρρωτηρίων και επισκεπτριών κυριών. Ο Μικρασιατικός Πόλεμος θα ματαιώσει την προσπάθεια εφαρμογής του νόμου 1979. Μοναδικό και πενιχρό επίτευγμα του νόμου, η λειτουργία αντιφυματικού ιατρείου στην πλατεία Κοραή του Πειραιά, που στεγαζόταν σε ντέκερ, και μεταβλήθηκε από το 1922 σε απλό ιατρείο, χωρίς επισκέπτριες ή άλλο, αντιφυματικό εφόδιο.



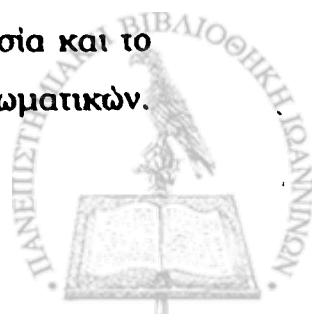
Β. Η Αντιμετώπιση της Φυματίωσης στην Ελλάδα κατά την περίοδο του Μεσοπολέμου



Β.1. Ο ιστορικός περίγυρος

Η εκστρατεία στη Μικρασία θα τελειώσει με τη συντριβή του ελληνικού αλυτρωτισμού και την άφιξη ενός περίπου εκατομμυρίου μικρασιατών προσφύγων στην Ελλάδα. Η χώρα αναλαμβάνει να αποκαταστήσει τους πρόσφυγες. Ο πληθυσμός της αριθμεί πλέον 6.200.000. Ο πληθυσμός της Αθήνας διπλασιάζεται μεταξύ 1920 και 1928. Η πρωτεύουσα και οι μεγαλύτερες ελληνικές πόλεις σηκώνουν το δυσβάστακτο βάρος της πολεοδομικής και κοινωνικής ανάπτυξης.

Η δεκαετία του 1920 χαρακτηρίζεται από μια φθίνουσα οικονομική πορεία που φθάνει στο ναδίρ της με την οικονομική κρίση του Σεπτεμβρίου του 1931. Παρά τα ανορθωτικά μέτρα της νέας κυβέρνησης Βενιζέλου που επιστρέφει στην εξουσία το 1928, η ελληνική κοινωνία συναντά μετά την μικρασιατική κρίση, την κρίση στην παγκόσμια οικονομία, που αναγκάζει τις ευρωπαϊκές κυβερνήσεις να εγκαταλείψουν την βάση του χρυσού. Τα αποσπαραγγιστικά, εγγειοβελτιωτικά και άλλα δημόσια έργα, που συντελούνται κυρίως στην Βόρειο Ελλάδα με την υποστήριξη της Δημοσιονομικής Επιτροπής της Κοινωνίας των Εθνών μέσω της νεοϊδρυθείσας Τράπεζας της Ελλάδος, σταματούν. Μετά από αμφιταλαντεύσεις και πολιτικούς ανταγωνισμούς πολλών μηνών, η ελληνική κυβέρνηση εγκαταλείπει με την σειρά της την χρυσή βάση, το 1932, και απαλλάσσει την Τράπεζα της Ελλάδος από την υποχρέωση να εξαργυρώνει τα χαρτονομίσματά της με χρυσό. Η δραχμή υποτιμάται έναντι των ισχυρών ξένων νομισμάτων. Το 1933, το Λαϊκό Κόμμα υπό τον Π. Τσαλδάρη ανέρχεται στην εξουσία και το 1935, ο Γ. Κονδύλης καταστέλλει κίνημα βενιζελικών αξιωματικών. Έτσι, επανέρχεται η βασιλεία και ο νέος βασιλέας Γεώργιος.

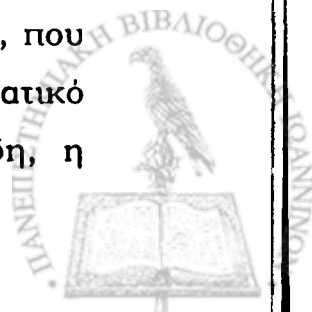


Το 1936, οι κυριότεροι έλληνες πολιτικοί της εποχής αποθνήσκουν, ο ένας κατόπιν του άλλου : Βενιζέλος, Κονδύλης, Δεμερτζής, Τσαλδάρης, Παπαναστασίου. Στις εκλογές του 1936, εισέρχονται στην Βουλή οι πρώτοι Κομμουνιστές βουλευτές. Τον Αύγουστο του 1936, ο βασιλέας Γεώργιος και ο Ι. Μεταξάς οργανώνουν συνταγματική εκτροπή και εγκαθιδρύουν το δικτατορικό καθεστώς της 4^{ης} Αυγούστου. Με αυτή τη μορφή διακυβέρνησης, η Ελλάδα αντιμετωπίζει την σαρωτική απειλή του επερχόμενου Δεύτερου Παγκοσμίου Πολέμου.

Β.2. Αθήνα

Στην τέλη της δεκαετίας του 1910, τα δύο αντιφυματικά ιδρύματα της χώρας παραμένουν η «Σωτηρία» και το σανατόριο Πηλίου. Ενώ, στο Πήλιο, ο ιδιοκτήτης και διευθυντής Γιώργος Καραμάνης εγγυάται την ομαλή λειτουργία και ανάπτυξη του ιδρύματος, καθώς ελέγχει πλήρως τη διακίνηση των ασθενών και την εργασία του ολιγομελούς προσωπικού, στην πρωτεύουσα, η Σοφία Σλήμαν βρίσκεται επικεφαλής ενός φθισιατρείου που αυξάνεται συνεχώς και γίνεται συν τω χρόνω ένα είδος βαλβίδας ασφαλείας για το διογκούμενο πρόβλημα της φθίσης στο μεγαλύτερο αστικό κέντρο της χώρας. Οι πιέσεις που ασκούνται στο ίδρυμα είναι δυσανάλογα μεγάλες σε σχέση με την οικονομική αρωγή του κράτους. Συνδεδεμένη πολιτικά και φιλικά με τον Βενιζέλο, η Σλήμαν αποχωρεί από την διεύθυνση της «Σωτηρίας» κάτω από αδιευκρίνιστες ιστορικά συνθήκες. Η αποχώρησή της, με την ανάληψη της διεύθυνσης της «Σωτηρίας» από το κράτος, την 1^η Ιουλίου 1919, προηγείται κατά ένα έτος της αναχώρησης του Βενιζέλου από την πρωθυπουργία και την χώρα.

Πάντως, το κράτος εγκαινιάζει τα επίσημα καθήκοντά του στη διοίκηση του ιδρύματος με το νόμο 1876 (του έτους 1919), που προβλέπει ετήσιο προϋπολογισμό 800.000 δραχμών από τον κρατικό προϋπολογισμό για τη λειτουργία του σανατορίου (27). Ήδη, η



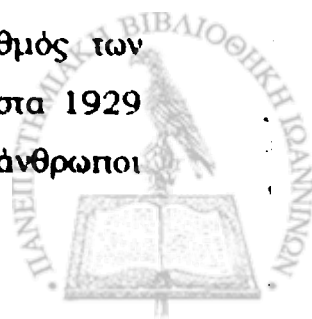
οικονομική κρατική βοήθεια είχε αυξηθεί κατά τα έτη 1917 και 1918. Ωστόσο, η πορεία που θα ακολουθούσε τόσο η υπό κρατικό έλεγχο «Σωτηρία», όσο και ολόκληρος ο ελληνικός αντιφυματικός αγώνας μεταβάλλεται ριζικά με τη Μικρασιατική Καταστροφή.

Οι πρόσφυγες και οι στρατιώτες που επιστρέφουν από το μικρασιατικό μέτωπο δημιουργούν εκρηκτικές κοινωνικές και υγειονομικές συνθήκες στη χώρα. Το κράτος διαθέτει κονδύλια για τη δημιουργία σε βραχύ χρονικό διάστημα 32 προσφυγικών νοσοκομείων και 100 λαϊκών ιατρείων και φαρμακείων (28).

Ήδη από το 1919, η «Σωτηρία» υποδέχεται 5 ξύλινα παραπήγματα, τα λεγόμενα «Συμμαχικά», που αγοράσθηκαν από το Γαλλικό στρατόπεδο στη Μακεδονία. Το 1924, η Εφορεία του νοσοκομείου εγκαθιστά 3 αμερικανικής προέλευσης «ντέκερ» (ισόγεια κτίσματα από τσιγκο, με χωρητικότητα 50 περίπου κρεβάτια το καθένα) (13). Ένα χρόνο αργότερα, κατασκευάζονται 20 «λυόμενοι οικίσκοι» (με τοίχους από αμίαντο και στέγη από κεραμίδια), τα «γερμανικά», που προέρχονται από τη Γερμανία ως επανορθώσεις για τις καταστροφές του πρώτου παγκοσμίου πολέμου. Τον ίδιο χρόνο, ένα μισοτελειωμένο κτίριο που προοριζόταν για βιβλιοθήκη και αίθουσα αναψυχής μετατρέπεται σε χώρο νοσηλείας 130 ασθενών : ο σκελετός του από μπετόν περιφράχθηκε απλώς από σανίδες.

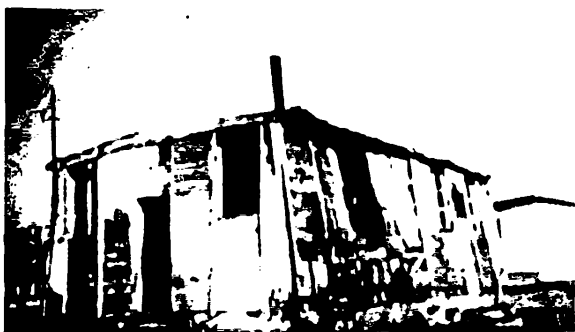
Η «Σωτηρία» δεν είναι πια το προϊόν μιας οργανωμένης φιλανθρωπίας, αλλά ο τόπος συσσώρευσης των παρενεργειών μιας ταραγμένης πολιτικής και κοινωνικής ζωής (εικ. 32, 33, 34, 35). Τα μαζικά παραπήγματα άνοιξαν το δρόμο για την κατασκευή ποικίλων ατομικών καταλυμάτων, με μέσα πρωτόγονα (τσιγκος, κουβέρτες, χαρτόνια, υπόγεια λαγούμια) και μακριά από κάθε κεντρική εποπτεία. Στήθηκαν ατάκτως και ακωλύτως εμπορικά καταστήματα, καφενεία, οίκοι ανοχής. Ένας κόσμος του περιθωρίου στεγάστηκε πίσω από το απυρόβλητο της θανατηφόρας μόλυνσης.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της διοίκησης, ο αριθμός των κρεβατιών αυξήθηκε από 250 περίπου στα 1918, σε 800 στα 1929 και υπερέβη τα 1000 στα 1930. Στην πραγματικότητα, οι άνθρωποι



που ζούσαν μέσα στον περίβολο της «Σωτηρίας» ήσαν πολύ περισσότεροι, καθώς ο τότε διευθυντής Ι. Παπαδημητρίου ομολόγησε στα 1934 ότι δεν γνώριζε τον ακριβή αριθμό.

- Η νέα κυβέρνηση Βενιζέλου καλείται να σκύψει πάνω από το κολαστήριο της «Σωτηρίας». Τα μέτρα που παίρνει εξωραΐζουν το ίδρυμα, χωρίς να το εξυγιαίνουν. Ιδρύεται ειδικό τμήμα για την «επιστημονικήν έρευναν της φυματιώσεως και την διδασκαλίαν αυτής εις τους φοιτητάς της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου ως και δια την μετεκπαίδευσιν εις την φυματιολογίαν των επιθυμούντων ιατρών (29).



Εικόνες 32, 33, 34, 35

Εικόνες από τις άθλιες συνθήκες που επικρατούσαν στο σανατόριο "Η Σωτηρία" κατά την δεκαετία του '20.



Κατά την περίοδο 1928-1931, ο αντιφυματικός αγώνας στην Ελλάδα διενεργήθηκε από 3 κυρίως κρατικά νοσοκομεία, την «Σωτηρία» στην Αθήνα, το σανατόριο του Ασβεστοχωρίου στη Θεσσαλονίκη και το σανατόριο των Χανίων. Επικουρικά στο έργο των παραπάνω ιδρυμάτων έδρασαν δύο Αντιφυματικά Ιατρεία, ένα στην Αθήνα και ένα στη Θεσσαλονίκη. Σύμφωνα με κρατικά στοιχεία, η κίνηση στα 3 νοσοκομεία κατά την συγκεκριμένη χρονική περίοδο υπήρξε η ακόλουθη :

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

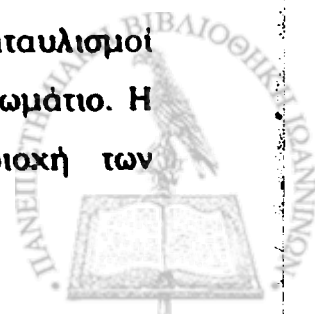
*Η κίνηση στα 3 υπάρχοντα αντιφυματικά νοσοκομεία
κατά την χρονική περίοδο 1928-1931*

Έτος	Κλίνες	Νοσηλευθέντες	Ημέρες Νοσηλείας
1928	1267	2228	400
1929	1426	2576	477
1930	1776	2966	561
1931	1952	3587	639

Ο αριθμός των κλινών στα 3 κύρια αντιφυματικά ιδρύματα της χώρας ισούται περίπου με τον αριθμό των κλινών στα 37 κρατικά νοσοκομεία για τα ίδια έτη (1757, 1742, 1713 και 1753, αντίστοιχα). Το στοιχείο αυτό χαρακτηρίζει το μέγεθος του προβλήματος της φυματίωσης που αντιμετώπιζε η χώρα. Όμως, παρά την νοσηλευτική προτεραιότητα που δίδεται στη φυματίωση, ο επιπολασμός της νόσου την ίδια εποχή (1933), στη χώρα, είναι 150.000 νοσούντες και ο ετήσιος δείκτης θνητότητας ανέρχεται κατά μεν το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας σε 8.070, κατά δε τους γιατρούς της εποχής υπερβαίνει τις 15.000 ανά 100.000 κατοίκων (30).

Στα δύο Αντιφυματικά Ιατρεία εξετάσθησαν κατά το 1929 3.097 ασθενείς και κατά το 1930 5.638 ασθενείς.

Σε περιοχές έξω από την Αθήνα οργανώνονται καταυλισμοί φθισικών, όπου ο κάθε ασθενής διέμενε σε ένα αυτόνομο δωμάτιο. Η γνωστότερη τέτοια φυματιούπολη βρισκόταν στην περιοχή των



Μελισσίων. Εκεί, ο φυματιολόγος Κ. Καλαμβόκης, φυματικός και ο ίδιος, ιδρύει στη δεκαετία του 1930 το ιδιωτικό σανατόριο «οι Άγιοι Θεόδωροι», που λειτούργησε μέχρι το 1958. Το σανατόριο αυτό ήταν το πρώτο, ιδιωτικό, οργανωμένο σανατόριο στη περιοχή των Αθηνών μετά από τη «Σωτηρία». Στο σανατόριο υπήρχε και θάλαμος απόρων ασθενών και δωρεάν «εξωτερικό ιατρείο».

Στη δεκαετία του '30, δυο σημαντικά γεγονότα αλλάζουν το «πρόσωπο» της «Σωτηρίας» και την βοηθούν να μετεξελιχθεί από άσυλο σε «σανατόριο-νοσοκομείο». Τον Μάιο του 1930, ιδρύεται Φυματιολογικό Κέντρο, με καθαρά ερευνητικό χαρακτήρα, με δικά του εργαστήρια και πλήρη διοικητική αυτοδυναμία. Ταυτόχρονα, στον οργανισμό του νοσοκομείου εμφανίζεται για πρώτη φορά ο θεσμός του Επιστημονικού Συμβουλίου (4649/1930), με πρόεδρο τον διευθυντή του Φυματιολογικού Κέντρου. Οι παραπάνω εξελίξεις φέρνουν από το Παρίσι στην «Σωτηρία» τον διαπρεπή φυματιολόγο Ιωάννη Βαλιτή, ο οποίος διηύθυνε μέχρι το θάνατό του (1950) το Φυματιολογικό Κέντρο, καθιστώντας τη «Σωτηρία» προνομιούχο πεδίο για την εκπαίδευση των πρώτων Ελλήνων Φυματιολόγων (εικ. 36). Το μέγεθος της προσφοράς του Κέντρου αυτού για την ελληνική ιατρική φαίνεται και από το γεγονός ότι το Πανεπιστήμιο Αθηνών οργάνωσε Πανεπιστημιακή Κλινική 15 χρόνια αργότερα (1945).





Εικόνα 36

Ο φυματιολόγος Ιωάννης Βαλιτής (1888-1950).



Εικόνα 37

Ο αναμορφωτής της «Σωτηρίας», γιατρός-υγεινολόγος Μάνθος Μεταλιώτης.



Η δεύτερη σημαντική εξέλιξη για την πολύπαθη «Σωτηρία» προέκυψε μετά την άνοδο της κυβέρνησης Μεταξά στην εξουσία, με την συνταγματική εκτροπή του 1936. Στην «Σωτηρία» διορίζονται ο Μαρίνος Γερουλάνος, καθηγητής Χειρουργικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, ως πρόεδρος του δεκαμελούς Διοικητικού Συμβουλίου, και Μάνθος Μεταλινός, γιατρός, εξειδικευμένος στον Σχεδιασμό Υγείας στην Ελβετία, με μεγάλη προσφορά στην υγειονομική κάλυψη της εγκατάστασης των μικρασιατών προσφύγων στη Μακεδονία («εξυγιάνσις των Νέων Χωρών»), ως Γενικός Διευθυντής (εικ. 37).

Οι Γερουλάνος-Μεταλινός θα αναμορφώσουν εκ βάθρων τη «Σωτηρία». Επί των ημερών τους ολοκληρώνεται η κατασκευή των κτιρίων «Μέγα Λαϊκό», «Χειρουργική Κλινική», «Λαναρά» και «Λοβέρδειο». Επίσης ανεγείρονται τα κτίρια «300 Γυναικών», «300 Ανδρών», «Οίκος Αδελφών» και «Μαγειρεία-Πλυντήρια». Από τον χώρο της «Σωτηρίας» απομακρύνονται όλα τα παραπήγματα και η λειτουργία του νοσοκομείου εξορθολογίζεται. (εικ. 38,39,40).

Το νοσοκομείο οργανώνεται σε πέντε παθολογικές και μία χειρουργική κλινικές. Διευθυντές των παραπάνω κλινικών ορίζονται οι : Δ. Συμβουλίδης (Α κλιν.), Αντωνάτος (Β κλιν.), Παπαϊωάννου (Γ κλιν.), Τόντζος (Δ κλιν.), Βλάχος (Ε κλιν.) και Γ. Οικονομίδης (χειρουργική κλιν.). Διατηρείται, τέλος, το υπό τον Ι. Βαλιτή «Φυματιολογικόν Κέντρον», με επιμελητή τον Σ. Παπαεμμανουήλ.

Παράλληλα με τη λειτουργία της «Σωτηρίας», ιδρύεται από τον «Πανελλήνιο Σύνδεσμο κατά της Φυματιώσεως», με την συνεργασία της λαίδης Γκράνβιλ, το παραθαλάσσιο Ασκληπιείο Παιδων στη Βούλα, «προς θεραπείαν των εκ φυματιώσεως των οστέων προσβαλλομένων παιδων». Ο νόμος 2.722 της 22ας Αυγούστου 1921 προέβλεπε για το ίδρυμα ετήσια κρατική χορηγία 60.000 δραχμών.





Εικόνα 38

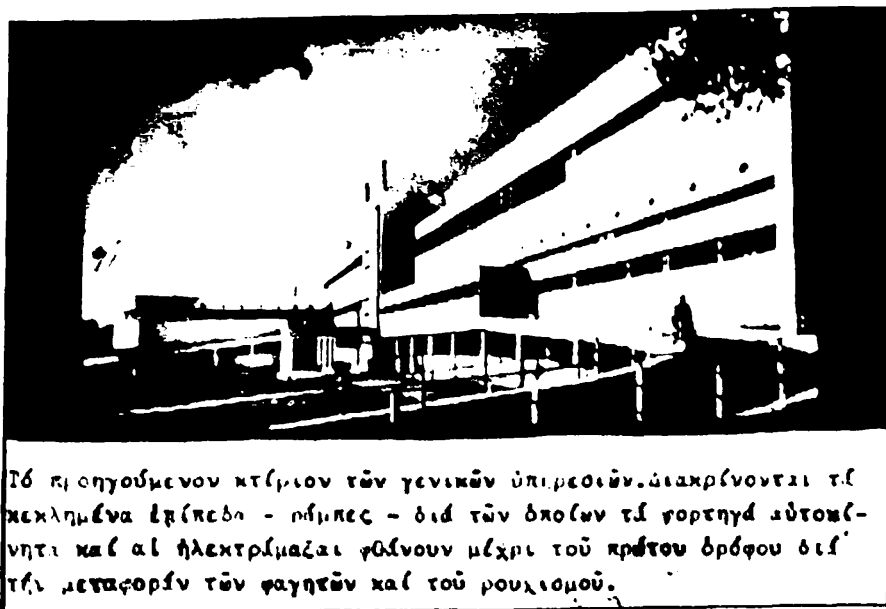
Το "Μέγα Λαϊκό" της "Σωτηρίας" υπό ανέγερση (1936).



Εικόνα 39

*Η τάξη και η γεωμετρία επιστρέφει στη "Σωτηρία" με την διοίκηση
Μεταλινού-Γερουλάνου. Βεράντα αεροθεραπείας.*





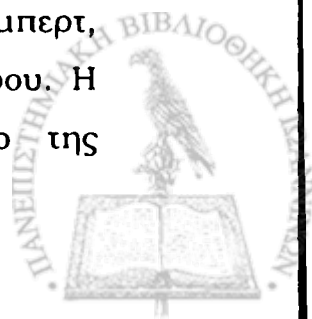
Τό προηγούμενον κτίριον τῶν γενικῶν ὑπηρεσιῶν διακρίνεται τῇ κεκλημένῃ ἐπίκεδν - οὐρές - διὰ τῶν ὁρίων τῇ γορηγῇ αὐτομνητι καὶ αἱ ἡλεκτρίμαζαι φάινουν μέχρι τοῦ πρώτου ὁρόφου διὰ τῇ μεταφορῇ τῶν φαγητῶν καὶ τοῦ ρουχισμοῦ.

Εικόνα 40

Τα "Μαγειρεία-Πλυντήρια", σε φωτογραφία και κείμενο του Μ. Μεταλινού.

Στα τέλη της δεκαετίας του '30 είναι έτοιμο να λειτουργήσει το δεύτερο χρονολογικά φυματιολογικό κέντρο της Αθήνας, προϊόν και αυτό της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, δωρεά της οικογένειας Σισμάνογλου. Ωστόσο, ο δεύτερος παγκόσμιος πόλεμος προλαβαίνει τα εγκαίνια. Έτσι, το «Σισμανόγλειο» δεν θα ανοίξει τις πύλες του παρά μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Η «Σωτηρία» θα παραμείνει καθ' όλη τη διάρκεια της Κατοχής, η κύρια αντιφυματική νοσηλευτική μονάδα της χώρας, καλούμενη έτσι να αντιμετωπίσει, μετά την συντριπτική πίεση της έλευσης των μικρασιατών προσφύγων, και το βάρος της επιδείνωσης των υγειονομικών συνθηκών κατά τη διάρκεια του πολέμου (υποσιτισμός και κακουχίες του γενικού πληθυσμού, φυματικοί στρατιώτες από τα μέτωπα κλπ).

Λίγο έξω από την Αθήνα, στην Πάρνηθα, σε υψόμετρο 1060 μέτρων, ιδρύθηκε ήδη από το 1914 σανατόριο από το κληροδότημα του Γ. Φουγκ. Η ιστορία της ίδρυσης του ορεινού αυτού σανατορίου ξεκινά από το 1903, οπότε πέθανε στην Αθήνα η Φαιναρέτη Χέμπερτ, χήρα του Γουλιέλμου Φουγκ και ανεψιά του Γεωργίου Σταύρου. Η Χέμπερτ, στη διαθήκη της, έκανε μοναδικό κληρονόμο της

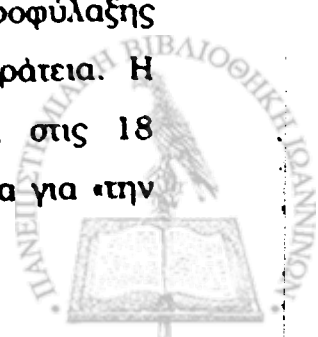


περιουσίας της τον γιο της από πρώτο γάμο, Κωνσταντίνο Φουγκ και ζητούσε σε περίπτωση που ο Κ. Φουγκ πέθαινε άκληρος να διέθετε την περιουσία για την ίδρυση νοσοκομείου φθισιώντων με την επωνυμία «Νοσοκομείον Γ. Σταύρου και Γ. Φουγκ». Μετά το θάνατο του Κ. Φουγκ, στα 1906, με βασιλικό διάταγμα εγκρίθηκε η ανέγερση του νοσοκομείου. Ωστόσο, το χρηματικό ποσό αποδείχθηκε ανεπαρκές και μεσολάβησαν οι Βαλκανικοί πόλεμοι. Από το 1913 ξαναρχίζουν οι συζητήσεις για την ανέγερση του ιδρύματος. Η αρχική σκέψη της σχετικής επιτροπής ήταν η ανέγερσή του στην Πεντέλη, μετά όμως από έκθεση ειδικού μετεωρολόγου, το διοικητικό συμβούλιο του ιδρύματος αποφάσισε την ανέγερση προσωρινού, ξύλινου παραπήγματος στην Πάρνηθα, σε τόπο που εκμισθώθηκε για μια διετία από τη Μονή Πετράκη. Το σανατόριο άνοιξε τις πύλες του στις 9 Αυγούστου 1914, με δύναμη 14 κλινών (31), αλλά γνώρισε ημέρες ακμής στη διάρκεια της εικοσαετίας 1920-1940.

Στα 1934, το διοικητικό συμβούλιο του Σανατορίου, υπό την προεδρία του μετέπειτα υπουργού Κρατικής Αντιλήψεως της κυβέρνησης Μεταξά και πρωθυπουργού Α. Κορυζή, αποφάσισε την αντικατάσταση του ξύλινου παραπήγματος με κτιριακό συγκρότημα, που σχεδίασε ο αρχιτέκτονας Ι. Αντωνιάδης. Οι εργασίες διήρκεσαν από το 1934 μέχρι το 1936. Η δύναμη του σανατορίου ανήλθε στις 120 κλίνες. Εκ τούτων οι 55 κλίνες δίδονταν με νοσήλεια 80-110 δραχμές την ημέρα, οι 55 με νοσήλεια 130-170 δραχμές και οι 10 με νοσήλεια 230 δραχμές, σύμφωνα με παρουσίαση του σανατορίου στη «Φυματιολογική Επιθεώρηση» του 1936.

Β.3. Επαρχία

Η κατάσταση στη «Σωτηρία» αποτελεί δείγμα μόνο της εκρηκτικότητας του προβλήματος της νοσηλείας και της προφύλαξης από την μετάδοση της φυματίωσης στην ελληνική επικράτεια. Η κυβέρνηση των Φιλελευθέρων επιστρέφει στην εξουσία, στις 18 Αυγούστου 1928. Εκπονείται τότε ένα φιλόδοξο πρόγραμμα για «την



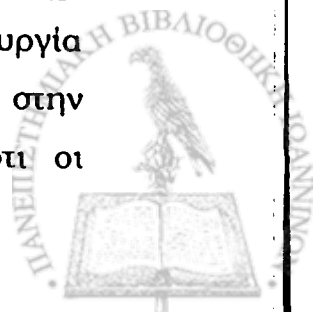
καταπολέμηση της φυματιώσεως» που παράγει σειρά νόμων και διαταγμάτων. Έτσι, με τον νόμο 3874 της 11. 2. 29, επιτράπηκε η παραχώρηση δασικών ή αγροτικών εκτάσεων για την ίδρυση νοσοκομείων φυματιώντων, σανατορίων και αεροθεραπευτηρίων. Ιδρύθηκαν σανατόρια στη θέση Πιέρα της περιφέρειας Κατερίνης, στη θέση Γιουριτζίκ Δράμας, στη περιφέρεια του νομού Σερρών, στο όρος Πάρνωνας στην Πελοπόννησο, στο νομό Μεσσηνίας, στη Μυτιλήνη, στην Κορφοξυλιά της Αρκαδίας κλπ.

Στην Κρήτη, το σανατόριο Χανίων ιδρύθηκε στα 1924 και στεγάστηκε σε κτίριο που οικοδομήθηκε με τοπική φορολογία σε μεγάλη έκταση (130.000 τ.μ.), στα περίχωρα της πόλης, στη θέση Άγιος Ιωάννης (εικ. 41, 42, 43) (32). Το κεντρικό κτίριο εγκαινιάσθηκε στις 30. 11. 1930 και είχε δυναμικότητα 130 κλινών. Αργότερα, στο κτίριο αυτό προστέθηκαν περίπτερα για το προσωπικό και τα μαγειρεία, καθώς και αίθουσα ψυχαγωγίας των ασθενών. Οι πιεστικές ανάγκες περίθαλψης των ασθενών του νομού ανάγκασε τον Δήμο Χανίων να χρησιμοποιήσει παλιό οίκημα στη θέση Καφαλώνα του κάμπου Χανίων, κοντά στο χωριό Νεροκούρου, για την απομόνωση των φυματικών ασθενών.

Κατά τα δύο πρώτα έτη της λειτουργίας του, το σανατόριο είχε σοβαρά προβλήματα, όπως φαίνεται από δημοσιεύματα του τοπικού τύπου και σχετικές Εκκλήσεις που υπογράφουν οι ασθενείς. Χαρακτηριστικά ζητούν

«την παροχήν περισσοτέρας και καλυτέρας τροφής, καθ' όσον η σήμερον παρεχόμενη τοιαύτη εκτός του ότι τυγχάνει τελείως ανεπαρκής είναι και αθλίας ποιότητας, κατάλληλος μόνον δια την διατροφήν ζώων, την παροχήν της ευδεδειγμένης εις εκάστην περίπτωσιν ιατρικής αντιλήψεως, καθ' όσον η μέχρι τούδε παρεχομένη τοιαύτη είναι όλως σκιώδης» (33).

Ενας εμπνευσμένος και ικανός διευθυντής, ο Γεώργιος Τσουρής, θα συμβάλλει τα μέγιστα στην οργάνωση και στην ομαλή λειτουργία του σανατορίου (1932-1958). Σύμφωνα με συνέντευξή του, στην εφημερίδα «Εθνική Φωνή Χανίων», ο Τσουρής θεωρούσε ότι οι



ανάγκες νοσηλείας σε σανατόριο για τον πληθυσμό της Κρήτης ήσαν εξαπλάσιες από τις δυνατότητες του σανατορίου Χανίων (34). Χρήματα από εράνους μεταξύ των Κρητών της Αμερικής χρησιμοποιήθηκαν τόσο για την μετέπειτα ίδρυση ενός σανατορίου στο Ηράκλειο Κρήτης, όσο και για την κτιριακή επέκταση του σανατορίου Χανίων.



Εικόνα 41

Το σανατόριο Χανίων (1930).





Εικόνα 42

Άποψη του σανατορίου Χανίων.

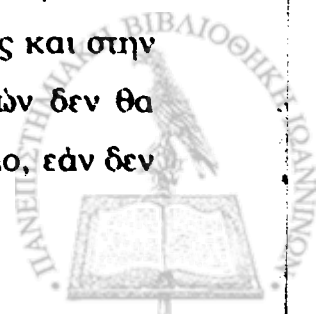


Εικόνα 43

Άποψη του σανατορίου Χανίων.

Στην Ελληνική πλέον Βόρεια Ελλάδα, η υγειονομική κατάσταση είναι δύσκολη και γίνεται ζοφερή μετά την άφιξη των μικρασιατών προσφύγων. Τα δύσκολα χρόνια μετά τους Βαλκανικούς πολέμους, οι φυματικοί ασθενείς νοσηλεύονταν σε δύο «άσυλα φυματιώντων», ένα ανατολικά (κοντά στην Καλαμαριά) και ένα δυτικά της πόλης (κοντά στο χωριό Χαρμανκιοϊ). Μέσα στη Θεσσαλονίκη, υπήρχε, σύμφωνα με τον καθηγητή Βάμβαλη, και ένα ιδιωτικό «φθισιατρείο», πίσω από το Δημοτικό Νοσοκομείο (33). Στα 1925 αρχίζει η οικοδόμηση του «Νοσοκομείου Σανατορίου Ασβεστοχωρίου». Τα κύρια περίπτερα αρχίζουν να οικοδομούνται από το 1928, όταν το ταμείο καπνεργατών έκτισε το πρώτο περίπτερο αποκλειστικά για τους καπνεργάτες. Το 1933-34 μεταφέρθηκαν στο Ασβεστοχώρι όλοι οι νοσηλευόμενοι στα παλαιά «άσυλα». Το 1936 άρχισε η οικοδόμηση του κεντρικού, πέτρινου κτιρίου του συγκροτήματος, καθώς η δεντροφύτευση της γύρω, χέρσας περιοχής (35).

Στην Καβάλα, μετά την πρώτη διετία της βουλγαρικής κατοχής (1916-1918) και την άφιξη των ελλήνων προσφύγων, τόσο η πληθυσμιακή σύνθεση, όσο και η υγειονομική κατάσταση αναστατώθηκαν. Η πόλη δεν διέθετε κατάλληλη υποδομή για στέγαση, περίθαλψη και απασχόληση. Γύρω στα 1920 ιδρύθηκε η ιατρική Εταιρεία Καβάλας «Ο Ιπποκράτης». Οι υγειονομικές συνθήκες στα καπνεργοστάσια συνέβαλε τα μέγιστα στη μετάδοση της φυματίωσης (36). Ο Ιατρικός Σύλλογος ανέλαβε την ανέγερση μικρού οικήματος χωρητικότητας 15-20 κλινών, στην τοποθεσία όπου σήμερα βρίσκεται το παράρτημα του Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας (εικ. 44) (36). Αρχικός σκοπός του ιδρύματος ήταν η προστασία των εγκαταλελειμμένων ασθενών με φυματίωση. Για τις πρώτες δαπάνες αναζητήθηκε ο οβολός των φιλανθρώπων της πόλης μέσω δωρεών, χοροεσπερίδων, εράνων στους καπνεμπόρους και άλλους επαγγελματίες της περιοχής. Την ιατρική φροντίδα ανέλαβαν εκ περιτροπής και αφίλοκερδώς οι γιατροί του Συλλόγου. Όπως και στην Αθήνα, έτσι και στην Καβάλα, οι πρωτοβουλίες των γιατρών δεν θα αρκούσαν για να συντηρήσουν επί πολύ το μικρό φθισιατρείο, εάν δεν



συνέδραμε με σημαντικό ποσό για την εποχή (900.000 δραχμές) ο καπνέμπορος Βασίλειος Λουκούμης. Στα 1937, το κτίριο ανακαινίσθηκε εκ βάθρων, αύξησε τη χωρητικότητά του σε 60 κλίνες, εξοπλίσθηκε με ιατρικά μηχανήματα, απέκτησε κεντρική θέρμανση,

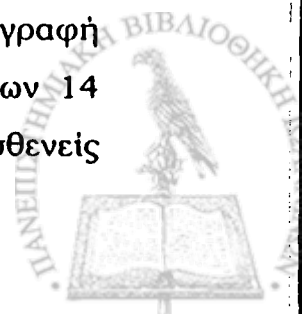


Εικόνα 44

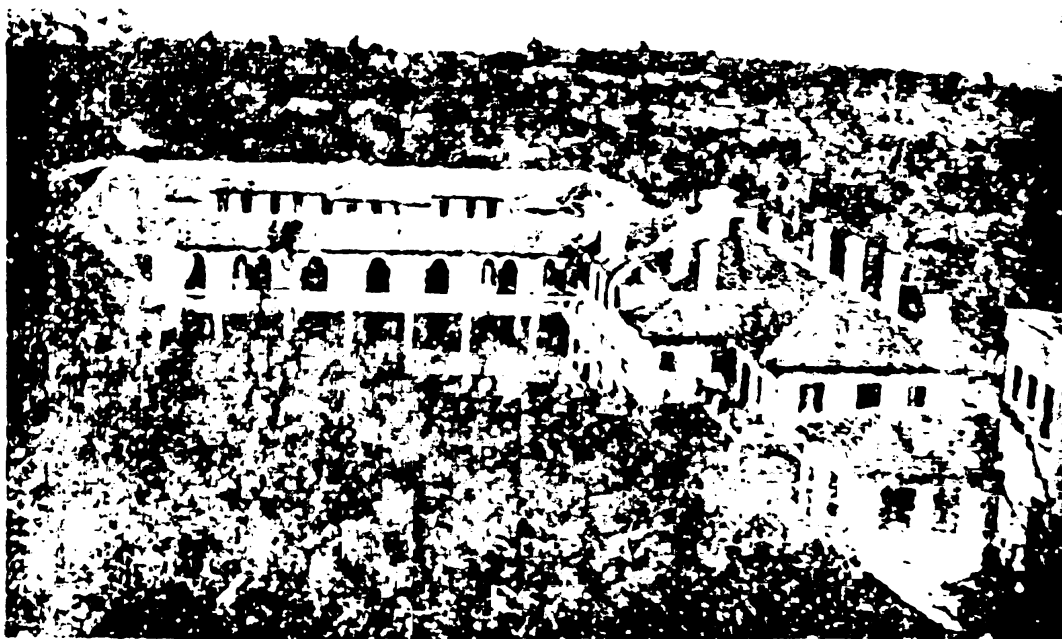
Το Θεραπευτήριο «Ελπίς» της Καβάλας, στα 1925.

έπιπλα, σκεύη και ρουχισμό. Προσλήφθηκε ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό. Το ίδρυμα, τέλος, μετονομάσθηκε σε Θεραπευτήριο «Ελπίς».

Στη βορειοδυτική πλευρά του Ολύμπου, σε υψόμετρο 500 μέτρων, λειτούργησε από τις 15 Νοεμβρίου 1936 το σανατόριο Πέτρας, με δύναμη 250 κλινών (εικ. 45). Στα 1938, δημοσιεύεται ο πρώτος απολογισμός της κίνησης του σανατορίου, με την υπογραφή του γιατρού του Ν. Λεβεντόπουλου. Στο χρονικό διάστημα των 14 πρώτων μηνών λειτουργίας του, το σανατόριο νοσήλευσε 525 ασθενείς



και έδωσε εξιτήριο σε 60 «ιαθέντες» και 171 ασθενείς με εξήλθαν οικειοθελώς. Τέλος, 103 ασθενείς απεβίωσαν στο ίδιο χρονικό διάστημα. Οι ασθενείς ηλικίας 20-30 ετών αποτελούσαν το 43% των νοσηλευομένων, ενώ οι ασθενείς ηλικίας 30-40 το 20% (37).



Εικόνα 45

Το σανατόριο της Πέτρας Ολύμπου (γύρω στα 1935).

Στην Αντίνισσα (Αντίνιτσα), στο όρος Όρθρυ, κοντά στη Λαμία, ιδρύεται στα 1935 σανατόριο από τους αδελφούς Μακρόπουλους, για τις αντιφυματικές ανάγκες της Φθιώτιδας (εικ. 46) (38). Ο Ιωάννης Μακρόπουλος, δήμαρχος Λαμίας και στη συνέχεια υπουργός Προνοίας, είχε ήδη αναγείρει το κτίριο πριν από το 1928, αλλά κατά δήλωσή του, το κράτος ούτε ενδιαφέρθηκε να αναλάβει την αποπεράτωσή του και λειτουργία του, ούτε περάτωσε την κατασκευή του επαρχιακού δρόμου που θα οδηγούσε στο ίδρυμα (39). Το σανατόριο λειτούργησε τελικά από το 1935 με την επωνυμία «*το Ορεινόν Αντιφυματικόν Αναρρωτήριον Αντινίτσης*» και νοσήλευε περί τους 40 ασθενείς ετησίως. Το σανατόριο Αντινίτσης πυρπολήθηκε το 1944 από τα γερμανικά στρατεύματα κατοχής, έχασαν δε τη ζωή τους 36 ασθενείς.





Εικόνα 46

*Οι εγκαταστάσεις του σανατορίου στην Αντίνισσα, Φθιώτιδος
(φωτογραφία της δεκαετίας του '50).*

Στην Πελοπόννησο, από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα πολλοί φθισικοί κατέφευγαν στα ορεινά χωριά της Αρκαδίας, αναζητώντας τις κατάλληλες συνθήκες για κλιματοθεραπεία. Το 1925 άρχισε η ανέγερση σανατορίου στη θέση Κορφοξυλιά, κοντά στο χωριό Μαγούλιανα του Μαινάλου, σε έκταση που προσέφερε η ελληνική πολιτεία (εικ. 47). Η ανέγερση οφείλει τα μέγιστα στις πρωτοβουλίες και τους εράνους της Άννας Παπαδοπούλου, αδελφής του Παύλου Μελά, γνωστής με το προσωνύμιο «η μάνα του στρατιώτη», λόγω της προσφοράς της ως αδελφής νοσοκόμου στους έλληνες στρατιώτες των Βαλκανικών πολέμων και της Μικρασιατικής εκστρατείας. Τη δαπάνη για τον εξοπλισμό και την επίπλωση ανέλαβαν οι Αρκάδες ομογενείς αδελφοί Σπετσερόπουλοι από την Αίγυπτο (40).

Το σανατόριο λειτούργησε μόνον επί 8 έτη, από το 1930 έως το 1938. Διέθετε 60 κλίνες και μικτή χρηματοδότηση (εισφορές από



τους Δήμους και τις Κοινότητες της περιοχής και νοσήλεια, από 3.000 έως 6.000 δραχμές μηνιαίως, ποσό υψηλό για την εποχή που απέκλειε την είσοδο για την πλειοψηφία των ασθενών).



Εικόνα 47

*Το σανατόριο της Μάνας, στα Αρκαδικά βουνά,
σε πλήρη εγκατάλειψη σήμερα.*

Παρά τους όρους καλής διαμονής και επαρκούς για την εποχή ιατροφαρμακευτικής κάλυψης, το σανατόριο προσέφερε μικρή μόνο ανακούφιση στο επιδημιολογικό πρόβλημα της φυματίωσης στην περιοχή. Κατά το πρώτο έτος της λειτουργίας του (1930) νοσήλευσε, σύμφωνα με έκθεση του διευθυντή του γιατρού Αδαμαντίου Ασοιούρα, 115 ασθενείς, εκ των οποίων οι 8 θεραπεύτηκαν, οι 39 παρουσίασαν σημαντική βελτίωση, οι 7 επιδεινώθηκαν και οι 7 απεβίωσαν.



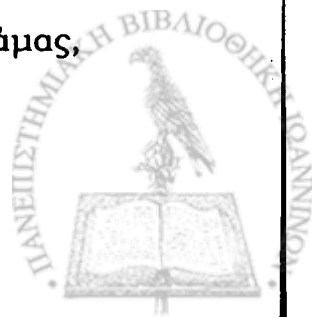
Διαχειριστικά προβλήματα, αλλά και ζητήματα γεωγραφικής θέσης και έλλειψης ειδικευμένου προσωπικού οδήγησαν το σανατόριο «της Μάνας» στην πρόωρη διακοπή της λειτουργίας του, στερώντας την Πελοπόννησο από ένα αντιφυματικό κέντρο αναφοράς.

Παρακινημένος από τους ευνοϊκούς, ανταποδοτικούς όρους που θεσπίστηκαν κατά τη δεύτερη 20ετία του 20^{ου} αιώνα από το κράτος για την ίδρυση ιδιωτικών αντιφυματικών θεραπευτηρίων, ο φυματιολόγος Ν. Μπόμπολας ίδρυσε στη Βυτίνα το σανατόριο «ο Άγιος Τρύφων», που άρχισε να λειτουργεί στα 1931. Οικονομικές δυσκολίες ανάγκασαν τον ιδρυτή να πωλήσει το ίδρυμα στο Αδελφάτο Απόρων Φυματικών Μεσσηνίας. Το σανατόριο μετονομάστηκε σε «Ιθώμη» και λειτούργησε με 60-80 κλίνες έως το 1940, διαθέτοντας και πτέρυγα δωρεάν νοσηλείας απόρων ασθενών από το νομό Μεσσηνίας (40).

Το 1940 ολοκληρώθηκε το σανατόριο Τριπόλεως, στην περιοχή Μάκρης, κοντά στη πόλη. Το νέο σανατόριο ήταν εναρμονισμένο με τις απόψεις της εποχής περί νοσοκομείων-σανατορίων κοντά στα αστικά κέντρα και ομοίαζε αρχιτεκτονικά με το περίπτερο «Μέγα Λαϊκό» της «Σωτηρίας». Το σανατόριο αυτό λειτούργησε μετά τον πόλεμο.

Αν και προβλέφθηκε από ειδικό διάταγμα το σανατόριο στην περιοχή Κράτηγο της Μυτιλήνης δεν ιδρύθηκε. Ωστόσο, κτίριο για την λειτουργία σανατορίου είχε κτισθεί από τον Μητροπολίτη Μυτιλήνης Ιάκωβο στην Αγιάσο, από το 1929. Στο κτίριο αυτό λειτούργησε τελικά σανατόριο από το έτος 1937 υπό την επωνυμία «Θεραπευτήριο-Σανατόριον Λέσβου Η Υγεία».

Εκτός από τα σανατόρια, ιδρύθηκαν από τον Αύγουστο 1920 μέχρι τον Φεβρουάριο του 1921 Αντιφυματικά Ιατρεία στον Πειραιά, στο Λαύριο, στη Λάρισα, στην Πάτρα, στα Χανιά, στο Ρέθυμνο και στο Ηράκλειο. Στα 1936, λειτουργούσαν τα Αντιφυματικά Ιατρεία Αθηνών, Πειραιώς, Θεσσαλονίκης, του «Ευαγγελισμού» (Αθήνα), Δράμας, Κορίνθου και Αμπελοκήπων Αθηνών (41).



Στην ανασκόπησή του «Ο Αντιφυματικός Αγών εν Ελλάδι Μέχρι Τέλους του 1936», ο Διευθυντής Κοινωνικής Υγιεινής του Υπουργείου Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως Κωστής Χαριτάκης συνοψίζει τους μέχρι την εποχή του σταθμούς του Αντιφυματικού Αγώνα στη χώρα μας και δίδει μια ενδιαφέρουσα επισκόπηση των νοσοκομείων και άλλων ιδρυμάτων που αφιερώθηκαν στον αγώνα αυτό (βλ. Πίνακας 5) (41).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Αντιφυματικά Καταστήματα που λειτουργούσαν στην Ελλάδα κατά το 1936. Εντός παρενθέσεων οι διατιθέμενες κλίνες.

Κρατικά Νοσοκομεία-Σανατόρια	Σανατόρια Δημοσίου Δικαίου	Λοιπά Αντιφυματικά Καταστήματα
Η «Σωτηρία» (1400)	Σανατόριο Αντινίσσης (40)	Σανατόριο Πάρνηθος (κληροδότημα Φούγκ) (100)
Φθισιατρείο Χανίων (130)	Σανατόριο Κορφοξυλιάς (65)	Φθισιατρείον «Αυροφίλητον» Σύρου (25)
Νοσοκομείο Φυματιώντων Ασβεστοχωρίου (700)	Σανατόριο «Η Ιθώμη» Βυτίνας (60)	Άσυλον «Προφήτου Ηλίου» φυματιώντων Καλαμών (30)
		Ασκληπιείον Βούλας για χειρουργικά φυματιολογικά περιστατικά (170)

Από την ίδια εργασία, παρατίθεται ο πίνακας των νοσοκομείων που διέθεταν ειδικά παραρτήματα για τη νοσηλεία φυματικών ασθενών, το 1936.



ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Νοσοκομεία που διέθεταν ειδικά παραρτήματα για τη νοσηλεία
φυματικών ασθενών, το 1936.

Νοσοκομείο	Διατιθέμενες Κλίνες
Ηρακλείου Κρήτης	15
Πατρών	32
Αργοστολίου	30
Μυτιλήνης	30
Δημοτικό Θεσσαλονίκης	50
Κερκύρας	20
Βόλου	20
Σκυλίτσειο Χίου (Αργέντειον)	30

- Το σύνολο των διατιθέμενων κλινών έφθανε τις 3.307, αριθμός που κρίνεται πολύ μικρός σε σχέση με τις υγειονομικές ανάγκες της χώρας. Ποσοστό μεγαλύτερο του ενός τρίτου των παραπάνω κλινών αποτελούσαν οι κλίνες της «Σωτηρίας». Σύμφωνα με έκθεση του διευθυντή κλινικής της «Σωτηρίας» Δ. Συμβουλίδου προς το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου, οι ανάγκες της χώρας σε κλίνες για τη νοσηλεία φυματικών ασθενών έφθαναν στα 1936 σε 15.000-20.000 (42).



Β.4. Η θεραπευτική προσέγγιση της φυματίωσης μεταξύ 1920 και 1940

Στο διάστημα του μεσοπολέμου, οι πρόοδοι στη χειρουργική του θώρακος επέτρεψαν την ανάπτυξη μίας σειράς θωρακοχειρουργικών τεχνικών με κοινό στόχο τον λειτουργικό ή / και ανατομικό περιορισμό των φυματιωδών βλαβών στα νοσούντα πνευμονικά τμήματα. Οι τεχνικές αυτές προσέφεραν ανακούφιση, ακόμη και θεραπεία, σε σημαντικό αριθμό ασθενών και απέτελεσαν την πρώτη ορθολογική αντιφυματική προσέγγιση. Ακόμη και μετά την εισαγωγή των αποτελεσματικών αντιφυματικών φαρμάκων, η θωρακοχειρουργική δεν έπαυσε να προσφέρει επί σειρά ετών αποτελεσματικές και, ενίοτε, σωτήριες λύσεις σε ασθενείς μη ανταποκρινόμενους στις ατελείς φαρμακευτικές μονοθεραπείες (στρεπτομυκίνη) της εποχής.

Ήδη από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα είχαν αναληφθεί κάποιες ήπιες χειρουργικές προσπάθειες για την παρακέντηση των φυματιωδών σπηλαίων, είτε με τριγωνική ακίδα (trocarts), είτε με νυστέρι (Pouteau & David, Barry & Sharp). Το 1875, ο Mosler εφάρμοσε εγχύσεις φαρμακευτικών ουσιών στο πνευμονικό παρέγχυμα. Αργότερα, ο ίδιος δοκίμασε την αναρρόφηση του περιεχομένου των φυματιωδών σπηλαίων και την αντικατάστασή τους με αντισηπτικά διαλύματα. Περί τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, επιχειρήθηκε η μερική πνευμονεκτομή και η λοβεκτομή από τους γάλλους χειρουργούς Tuffier και Doyen. Τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα ήσαν απογοητευτικά. Έγινε τότε σαφές ότι ήταν απαραίτητη η καλύτερη γνώση της ανατομίας και της φυσιολογίας του αναπνευστικού συστήματος, καθώς ήταν αδύνατος τόσο ο χειρουργικός διαχωρισμός των ορίων μεταξύ παθολογικού και υγιούς πνευμονικού παρεγχύματος, καθώς επίσης και η διαπίστωση της διήθησης του λεμφικού συστήματος από τη νόσο.

Περί το 1850, ο Freund πρότεινε την αφαίρεση του χόνδρου της 1^{ης} πλευράς, ώστε να καταργηθεί η περίσφιξη της κορυφής του



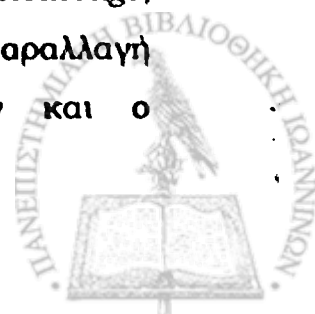
πνεύμονα από την πλευρά, αιτία, κατ' αυτόν, της συχνής εντόπισης της φυματίωσης στο σημείο αυτό. Αυτή ήταν η πρώτη προσπάθεια έμμεσης χείρουργικής αντιμετώπισης της νόσου, εφαρμόζοντας μια μέθοδο που δεν στόχευε στην περιοχή των φυματιωδών βλαβών, αλλά στην αναδιαμόρφωση των τοπικών συνθηκών στον πάσχοντα πνεύμονα. Στην εξέλιξή τους, οι ιδέες αυτές οδήγησαν στην εφαρμογή του τεχνητού πνευμοθώρακα από τον Carlo Forlanini. Η μέθοδος αυτή αποτέλεσε τη βάση της «συμπτυξιοθεραπείας» που διαδόθηκε και εμπλουτίστηκε στις αρχές του 20^{ου} αιώνα με νεότερες τεχνικές. Για την εδραίωση αυτής της επεμβατικής μεθόδου, σημαντική υπήρξε η συμβολή της ακτινογραφίας του θώρακα (μετά την ανακάλυψη του Roentgen, το 1896), καθώς επίσης η πρόοδος των γνώσεων στην Ανατομία και την Φυσιολογία του αναπνευστικού συστήματος. Οι πρώτοι χειρουργοί που εφήρμοσαν σε ευρεία κλίμακα τον τεχνητό πνευμοθώρακα ήσαν ο αμερικανός Murphy (1898), ο Forlanini, ο γερμανός Brauer στο Μαρβούργο, ο ελβετός Spengler στο Davos και ο γάλλος Dumarest στο Hauteville της Γαλλίας.

Για τις περιπτώσεις όπου ήταν αδύνατη η εφαρμογή του τεχνητού πνευμοθώρακα λόγω συμφύσεων του υπεζωκότα, ο Brauer εισηγήθηκε την θωρακοπλαστική, η οποία αποσκοπούσε με άλλα μέσα (την εκτομή πλευρών) στην ακινητοποίηση του πάσχοντος πνευμονικού παρεγχύματος. Μάλιστα, ο Brauer περιέγραψε ήδη από το 1903 μέθοδο πλευρεκτομής που αφορούσε ολόκληρο το ημιθώρακιο, από την 2^η έως την 10^η πλευρά. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές σκίασαν την φήμη της επέμβασης (πίεση και κυματισμός του μεσοπνευμονίου, παράδοση αναπνοή κ.ά.). Μετά το 1910, πρώτος ο Sauerbruch επέμεινε για τα πλεονεκτήματα της διατήρησης του περισστέου των πλευρών, ώστε να παραμείνει στην περιοχή της θωρακοπλαστικής ένα νεοσχηματιζόμενο, οστέινο τοίχωμα, ικανό να εμποδίσει τον σχηματισμό κήλης του πνεύμονα. Ο πρώτος παγκόσμιος πόλεμος προσέφερε μεγάλη εμπειρία στους ευρωπαίους θωρακοχειρουργούς, η οποία συνέβαλε στην εξέλιξη της θωρακοπλαστικής (43).



Σύμφωνα με μια ανασκόπηση του τέλους της εποχής της «χειρουργικής της φυματίωσης» (1950), και σε σχετικά μεγάλη σειρά (περίπου 2.200) φυματικών παιδιών γαλλικού Φυματιολογικού Κέντρου (Passy), το 3% μόνον των ασθενών με πνευμονικά σπήλαια εμφάνιζαν αυτόματη ίαση, ενώ επιδείνωση ή θάνατος σημειώνονταν στο 46% των ασθενών με μονόπλευρα και στο 97% των ασθενών με αμφοτερόπλευρα σπήλαια (44). Η θνητότητα ήταν 6% στα περιστατικά με υπεζωκοτική συμμετοχή και σχεδόν μηδενική στα περιστατικά με τραχειο-βρογχική λεμφαδενοπάθεια. Τα ποσοστά αυτά μειώθηκαν θεαματικά μετά τη σταδιακή εισαγωγή της «κολλαποθεραπείας» (collapsotherapie) (κατερειποθεραπεία, συμπίεσιθεραπεία, συμπτυσιοθεραπεία, ερριψιθεραπεία) ή «θεραπείας συμπίεσης».

Η πρώτη παρέμβαση σε περίπτωση μικρής, μονόπλευρης βλάβης ήταν ο τεχνητός πνευμοθώρακας : εισαγωγή, δηλαδή, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, μέσω ειδικής σύριγγας, αέρος στην υπεζωκοτική κοιλότητα (εικ.48). Ήταν αποδεκτό ότι ο πνευμοθώρακας έπρεπε να διατηρείται επί 3-4 χρόνια περίπου και να εγκαταλείπεται δύο χρόνια μετά την τελευταία βακυλλοφόρο απόχρεμψη (45). Τα χρονικά διαστήματα εισαγωγής αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα είχαν καθορισθεί σε κάθε μήνα, κάθε 40 ημέρες, τέλος κάθε δύο μήνες. Κατά την περίοδο αυτή γινόταν συχνός μικροβιολογικός έλεγχος των πτυέλων ή, σε περίπτωση απουσίας απόχρεμψης, εξέταση του γαστρικού υγρού. Σε περίπτωση συμφύσεων, που καθιστούσαν τον τεχνητό (ενδοϋπεζωκοτικό) πνευμοθώρακα ανεφάρμοστο, ετίθετο θέμα μείζονος θωρακοχειρουργικής παρέμβασης : σύνθλιψης ή εκτομής του φρενικού νεύρου (φρενικοσύνθλιψη ή φρενικοεξαίρεση), θωρακοπλαστικής (αφαίρεση τμημάτων θωρακικών πλευρών), χειρουργικής παροχέτευσης σπηλαιίου με αναρροφήσεις, plombage, σπηλαιεκτομής, λοβεκτομής ή πνευμονεκτομής. Μια παραλλαγή του τεχνητού ενδοϋπεζωκοτικού πνευμοθώρακα ήταν και ο «εξωπλευρίος πνευμοθώρακας» (βλ. κεφάλαιο Γ).



Στο δίτομο σύγγραμμά του «Η Φυματίωσις εις Κλινικά Μαθήματα», που εκδόθηκε στα μέσα της δεκαετίας του '30, ο Ι. Βαλιτής περιγράφει τη μεθοδολογία εφαρμογής του τεχνητού πνευμοθώρακος (46) :

«Και' αρχήν, ο πνευμοθώραξ συνίσταται εις την εισαγωγήν αερίου πυός εντός του κενού του υπεζωκότος, με σκοπόν, όπως επιτύχωμεν την απομάκρυνσιν του ηλλοιωμένου πνεύμονος από του περιτόνου πετάλου του υπεζωκότος και την πληρεστέραν κατά το μάλλον και ήπιον σύμπτυξιν τούτου.

Δέον όμως να γνωρίζητε, ότι, όταν λέγωμεν σύμπτυξιν του πνεύμονος, δεν εννοούμεν την τελείαν ούτως ειπείν σύνθλιψιν τούτου, καθόσον τούτο ουδόλως είναι δυνατόν επιτευχθή, διότι από της εποχής καθ' ην γίνεται χρήσις του *lipiodol* παρατηρούμεν, ότι και επί του πλέον συνεπτυγμένου πνευμονικού κολοβώματος, οι βρόγχοι και ολόκληρον το βρογχικόν δένδρον δύνανται να εμποτισθώσι υπό της ουσίας ταύτης.

- Εκείνο, όπερ θέλομεν να επιτύχωμεν δια του πνευμοθώρακος είναι η ακινησία του πνεύμονος. Δηλαδή, επί της πνευμονικής φυματώσεως, εφαρμόζομεν την αυτήν θεραπευτικήν αγωγήν, ην εφαρμόζομεν και επί των χειρουργικών φυματώσεων, ήτοι την ακινησίαν του πάσχοντος μέλους.

Και' αρχάς, προς επίτευξιν του σκοπού τούτου, εγένετο χρήσις του αζώτου, αλλά ταχέως κατέστη αντιληπτόν, ότι το αέριον τούτο, καίτοι είχε το πλεονέκτημα, ότι διετηρείτο επί μακρότερον χρόνον εντός του υπεζωκότος και προεκάλει ούτω πλέον παρατεταμένην πίεσιν του πνεύμονος, είχεν εν τούτοις το μειονέκτημα να προκαλή, ως εκ του ότι συμπεριφέρετο ως ξένο σώμα, ερεθισμόν του υπεζωκότος και εκ τούτου να διευκολύνη την εμφάνισιν εξιδρώματος.

Προς επίτευξιν του πνευμοθώρακος ποιούμεθα χρήσιν δύο ειδών συσκευών. Πρώτον τοιαύτης, παρ' η η αποθήκη του αέρος είναι μόνιμος και τα 'τοε προς διοχέτευσιν τούτου εις τον υπεζωκότα, ποιούμεθα χρήσιν ενός φυσητήρος. Τοιαύται συσκευαί είναι η του Forlanini και η του von Murat.



Δεύτερον έχομεν τας συσκευάς, παρ' αἷς ἡ αποθήκη τοῦ αερίου εἶναι κινητή. Καὶ πρότυπον τῶν τοιούτων συσκευῶν ἀποτελεῖ ἡ συσκευή τοῦ Kuss, ἧς εἶδετε νὰ γίνηται χρήσις ἐν τῇ κλινικῇ ἡμῶν.

Μελετήσωμεν ἤδη τὰ μέτρα, ἀπὸ τὰ δέον νὰ λαμβάνῃ ὁ φυματιολόγος, ὅταν πρόκηται νὰ ἐγκαταστήσῃ τεχνητὸν πνευμοθώρακα.

Ουδεμία ἰατρικὴ προπαρασκευὴ εἶναι ἀναγκαία. Ἐν τούτοις εἰς νευρικά τι ἄτομα, ἀπὸ τὰ κατέχονται ὑπὸ φόβου, καλὸν εἶναι νὰ γίνηται δύο ἢ τρεῖς ὥρας πρὸ τῆς ἐνεργείας τῆς πρώτης ἐγκαταστάσεως τοῦ πνευμοθώρακος, ἐνεσὶς καταπραΰνουσα τὸ νευρικὸν σύστημα, ὡς λ.χ. 0.5-1 ἐκ. τοῦ κυβ. υφ. Μορφίνης ἢ παντοπόν.

Τουναντίον, κατὰ τὴν γνώμην ἡμῶν ἐνδείκνυται νὰ προπαρασκευάζεται ἠθικῶς ὁ ἀσθενὴς καὶ τὸ περιβάλλον τούτου, παρεχομένων εἰς τούτους τῶν ἀναγκαίων ἐξηγήσεων περὶ τῆς θεραπείας, ἣτις γενικῶς εἶναι ἀποτελεσματικὴ, ἀλλὰ θὰ εἴπητε συγχρόνως, ὅτι ἡ θεραπεία αὕτη εἶναι μακροχρόνιος καὶ κατὰ πάσαν πιθανότητα θὰ διαρκέσῃ ἐπὶ τρία καὶ πλεον ἔτη καὶ ὅτι, ἵνα ἐπιτύχητε δια ταύτης τὸ ποθούμενον ἀποτέλεσμα, δέον ὁ ἀσθενὴς νὰ δώσῃ ὅλα τὰ ἐχέγγυα τῆς ὑπόμονῆς καὶ πειθαρχίας.

Ἰδῶμεν ποῖον εἶναι τὸ σημεῖον, εἰς ὃ κατὰ προτίμησιν δέον νὰ γίνῃ ἡ ἀπόπειρα τῆς ἀποκαλλήσεως τοῦ πνεύμονος.

Τὸ ιδεώδες θὰ ἦτο, ὅπως ἡ τοιαύτη ἀπόπειρα ἐνεργηθῇ ἐπὶ τινὸς σημείου, ἐφ' οὗ ὑπάρχει ἐλπίς, ὅτι δὲν θὰ συναντήσωμεν συμφύσεις.

Δυστυχῶς σήμερον δὲν ὑπάρχουσιν, οὔτε κλινικὰ συμπτώματα, οὔτε ἀκτινολογικά φαινόμενα, δι' ὧν νὰ καθίσταται δυνατὴ ἡ ἀνεύρεσις τοῦ σημείου, εἰς ὃ δὲν ὑπάρχουσι συμφύσεις. Δια τούτο εἶναι λογικόν νὰ γίνηται ἡ πρώτη ἀπόπειρα, μακρὰν τῶν δια τῆς ἀκτινολογικῆς καὶ κλινικῆς ἐξετάσεως καθορισθεισῶν ἐσπῶν, ἐν αἷς ἐδράζονται αἱ φυματώδεις ἀλλοιώσεις.

Ατυχῶς, οὔτε αὕτη αὕτη ἡ ἀκτινογραφία δύναται νὰ διαφωτίσῃ ἡμᾶς περὶ τοῦ σημείου, εἰς ὃ δύναται νὰ ἐπιτευχθῇ ἡ ἀποκάλυψις τοῦ πνεύμονος.

Δια τούτο συμβουλεύω ὑμᾶς νὰ μὴ διστάζητε, ἐν τοιαύτῃ περιπτώσει, νὰ προβαίνητε εἰς τὴν ἀπόπειραν τῆς ἀποκαλλήσεως τοῦ πνεύμονος.



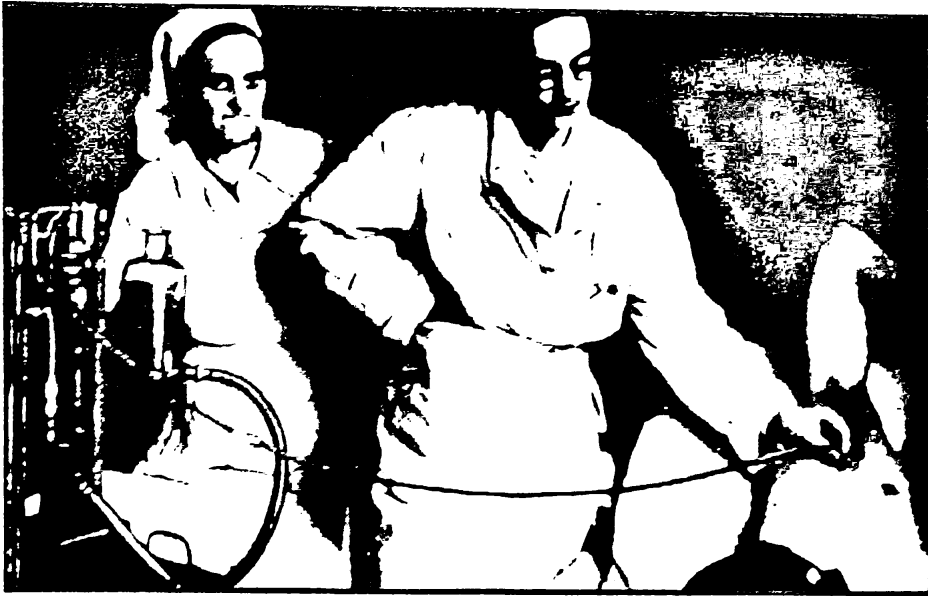
διότι μόνον δια ταύτης θα βεβαιωθείτε, εάν ο τεχνητός πνευμοθώραξ είναι ή όχι κατορθωτός.

Δύο εἶναι τα σημεία, εις α δέον κατά προτίμησιν να αποπειρώμεθα την αποκόλλησιν του πνεύμονος : είτε κατά την οπισθίαν επιφάνειαν του θώρακος εν ή δύο μεσοπλευρία διαστήματα κάτωθεν της γωνίας της ωμοπλάτης, της χειρός του ασθενούς φερομένης προς τα εμπρός, ίνα ούτω επιτευχθή η διεύρυνσις των μεσοπλευρίων διαστημάτων, είτε κατά την πρόσθιαν επιφάνεια του θώρακος επί της πρόσθιας μασχαλιαίας γραμμής και εις το ύψος του 5^{ου} μέχρι του 7^{ου} μεσοπλευρίου διαστήματος, του ασθενούς τηρούντος κατά $\frac{3}{4}$ υπτίαν θέσιν και της χειρός φερομένης άνωθεν της κεφαλής.

Ο σκοπός της πρώτης εις τον υπεζωκότα ενέσεως του αερίου, είναι η επίτευξις της αποκολλήσεως των δύο πετάλων του υπεζωκότος και η παραγωγή της φυσσαλίδος του αέρος, ήτις θα χρησιμεύει ως η απαρχή του πνευμοθώρακος. Δια τούτο κατά τας δύο πρώτας ενέσεις εισάγομεν πάντοτε μίαν δεδομένην ποσότητα αέρος 100 κ. υφ. Οξυγόνου και 200 υφ. ατμοσφαιρικού αέρος. Την δευτέραν ένεσιν ενεργούμεν δύο ημέρας μετά την πρώτην και κατ' αυτήν εισάγομεν την αυτήν ποσότητα αερίου, την τρίτην πέντε ημέρας μετά την δευτέραν, και κατά ταύτην ενίεμεν 400-500 κ. υφ. αέρος, άπνα κατ' ουδένα λόγον δέον να υπερβαίνωμεν κατά τας περαιτέρω ενέσεις.

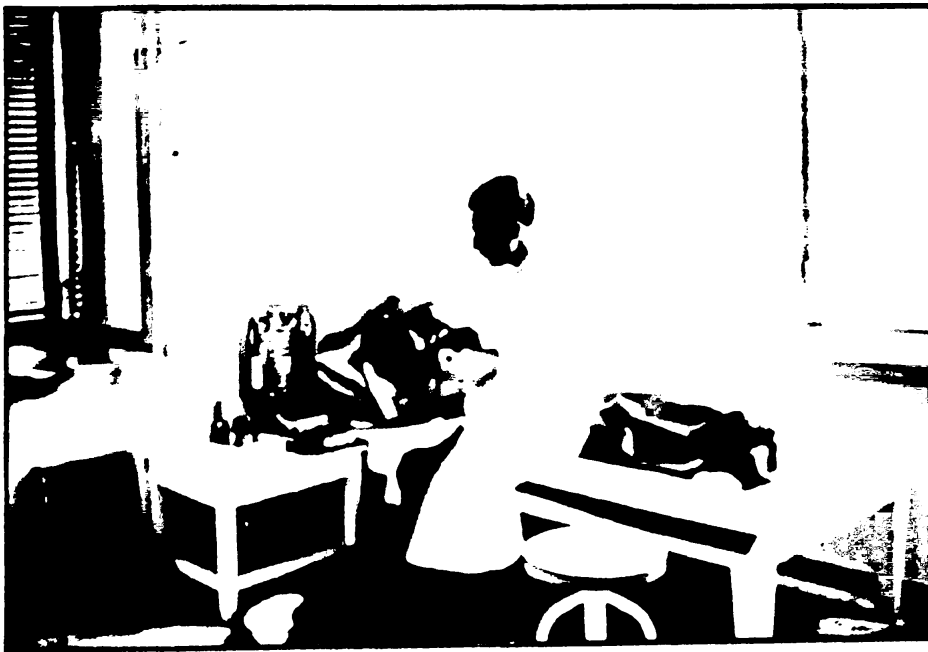
Εν τέλει θεωρώ απαραίτητον να παράσχω δύο συμβουλάς. Ουδέποτε να εισάγητε την ελαχίστην έστω ποσότητα αερίου, όταν η αρχική πίεσις κυμαίνεται περίξ του μηδενός, δηλαδη +2-2, +1-1, εν τοιαύτη περιπτώσει, ευρίσκεσθε εντός μίας κυψελίδος. Όταν επίσης παρατηρήτε μίαν ελαφράν και συνεχή προς το θετικόν ανύψωσιν εν τω μανομέτρω, δέον να αποφεύγητε την παραμικράν εισαγωγή αέρος, διότι εν τοιαύτη περιπτώσει, η βελόνη ημών ευρίσκεται εντός αγγείου...» (εικ. 49, 50).





Εικόνα 48

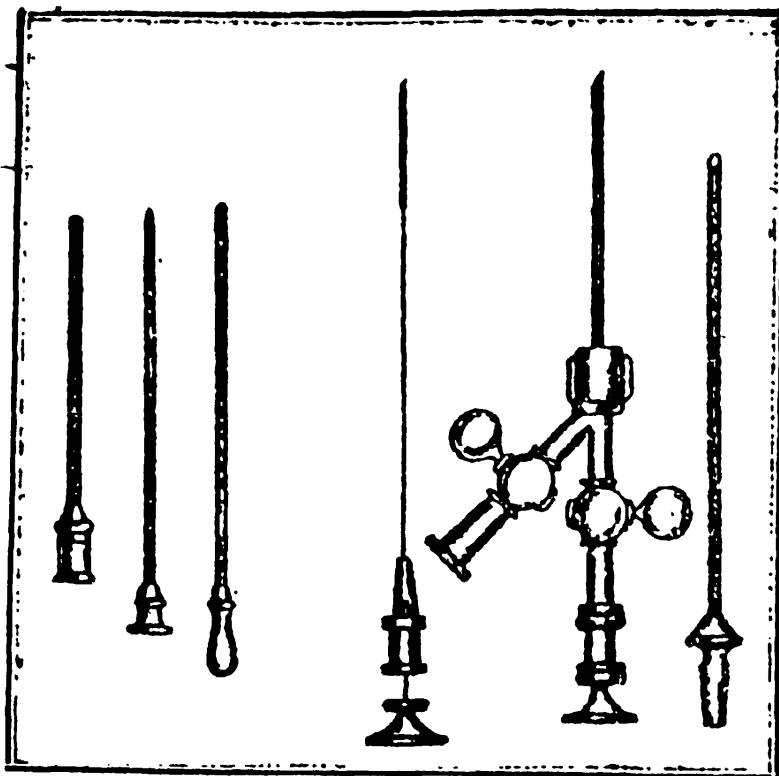
Εφαρμογή του τεχνητού πνευμοθώρακα στο εξωτερικό (1926).



Εικόνα 49

Εφαρμογή του τεχνητού πνευμοθώρακα στο νοσοκομείο "Σωτηρία" (1936).

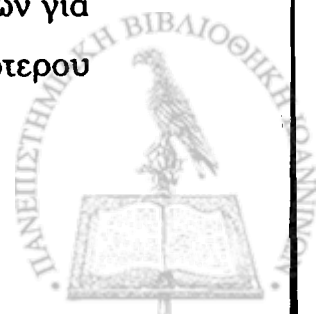




Εικόνα 50

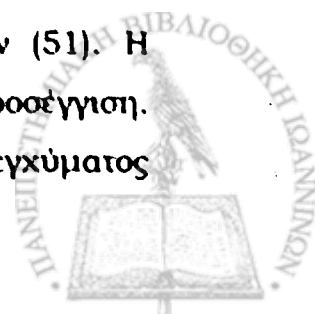
Βελόνες για την εφαρμογή του τεχνητού πνευμοθώρακα.

Η φρενικοεξαίρεση (φρενικεκτομία) είχε σκοπό την παράλυση του ημιδιαφράγματος και την συνεπακόλουθη σύμπτυξη του νοσούντος πνευμονικού παρεγχύματος (47). Η μέθοδος αρχικά εφαρμόσθηκε σε βλάβες των πνευμονικών βάσεων, αλλά στη συνέχεια επεκτάθηκε και σε περιπτώσεις με σπήλαια στις πνευμονικές κορυφές (48). Σύμφωνα με τον μετέπειτα πρώτο καθηγητή Φυματιολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ν.Β. Οικονομόπουλο, το 15-30% των ασθενών εμφάνιζε, μετά από φρενικοεξαίρεση, «κλινική θεραπεία» (49). Η φρενικοεξαίρεση μειονεκτούσε συγκριτικά με τον τεχνητό πνευμοθώρακα, επειδή επέφερε την μη μολυσματικότητας του ασθενή σε μακρύτερο χρόνο, είχε μικρότερο αριθμό ενδείξεων για την εφαρμογή της και συνέβαλε στην κλινική θεραπεία μικρότερου ποσοστού ασθενών.



Στη σχετική διατριβή του, ο Δ. Χαροκόπος συνοψίζει τις ενδείξεις και τις αντενδείξεις της φρενικοτομής (φρενικεκτομίας) (50). Οι «καλύτερες ενδείξεις» της μεθόδου αφορούσαν 1) μονόπλευρες φυματιώδεις αλλοιώσεις, ινώδους μορφής, όχι εκτεταμένες και με επουλωτική εξεργασία εν ενεργεία, 2) μονόπλευρες φυματιώδεις αλλοιώσεις, σπηλαιώδεις ή μη, αβληκράς ινοτυρώδους μορφής, μικρής έκτασης, με τάσεις ινώδους σύμπτυξης, 3) μονόπλευρες φυματιώδεις αλλοιώσεις, ινοτυρώδους μορφής, με τάση ίνωσης, με ή χωρίς σπήλαιο, πολύ περιορισμένες και βραδύτατα εξελισσόμενες, 4) μονήρη σπήλαια με ελάχιστη περισπηλαιώδη διήθηση, βραδύτατα εξελισσόμενη και περιβαλλόμενη από υγιή πνευμονικό ιστό. Στις παραπάνω ενδείξεις προστίθεται και η καλή κατάσταση του υπεζωκότα, εφόσον η παρουσία σοβαρών συμφύσεων δυσχέρανε την σύμπτυξη του πνεύμονα. Αντίθετα, στις αντενδείξεις της φρενικοτομής περιλαμβάνονταν 1) οι μονόπλευρες, ταχέως εξελισσόμενες μορφές, οι οποίες προοιωνίζουν επέκταση της νόσου παρά την επεμβατική αντιμετώπιση, 2) οι μονόπλευρες, ινοτυρώδεις μορφές, με τάση τυροειδοποίησής, δηλαδή διασποράς των βακίλλων, 3) οι εκτεταμένες ινοτυρώδεις ή ινώδεις αλλοιώσεις που καταλαμβάνουν μεγάλο μέρος του πάσχοντα πνεύμονα, μειώνοντας την συσταλτικότητα του πνευμονικού παρεγχύματος και συνεπώς την αναμενόμενη σύμπτυξη του μετά την φρενικεκτομία, 4) οι διάχυτες, σκληρυμένες αλλοιώσεις για τον παραπάνω λόγο, 5) οι σπηλαιώδεις εξεργασίες, με μεγάλες περισπηλαιώδεις διηθήσεις, ως ένδειξη εξελικτικής τάσης των βλαβών 6) οι αμφοτερόπλευρες φυματιώδεις αλλοιώσεις, που καθιστούν ατελέσφορη την μονόπλευρη φρενικοτομή. Τέλος, αντενδείξεις αποτελούσαν και οι παρακάτω συνοδές παθήσεις του ασθενούς : παθήσεις του στομάχου, καρδιακή ανεπάρκεια, φυματιώδης εντερίτιδα και πνευμονικό εμφύσημα.

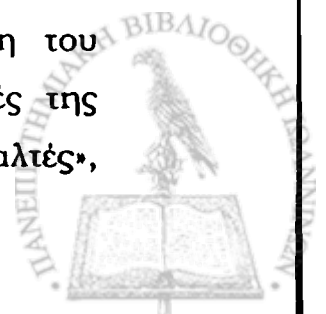
Στο κείμενο της διατριβής του ο Δ. Χαροκόπος αναπτύσσει τις τεχνικές της προεγχειρητικής εκτίμησης των ασθενών (51). Η εκτίμηση αυτή περιελάμβανε κλινική και ακτινολογική προσέγγιση. Συγκεκριμένα, η ελαστικότητα του πνευμονικού παρεγχύματος



καθοριζόταν από την ακτινολογική έκταση των αλλοιώσεων. Η τάση προς ινώδη σύμπτυξη που καθιστούσε αναποτελεσματική την φρενικεκτομία υπολογιζόταν από την παρουσία πλευρικών συμφύσεων, η οποία εμφανιζόταν κλινικά με την «ξηρότητα των ακροαστικών ευρημάτων και την ύπαρξη βρογχικής αναπνοής» και ακτινολογικά, με την μορφή πολλών γραμμώσεων, σκιών μεσολοβίτιδος, μεσοθωρακικής και καρδιακής έλξης προς το πάσχον, του εν είδει στεφάνου διαφράγματος (festonné) και την συμπαγή πυκνότητα των πνευμονικών ιστών.

Η θωρακοπλαστική αποτελούσε μια σοβαρότερη επέμβαση που επέφερε μόνιμη παραμόρφωση του θωρακικού τοιχώματος, με σκοπό τον δραστικό περιορισμό της ελαστικότητας του σύστοιχου πνεύμονα (εικ. 52). Η συχνότερα εφαρμοζόμενη θωρακοπλαστική επέμβαση, η επονομαζόμενη προσθιοπλάγια, διακρινόταν σε τρεις τύπους : 1) την ολική θωρακοπλαστική, όπου γινόταν τμηματική εκτομή των 7 πρώτων πλευρών, κατά λοξή γραμμή, εκ των άνω και έμπροσθεν προς τα κάτω και μασχαλιαίως, 2) την θωρακοπλαστική κατωτέρου τύπου, όπου γινόταν τμηματική εκτομή των πλευρών, από την 4^η μέχρι και την 7^η και 3) η θωρακοπλαστική ανωτέρου τύπου, όπου γινόταν αφαίρεση τμημάτων των τριών πρώτων πλευρών (50). Η επιλογή και ο σχεδιασμός αυτών των χειρουργικών επεμβάσεων βασίσθηκε στις εργασίες των Monaldi και Morelli. Στηρίχθηκε στις λεγόμενες προεξάρχουσες κινητικές δυνάμεις, δηλαδή τις νοητές γραμμές του θωρακικού τοιχώματος που εκφράζουν την κατανομή των κινητικών δυνάμεων στο θώρακα κατά τις αναπνευστικές κινήσεις (βλ. σχήμα). Κατά συνέπεια, ανάλογα με την τοπογραφία των φυματιωδών βλαβών, μπορούσε ο θωρακοχειρουργός να επιλέξει την επέμβαση εκείνη που θα καταργούσε επιλεκτικά την ελαστική δύναμη επαναφοράς στα πάσχοντα πνευμονικά τμήματα (52).

Οι ενδείξεις της θωρακοπλαστικής, όπως συνοψίζονται σε ανασκόπηση του Π. Χόρτη ήσαν 1) η πρόσφατη διήθηση του πνεύμονα, 2) οι λοβίτιδες, 3) οι βρογχοπνευμονικές μορφές της φυματίωσης, 4) οι αλλοιώσεις που θεωρούνταν «αυτοσυσταλίες»,



αλλοιώσεις μονήρεις ή και συνδυασμένες με ινώδη εξιδρωματικά στοιχεία, 5) οι «σκληρωτικές», πυκνωτικές μορφές με μικρά σπηλαια (53). Ο θωρακοχειρουργός Ν. Τσούτης τονίζει ότι *«όσον ευκολότερον γίνεται η θωρακοπλαστική ανεκτή από τον ασθενή και όσον ολιγότερον τον καταπονεί, τόσον ευεργετικώτερα τα αποτελέσματά της»* (43). Συμβουλεύει, συνεπώς, τους φυματιολόγους να συνιστούν ενωρίς την επέμβαση στους ασθενείς τους, πριν *«ο πάσχων οργανισμός έχει εξαντλήσει και τα τελευταία του ζώπυρα αντιδράσεως»*. Οι αντενδείξεις της επέμβασης ήσαν οι βαρειές, ελκοτυρώδεις, εκτεταμένες πνευμονίες και οι σπηλαιώδεις μορφές. Στις μορφές αυτές είχαν δοκιμασθεί επεμβάσεις στο οπίσθιο μέρος του θώρακα, με εκτομή ευρέων πλευρικών τμημάτων μέχρι τις εγκάρσιες αποφύσεις των σπονδύλων (τύπου Proust-Mauer, Sauerbruch).

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



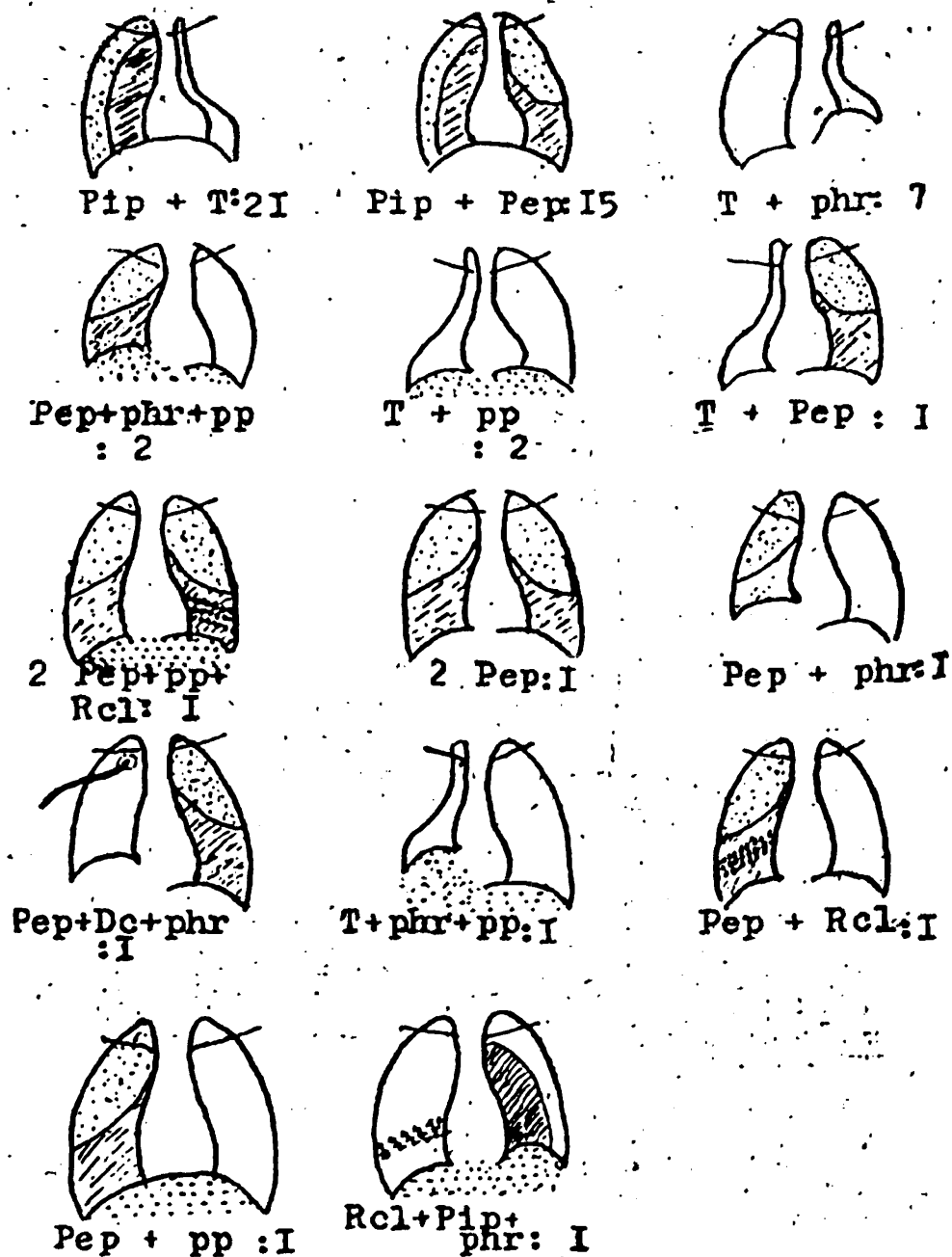


Tableau 1. — Les associations collapsothérapeutiques.

Abbreviations:

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

Εικόνα 51

Σχέδια για συνδυασμό τεχνητού πνευμοθώρακα και θωρακοπλαστικής από γαλλικό φυματολογικό περιοδικό (1952).



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

Στροφή στην ελληνική, θωρακοχειρουργική προσέγγιση της φυματίωσης αποτελεί η έλευση στην Ελλάδα, μετά από δετή εκπαίδευση στο Παρίσι, του θωρακοχειρουργού Νικολάου Τσούτη (εικ. 52). Η στροφή αυτή όμως συντελείται μεσούντος του παγκοσμίου πολέμου και, κυρίως, μετά το τέλος του, οπότε ο Τσούτης και το επιτελείο του αναπτύσσουν σημαντική δραστηριότητα στην Αθήνα, με επίκεντρο την «Σωτηρία» (βλ. κεφάλαιο Γ).



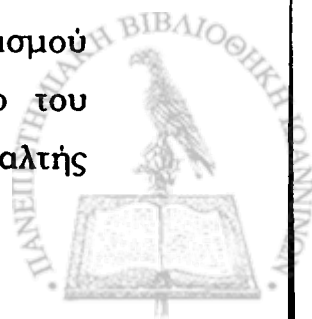
Εικόνα 52

Ο Νικόλαος Τσούτης με το προσωπικό του χειρουργείου του νοσοκομείου
"Σωτηρία" (φωτογραφία της δεκαετίας του '60).



Στα μέσα της περιόδου που εξετάζει αυτό το κεφάλαιο γίνεται παγκοσμίως αποδεκτό και εφαρμόζεται ανάλογα με τις κατά τόπους δυνατότητες το προφυλακτικό αντιφυματικό εμβόλιο που έμεινε γνωστό με την ονομασία B.C.G : Bacille Calmette-Guerin (εικ. 31). Τα αρχικά αυτά διηγούνται και την ιστορία του. Το εμβόλιο περιέχει εξασθενημένους βακίλους βοείου τύπου και ανακαλύφθηκε από τον γάλλο φυματιολόγο Calmette, με τη συνεργασία του κτηνιάτρου Guerin. Προήλθε σαν συνέπεια ενός μακρόχρονου πειραματισμού που ξεκίνησε με την παρατήρηση του Koch ότι εάν ενέσουμε στην μηριαία πτυχή πειραματοζώου διάλυμα με ποσότητα βακίλων θα παρατηρήσουμε μετά πάροδο 15 ημερών να εμφανίζεται στο σημείο της ένεσης χαρακτηριστικό φυμάτιο, καθώς επίσης και διόγκωση των επιχωρίων λεμφαδένων. Η παρατήρηση αυτή τροφοδότησε εργασίες που κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η χορήγηση μικρής ποσότητας εξασθενημένων βακίλων στον απρόσβλητο από το βάκιλο άνθρωπο ενισχύει την άμυνά του έναντι του μικροβίου. Από της 1^{ης} Ιανουαρίου 1921, το εμβόλιο B.C.G εφαρμόσθηκε πειραματικά από τον Guerin σε αγροτική επιχείρηση βοοειδών στην περιοχή του Κάτω Σηκουάνα. Μερικά χρόνια αργότερα, το εμβόλιο χορηγήθηκε από τον Calmette σε νεογνά δια της διεντερικής οδού. Στη συνέχεια, ο εμβολιασμός εξαπλώθηκε σταδιακά σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας. Βασική προϋπόθεση για τον αντιφυματικό εμβολιασμό αποτελεί η ένδειξη μη εισόδου βακίλων στον οργανισμό, όπως διαπιστώνεται με την δερματοαντίδραση Mantoux. Η προσπάθεια για την διάδοση του αντιφυματικού εμβολίου κινδύνεψε από δραματικό συμβάν στο Lubeck της Γερμανίας, όπου νεογνά απεβίωσαν μετά τη χορήγηση του εμβολίου. Το περιστατικό αυτό οφειλόταν, όπως αποδείχθηκε αργότερα, σε λανθασμένη αντικατάσταση, κατά την παρασκευή του εμβολίου, του βακίλου βοείου τύπου με βακίλους ανθρώπινου τύπου.

Οι νέες ιδέες περί αντιφυματικού εμβολιασμού προπαγανδίζονται από τον Ι. Βαλιτή στο εναρκτήριο άρθρο του περιοδικού «Φυματιολογική Επιθεώρηση» (54). Ο Βαλιτής



συμπεραίνει «Το B.C.G. αποτελεί σήμερα το πολυτιμότερον όπλον, όπερ διαθέτομεν προς άμυναν εναντίον της νόσου, ήτις κυρίως μαστίζει ολόκληρον την ανθρωπότητα.»

Παρ' όλη την ανάπτυξη των θωρακοχειρουργικών μεθόδων και του αντιφυματικού εμβολίου, η αθρόα διάδοση των «θαυματουργών» φαρμάκων για τη φυματίωση δεν εξέλιπε (άλατα του ασβεστίου, άλατα του χρυσού, άλατα του πυριτίου, ειδικοί οροί, φυματίνες κ.ά.). Η ειρωνική αναφορά του Μενέλαου Σακορράφου, σε άρθρο του του 1936, είναι χαρακτηριστική «Εκ των αυτομάτων επερχομένων κλινικών ιάσεων προέκυψεν η πολυφαρμακεία, εξεπήγασαν οι έμποροι φαρμάκων, δήθεν ειδικών δια την νόσον ταύτην και τέλος εξεκολάφθησαν οι αγύρται...Μερικά εξ αυτών των φαρμάκων εξακολουθούν χρησιμοποιούμενα, καίτοι, η κλινική παρατήρησις κατεδίκασε ταύτα εις την αφάνειαν και απέδειξε το επιβλαβές των τοιούτων μεθόδων. Επαναλαμβάνω όσα ανέφερα περί των περιφήμων αλάτων του ασβεστίου, άπανα όχι μόνον είναι ανωφελή, αλλ' αν χορηγούμενα και εις πάσχοντας εξ αιμοπτυσίας επεδείνωσαν την κατάστασιν, δίοτι εξειραχύνθη η αιμοπτυσία...Αλλά και τα άλατα χρυσού, οποίας καταστροφάς επροκάλεσαν και όμως παραμένουν» (55).

Στο ίδιο άρθρο, ο Σακορράφος συνοψίζει επιγραμματικά τις μόνες αξιόπιστες θεραπευτικές μεθόδους για την αντιμετώπιση της φυματίωσης, κατά τα τέλη του μεσοπολέμου στην Ελλάδα «Οφείλομεν να γνωρίζομεν όπι τα μόνα θεραπευτικά μέσα, άπανα έχομεν ν' αντιτάξωμεν κατά της νόσου ταύτης είναι ο τεχνητός πνευμοθώραξ, η θωρακοπλαστική, επικουρική δε η φρενικεκτομία, εν συνδυασμώ ενισχείται πάντοτε μετά της καταλλήλου υγαινοδιαιτητικής, αλλά πάντα ταύτα πρέπει να εκτελούνται ταχέως και άνευ χροιοφιβής, ο δε ιατρός οφείλει να γνωρίζη σαφώς τας ενδείξεις δια την εφαρμογήν των πολυτίμων τούτων μεθόδων, εκ των οποίων πολλοί άρρωστοι σάζονται, ή ανακουφίζονται μέχρις ότου η αυτόματος ίασις επεινεργήση και η ίασις καταστή μονιμωτέρα.»

Θα μπορούσε να θεωρηθεί ειρωνεία της ιστορίας, η συχνή αναφορά των Ελλήνων Φυματιολόγων κατά τα τέλη του μεσοπολέμου



στη σωστή διατροφή και την υγιεινή κατοικία, εμβλήματα του ευρωπαϊκού αντιφυματικού αγώνα, από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Ο επερχόμενός πόλεμος θα πολλαπλασιάσει απελπιστικά τη νοσηρότητα και τη θνητότητα της φυματίωσης, ακριβώς λόγω της αστίας και των κακουχιών του ελληνικού πληθυσμού. Στα 1937, ο γιατρός Μ. Μωϋσειδης δημοσίευσε στη «Φυματιολογική Επιθεώρηση» ανασκόπηση με θέμα «Διατροφή και Φυματίωσης», όπου επαναλαμβάνεται η επιγραμματική ρήση του Pidoux «*Επί φυματώσεως, το έδαφος είναι το παν, ο σπόρος δεν αντιπροσωπεύει τίποτα*». Ο συγγραφέας τονίζει «*Η δίαιτα δια σλουέπιν είναι φυματοποιητική...Η υπερσίσις έχει, άραγε, αντίθετον τοιαύτην ; Οι ειδικοί δεν συμφωνούν επί του κεφαλαίου αυτού*» (56).

Χαρακτηριστικά των αντιφυματικών θεραπευτικών μεθόδων κατά το τέλος της περιόδου του Μεσοπολέμου είναι τα δημοσιευμένα στοιχεία από την νοσηλευτική δραστηριότητα της 7^{ης} κλινικής της «Σωτηρίας», με διευθυντή τον μετέπειτα καθηγητή Φυματιολογίας Ν. Οικονομόπουλο (57). Τα στοιχεία αυτά αφορούν το έτος 1938. Επί 484 ασθενών, οι 240 εμφάνιζαν αμφοτερόπλευρη εντόπιση της νόσου, οι 188 φυματιώδες σπήλαιο, οι 279 προϊούσα νόσο και οι 165 συνοδό φυματιώδη λαρυγγίτιδα. Πρόκειται για ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο φυματίωσης και με δυσμενή πρόγνωση. Το σύνολο των ασθενών με προχωρημένη μορφή της νόσου έλαβε «υγιεινοδιαιτητική νοσηλεία» «διότι», σύμφωνα με τους ιατρούς τους, «δεν παρείχετο ποσώς ένδειξις δια πλέον ενεργόν θεραπευτικήν, ως δια του τεχνητού πνευμοθώρακος, φρενικοεξαιρέσεως, θωρακοπλαστικής κλπ.» Τέσσερις από τους υπόλοιπους ασθενείς, με εξιδρωματική μορφή της νόσου, έλαβαν χρυσοθεραπεία. Από το 1926, ο Οικονομόπουλος χορηγούσε ενέσεις σανοχρυσίνης, ενδοφλεβίως αρχικά και στη συνέχεια ενδομυϊκά (σκεύασμα Solganal oleosum). Στο ένα τρίτο περίπου των νοσηλευθέντων (138/484) εφαρμόσθηκε ο τεχνητός πνευμοθώρακας. Κλινική βελτίωση αναφέρεται για τους 59 από τους 138 αυτούς ασθενείς. Τέλος, σε 7 περιπτώσεις εφαρμόσθηκε ο αμφοτερόπλευρος



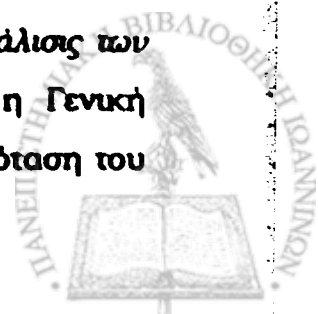
τεχνητός πνευμοθώρακας και σε 18 περιπτώσεις εφαρμόσθηκε η φρενικοεξαίρεση.

B.5. Άλλες οργανωτικές κινήσεις που επηρέασαν τον ελληνικό αντιφυματικό αγώνα

B.5.1. Η σύνδεση Αντιφυματικού Αγώνα και Κοινωνικής Ασφάλισης

Από το 1922 μέχρι το 1936, η αναλογία των δαπανών για την υγεία σε σχέση με τα συνολικά ετήσια έξοδα του κράτους κυμαινόταν από 0.60 (1923-24) μέχρι 1.73 (1934-35) (30). Με βάση πάντοτε τα συνολικά ετήσια κρατικά έξοδα, το αντίστοιχο ποσοστό για την καταπολέμηση της φυματίωσης κυμαινόταν από 0.12 (1923-24) μέχρι 0.40 (1933-34). Επιπλέον, κατά τα έτη 1933-36, το ποσοστό των κρατικών εσόδων από έμμεσους φόρους (εξ ορισμού βασιζόμενους στα είδη πρώτης ανάγκης και, άρα στο εισόδημα των φτωχότερων φορολογουμένων) έφθασε στο 74.95%.

Οι συζητήσεις για την κοινωνική ασφάλιση πολλαπλασιάζονται στη χώρα. Κατά τη διάρκεια της Β Γενικής Συνέλευσης του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, στα 1936, η παρέμβαση του φυματιολόγου Δ. Χαροκόπου είναι χαρακτηριστική «*Δια την εξεύρεσιν των οικονομικών τούτων μέσων εις την χώραν ημών, όπου ο προϋπολογισμός του Κράτους δεν επαρκεί δια την κορήγησιν των αναγκαίων, μία μόνον δυνατή λύσις υπάρχει, ήτις, χωρίς να επιβαρύνη πολύ τας πτωχάς τάξεις, ήθελε συντελέσει ια μέγιστα διά την προφύλαξιν των από της φθοροποιού νόσου και την έγκαιρον θεραπείαν των πασχόντων εξ αυτής. Η λύσις αύτη, καθ' ημάς, εφ' όσον αι κοινωνικαί ασφαλίσεις δεν εφαρμόζονται και αγνοείται πότε θα εφαρμοσθώσιν, είναι η διά νόμου υποχρεωτική ατομική ασφάλισις των κατοίκων της χώρας κατά της φυματιάσεως*». Πράγματι, η Γενική Συνέλευση του Συλλόγου ενέκρινε στο ψήφισμά της την πρόταση του



Χαροκόπου και «ευχήθηκε εις την σεβαστήν Κυβέρνησιν υπέρ της ταχυτέρας δια νόμου θεσπίσεως της υποχρεωτικής ειδικής ασφαλίσεως των ψηφόφόρων κατά της φυματιάσεως δια 10 δραχ. μηνιαίως.»

Η κυβέρνηση Μεταξά θα ιδρύσει το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, πριν από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο.

Β.5.2. Η Ελληνική Αντιφθισική Εταιρεία

Η Ελληνική Αντιφθισική Εταιρεία ιδρύθηκε στην Αθήνα, το 1925, στα πρότυπα της αντίστοιχης Γαλλικής (56). Πρώτος πρόεδρος της υπήρξε ο μικροβιολόγος Π. Παμπούκης (εικ.53). Στις 11 Αυγούστου 1925, ο Παμπούκης παρουσίαζε στην αίθουσα της Ακαδημίας Αθηνών τους σκοπούς και το πρόγραμμα της Εταιρείας. Σύντομα, η Εταιρεία ίδρυσε τμήματα σε πολλές ελληνικές πόλεις και κωμοπόλεις, διοικούμενα από γιατρούς της κάθε περιοχής, οι οποίοι ανέλαβαν και την τοπική οργάνωση του αντιφυματικού αγώνα. Τα επαρχιακά αυτά τμήματα της Εταιρείας ανέλαβαν και την ευθύνη της διανομής και ανάρτησης σε πολυσύχναστους χώρους του Δεκάλογου της Εταιρείας, με «υγιεινά παραγγέλματα» για την πρόληψη της μετάδοσης της νόσου. Το εκλαϊκευμένο φυλλάδιο της Εταιρείας «Ο αγών κατά της φθίσεως» τυπώθηκε σε χιλιάδες αντίτυπα στο Εθνικό Τυπογραφείο, με την αρωγή του Υπουργείου Παιδείας, και διανεμήθηκε σε σχολεία, εκκλησίες και επίσημες, κατά τόπους αρχές. Σε αρκετές, μικρές επαρχιακές πόλεις ιδρύθηκαν απολύμαντικοί σταθμοί με συσκευές φορμόλης και ψεκαστήρες. Τέλος, η Εταιρεία οργάνωσε στην Αθήνα το πρώτο υπαίθριο, αντιφυματικό σχολείο, σε δασύλλιο, κοντά στην Σχολή Ευελπίδων, σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας (εικ. 54). Στο σχολείο αυτό, τα παιδιά που έπασχαν από «αναιμία και καχεξία» διδάσκονταν τα μαθήματά τους στο ύπαιθρο. Επικεφαλής των διδασκόντων ήταν η δεσποινίδα Αβραμοπούλου και τα παιδιά εξετάζονταν ιατρικά από τον καθηγητή Υγιεινής της Μαρασλείου Παιδαγωγικής Ακαδημίας Στεφάνου. Στα παιδιά προσφέρονταν πρωινό και μεσημβρινό



συσσίτιο. Τα εγκαίνια του υπαίθριου σχολείου έγιναν στις 28 Μαΐου του 1929.



Εικόνα 53

Ο γιατρός Π. Παμπούκης, ιδρυτής της Ελληνικής Αντιφυματικής Εταιρείας.

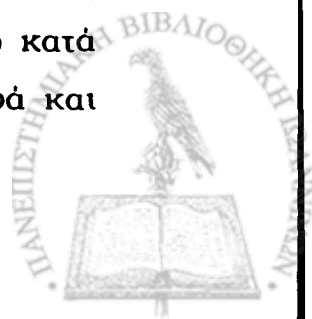


Εικόνα 54

Το πρώτο υπαίθριο αντιφυματικό σχολείο (Αθήνα, 1929).

Η πολυσχιδής δραστηριότητα της Αντιφθισικής Εταιρείας κορυφώθηκε με την ίδρυση Αντιφυματικών Ιατρείων ανά την ελληνική επικράτεια και δύο Διαγνωστικών Ινστιτούτων, το πρώτο στην Αθήνα και το δεύτερο στον Πειραιά. Το «Διαγνωστικό Ινστιτούτο Αθηνών» ιδρύθηκε στις 10 Μαρτίου 1926, με γενικό διευθυντή τον πρόεδρο της Εταιρείας Π. Παμπούκη. Τα παθολογικά τμήματα ανατέθηκαν στους Βεγκλίδη, Τσαμπούλα και Συμβουλίδη, το ακτινολογικό στον Θώμη και το χειρουργικό στον Αίσωπο. Αρχικά το Ινστιτούτο εγκαταστάθηκε σε οίκημα της οδού Γ Σεπτεμβρίου, ακολούθως δε σε ιδιόκτητο, τετραώροφο κτίριο, στην διεύθυνση Αναξαγόρα 11. Στην απολογιστική έκθεση του 1936, αναφέρονται σαν διευθυντές των παθολογικών του τμημάτων οι φυματιολόγοι Συμβουλίδης, Σκορδομβέκης, Βακαλούλης, Παπαϊωάννου και Παπαχρήστου, έχουν δε προστεθεί παιδιατρικό και οδοντιατρικό τμήμα.

Σύμφωνα με τις στατιστικές του ιδρύματος, κατά την πρώτη πενταετία της λειτουργίας του εξυπηρέτησε 8.550 άτομα, ενώ κατά την δεύτερη πενταετία, 9221 που εξετάζονταν για πρώτη φορά και 10.323 επανεξεταζόμενους ασθενείς.



Το «Διαγνωστικό Ινστιτούτο του Πειραιώς» ιδρύθηκε στις 11 Μαρτίου 1927, με πρώτο πρόεδρο του διοικητικού συμβουλίου τον Κ. Καλλιμασιώτη και αντικαταστάτη του τον διευθυντή του Αντιφυματικού Ιατρείου του Πειραιά, φυματιολόγο Ηλ. Παπατέστα. Το Αντιφυματικό Ιατρείο του Πειραιά στεγάσθηκε αρχικά σε οίκημα, στην λεωφόρο Σωκράτους 4 και, στη συνέχεια, σε ιδιόκτητο κτίριο, στη λεωφόρο Ντενί Κοσέν. Κατά την πρώτη πενταετία της λειτουργίας του, το ιατρείο εξέτασε 9.356 άτομα.

Στα Αντιφθισικά Ιατρεία της Ελληνικής Αντιφθισικής Εταιρείας περιλαμβάνονται ιατρεία στην Πάτρα, στο Αίγιο, στη Δράμα, στη Λαμία, στη Λάρισα και στο Μαρούσι Αθηνών. Στα ιατρεία αυτά γινόταν δωρεάν εξέταση των απόρων ασθενών.

Μεταξύ των οικονομικών πόρων της Εταιρείας αναφέρονται έσοδα από εράνους της Εκκλησίας της Ελλάδος, του υπουργείου Προνοίας (ετήσιος λαϊκός έρανος) και του υπουργείου Παιδείας (σχολικοί έρανοι που γίνονταν κατά την Ημέρα Αντιφυματικού Αγώνος). Επίσης, στα έσοδα της Εταιρείας συνεισέφεραν ειδικοί χοροί και εορτές, καθώς και εισφορές φιланθρώπων.



Γ. Ο Αντιφυματικός Αγώνας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια και μετά από τον Β Παγκόσμιο Πόλεμο



Γ.1. Ο ιστορικός περίγυρος

Η ένταση μεταξύ των ισχυρών ευρωπαϊκών εθνών οδήγησε στον καταστρεπτικότερο πόλεμο της σύγχρονης ιστορίας, στον οποίον η Ελλάδα κατέβαλε βαρύτατο φόρο αίματος. Προ της διαφαινόμενης απειλής, οι εσωτερικές πολιτικές έριδες παραμερίσθηκαν και η χώρα τάχθηκε στο πλευρό των συμμαχικών δυνάμεων και εναντίον των δυνάμεων του Άξονα. Παρά την σθεναρή άμυνα έναντι των Ιταλικών στρατευμάτων, η χώρα κατακτάται από τους Γερμανούς την άνοιξη του 1941. Τον Ιούνιο του 1941, η κατακτημένη Ελλάδα μοιράζεται μεταξύ Βουλγάρων, Ιταλών και Γερμανών, αν και ο ουσιαστικός έλεγχος ανήκε στους Γερμανούς. Οι βραχύβιες, διορισμένες κυβερνήσεις (υπό τον στρατηγό Τσολάκογλου, τον Ι. Ράλλη κ.ά.) δεν είναι δυνατό να αποσοβήσουν την αποστράγγιση του εθνικού πλούτου και την συσσώρευση κοινωνικών προβλημάτων στις πόλεις και στην επαρχία. Ο λιμός του 1941-1942, απόρροια της δέσμευσης των διαθέσιμων αγροτικών προϊόντων από τους Γερμανούς και του ναυτικού αποκλεισμού της χώρας από τους Βρετανούς, θερίζει περίπου 100.000 ανθρώπους.

Η άμεση μεταπολεμική περίοδος βρίσκει την κοινωνία και τους πολιτικούς της ταγούς διχασμένους. Ξεσπά ένας εμφύλιος πόλεμος που θα αποστραγγίσει περαιτέρω πόρους και κοινωνικές δυνάμεις, συντελώντας, στο μέτρο που του αναλογεί, στην κοινωνική και πολιτική καθυστέρηση στην προσπάθεια της χώρας να ακολουθήσει τον μεταπολεμικό ευρωπαϊκό βηματισμό.



Γ.2. Αθήνα

Ενώ κατά τα τέλη της δεκαετίας του '30 διαγράφεται μια οργανωμένη προσπάθεια του κράτους για την ενίσχυση του αντιφυματικού υγειονομικού ιστού, ο Πόλεμος και η Κατοχή επιβαρύνουν εκ νέου τις συνθήκες και προσθέτουν εκατόμβες βαρέως πασχόντων από φυματίωση. Στην ανακαινισμένη «Σωτηρία», η κατάσταση ξαναγίνεται απελπιστική. Η ετήσια θνητότητα στο νοσοκομείο αυξήθηκε μέχρι το 42.9%, κατά το 1942 (57). Το φαγητό και ο ιματισμός εξέλιπαν. Οι διαμαρτυρίες και η αναρχία επέστρεψαν. Επιπλέον, δημιουργήθηκαν, μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, ομαδικοί τάφοι για τον ενταφιασμό των δεκάδων απόρων νεκρών (12).

Κατά τη διάρκεια των πολεμικών επιχειρήσεων του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου, η φυματίωση δεν φαίνεται ότι προκάλεσε ιδιαίτερο πρόβλημα στον ελληνικό στρατό. Σύμφωνα με αναφορές των υγειονομικών αξιωματούχων της εποχής, το ποσοστό των φυματιώντων στο στράτευμα δεν υπερέβαινε αυτό του γενικού πληθυσμού (59). Η ίδια εικόνα περιγράφεται και στο Μέτωπο της Μέσης Ανατολής. Τα νεοϊδρυθέντα νοσοκομεία δεν φαίνεται ότι αντιμετώπισαν περιστατικά φυματίωσης ανάμεσα στους στρατευμένους.

Τα πολιτικά πάθη και οι αντιπαραθέσεις της εποχής παρεισφρύνουν στην εσωτερική ζωή του νοσοκομείου και θα το μετατρέψουν στα χρόνια του εμφυλίου σε θέατρο συγκρούσεων και συνομωσιών. Από τον Ιανουάριο 1943 νοσηλεύονταν στον νεόδμητο «Οίκο Αδελφών» (κτίριο που ανήκει σήμερα στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο) 250 περίπου ανάπηροι πολέμου, γεγονός που εξέτρεπε την λειτουργία του ιδρύματος και δημιούργησε μια εκρηκτική αντιπαράθεση μεταξύ αυτών και των φυματικών. Η διοίκηση της εποχής, υπό τον αντικαταστάτη του Μ. Γερουλάνου, Κ. Περάκη υπέβαλε την παραίτησή της στα 1943 και παραιτήθηκε οριστικά στα 1944.



Τον Δεκέμβριο του 1944, οι εμφύλιες συγκρούσεις που λαμβάνουν χώρα στην πρωτεύουσα, επεκτείνονται και στη «Σωτηρία», όπου έχουν ήδη εγκατασταθεί Τάγματα Ασφαλείας και έχουν συλληφθεί και εκτελεσθεί ασθενείς και μέλη του προσωπικού. Οι συγκρούσεις αφήνουν πίσω τους πολλούς νεκρούς ασθενείς και τραυματίζουν τα κτίρια. Σε μια δραματική συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου, τον Ιανουάριο του 1945, ανακοινώνεται επισήμως ότι ο Πρόεδρος του νοσοκομείου, αντικαταστάτης της κ. Περάκη, αντιναύαρχος Γ. Μπουρμπούλης, «..συλληφθείς εξετελέσθη υπό των στασιαστών» (60).

Παρά τις δραματικές συνθήκες λειτουργίας του, το ίδρυμα καλείται εκ νέου να σηκώσει το βάρος της αύξησης της νοσηρότητας από φυματίωση στην Αθήνα, κατά την δεκαετία του '40. Το Δεκέμβριο του 1948, το Υπουργείο Υγιεινής αποφάσισε την περαιτέρω αύξηση του αριθμού των νοσηλευομένων στη «Σωτηρία» από 2.070 σε 2.170 «λόγω επειγούσης ανάγκης εισαγωγής σφραπιωτών παθόντων εν υπηρεσία κατά τον τρέχοντα πόλεμον» (12). Ο αριθμός αυτός αποτελεί και τον μεγαλύτερο που έφθασε ποτέ η επίσημη, νοσηλευτική δύναμη του νοσοκομείου. Από τις αρχές της δεκαετίας του '50, ο επίσημος αριθμός των νοσηλευομένων μειώνεται σε 2.000, ενώ καταργήθηκαν δύο παλαιά κτίρια, το «Μελά» και το «Τριανταφυλλάκι». Ωστόσο, η μείωση αυτή δεν ήταν πραγματική. Ο αριθμός των ασθενών του νοσοκομείου ξεπερνούσε τους 2.200, ενώ οι λίστες αναμονής ήσαν μακρές και παραβιάζονταν συστηματικά από αναρίθμητες παρεμβάσεις μεσαζόντων.

Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζονται οι ετήσιοι δείκτες θνητότητας από φυματίωση στη «Σωτηρία» κατά το διάστημα 1940-1951 (58, 12).

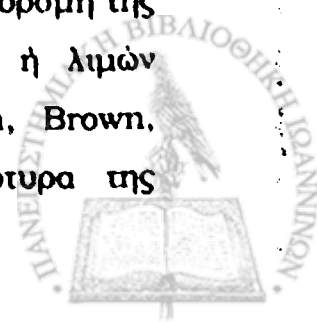


ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Οι δείκτες ετήσιας θνητότητας από φυματίωση στη Σωτηρία για το χρονικό διάστημα 1940-1951.

Έτος	Νοσηλευθέντες	Θάνατοι	Θνητότητα %
1940	3.939	1.097	27.80
1941	4.012	1.277	31.80
1942	5.058	2.171	42.90
1943	4.043	1.329	32.80
1944	4.392	1.155	26.20
1945	4.913	937	19.07
1946	4.083	902	22.09
1947	4.103	943	22.90
1948	4.327	910	21.03
1949	4.072	538	13.20
1950	4.199	465	11.07
1951	4.427	568	12.80
Μετά το 1951			5-7

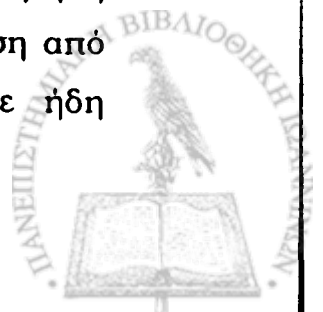
Χαρακτηριστική για τις συνθήκες που επικρατούσαν στη «Σωτηρία», αλλά και σε ολόκληρη την ελληνική κοινωνία, κατά τα σκληρά πρώτα έτη της δεκαετίας του 1940 είναι και η διατριβή του διευθυντού μιας από τις κλινικές του ιδρύματος και μετέπειτα υφηγητή Π. Χόρτη. Η διατριβή τιτλοφορείται «Νόσος της Πείνης και Φυματίωσης» (61). Αποτελεί αφ' ενός μεν έναν μακρινό επίλογο της θεωρίας της υγιεινοδιαιτητικής αντιμετώπισης της φυματίωσης που απασχόλησε περισσότερο από έναν αιώνα τους ευρωπαίους φυματιολόγους, ορισμένοι από τους οποίους δημοσίευσαν ιδιαίτερες παρατηρήσεις σχετικά με την επίπτωση της πείνας στην διαδρομή της φυματίωσης, κατά τη διάρκεια πολέμων, αιχμαλωσίας ή λιμών (Pringle, Erisman, Greif, McCay, Wheeler, Mannhelm, Brown, Rumpel, Quittner κ.ά.), αφ' ετέρου δε αψευδή μάρτυρα της



δραματικής κατάστασης που αντιμετώπισε η «Σωτηρία» κατά την περίοδο της γερμανικής Κατοχής. Στην εργασία του, ο Χόρτης περιγράφει περιπτώσεις φυματικών ασθενών με οξύ πνευμονικό οίδημα, ακατάσχετες αιμοπτύσεις, αιματογενούς διασποράς της φυματίωσης, μυοκαρδιακά φυμάτια, γενικευμένα οιδήματα, διόγκωση παρωτίδων, πολυουρία και αλλεπάλληλες λοιμώξεις, λόγω μείωσης της ανοσολογικής επάρκειας των βαρέως πασχόντων. Τέλος, επιχειρεί μέσω των μετρήσεων της λευκωματίνης, της σφαιρίνης και των ολικών λευκωμάτων του ορού των πασχόντων να συσχετίσει τις διαταραχές του λευκωμάτων με την πτώση της ανοσολογικής απάντησης. Η μελέτη ολοκληρώνεται με νεκροτομικές και παθολογοανατομικές παρατηρήσεις, όπου αναφέρεται ότι το οίδημα δεν περιορίζεται μόνο στο δέρμα και στον υποδόριο ιστό, αλλά επεκτείνεται στο παρέγχυμα των σπλάχνων και στους ενδοκρινείς αδένες.

Η δεκαετία του '40 δεν ήταν μόνο δεκαετία οπισθοδρόμησης για τη «Σωτηρία». Δύο θετικές για το ίδρυμα εξελίξεις σημειώθηκαν στη διάρκεια αυτής της περιόδου : η ίδρυση Πανεπιστημιακής Φυματιολογικής Κλινικής και η ίδρυση της Σχολής Βοηθών Νοσοκόμων «Σοφία Σλήμαν».

Μια δεκαπενταετία μετά την έναρξη της επίσημης εκπαίδευσης των ελλήνων φυματιολόγων, στο «Φυματιολογικό Κέντρο» της «Σωτηρίας» από τον Ι. Βαλιτή, το Πανεπιστήμιο Αθηνών ιδρύει Πανεπιστημιακή Κλινική Φυματιολογίας στο χώρο του νοσοκομείου, με πρώτο τακτικό καθηγητή τον μέχρι τότε διευθυντή της 12^{ης} Κλινικής του νοσοκομείου Ν. Οικονομόπουλο (62). Τον Μάιο του 1945 άρχισαν οι παραδόσεις του μαθήματος της Φυματιολογίας στους πεμπτοετείς φοιτητές της ιατρικής στο αμφιθέατρο του «Οίκου Αδελφών». Η ίδρυση ανεξάρτητης έδρας Φυματιολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών σηματοδοτεί την καθυστερημένη αυτονόμηση της έρευνας και διδασκαλίας που σχετίζονταν με τη φυματίωση από την ευρύτερη περιοχή της Παθολογίας, γεγονός που είχε ήδη



συντελεσθεί στα ευρωπαϊκά πανεπιστήμια μερικές δεκαετίες νωρίτερα.

Η συσσωρευμένη ιατρική εμπειρία για την αντιμετώπιση της φυματίωσης στη «Σωτηρία» δεν συνοδευόταν από αντίστοιχη νοσηλευτική. Χαρακτηριστικά, ο διευθυντής της Θωρακοχειρουργικής Κλινικής του νοσοκομείου Ν. Τσούτης αναφέρεται, στον πρόλογο του βιβλίου του «Ο εξωπλεύριος πνευμοθώρακας», στην «... αμάθεια μεγάλου μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού, δεδομένου ότι εν τη Σωτηρία δεν είναι απαραίτητον η αναλαμβάνουσα υπηρεσίαν αδελφής ούτε καν να εισήλθε ποτέ εις Νοσοκομείον. Αναφέρομεν το κωμικοτραγικόν επεισόδιον αδελφής ήτις δια κυπέλλου μόλις χρησιμοποιηθέντος υπό πάσχοντος εσυνήθιζε να λαμβάνη ύδωρ εκ του βραστήρος των προς παρακέντησιν εργαλείων, προς πλύσιν του ακαθάрту τούτου κυπέλλου. Εις την αποκάλυψιν της πράξεως αυτής μας ώθησαν ομαδικά κρούσματα μολύνσεων μετά πυρετικής κινήσεως 40° επί απυρέτων ασθενών, μετά κενωτικήν παρακέντησιν εξιδρώματος» (63).

Η σχολή βοηθών νοσοκόμων «Σοφία Σλήμαν» ιδρύθηκε στα 1949 (64). Εγκαταστάθηκε στον «Οίκο Αδελφών» και άνοιξε τις πύλες της στις πρώτες 70 σπουδάστριες, την 1^η Ιουλίου του ιδίου έτους (εικ. 55, 56). Πρώτη διευθύντρια της σχολής υπήρξε η ελβετίδα Ε. Nussbaum, σύνδεσμος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Το διδακτικό έργο ανέλαβαν γιατροί του ιδρύματος, η διευθύντρια της σχολής και η βοηθός της και άλλες διπλωματούχες αδελφές. Η σχολή αυτή μετονομάσθηκε στα 1957 σε «Μονοτάξια Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων» και στα 1980 μετατράπηκε σε μέση τεχνική επαγγελματική νοσηλευτική σχολή διεισδύσεως φοιτήσεως.





Εικόνα 55

*Οι σπουδάστριες του Οίκου Αδελφών της "Σωτηρίας",
με την χειρμερινή τους περιβολή (1959).*



Εικόνα 56

*Η τάξη του έτους 1956, μπροστά από τον Οίκο Αδελφών της "Σωτηρίας",
σημερινό Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών.*

Το νοσοκομείο Σισμανόγλειο κατασκευάσθηκε σε περιοχή του Αμαρουσίου, βορείως των Αθηνών, πριν από τον Πόλεμο (εικ. 57). Ο θεμέλιος λίθος τέθηκε στις 6 Δεκεμβρίου 1936 και τα εγκαίνια ορίσθηκαν για τον Νοέμβριο 1940. Η δραματική τροπή των γεγονότων μετέτρεψε το ίδρυμα σε βοηθητική νοσηλευτική μονάδα. Οι γερμανοί κατακτητές το χρησιμοποίησαν για λογαριασμό τους, απογυμνώνοντάς το από τον εξοπλισμό του, μετά την αποχώρησή τους. Το «Φυματιολογικόν Ινστιτούτον Ιωάννου Σισμάνογλου και του Οίκου Αυτού» ιδρύθηκε τελικά με τον αναγκαστικό νόμο 758/27-12-1945 (65). Χορηγός, ιδρυτής και πρώτος πρόεδρος του υπήρξε ο γιος του Ιωάννη, Κωνσταντίνος Σισμάνογλου, σημαντικός εθνικός ευεργέτης, από οικογένεια χρηματιστών της Κωνσταντινούπολης (εικ. 58).



Εικόνα 57

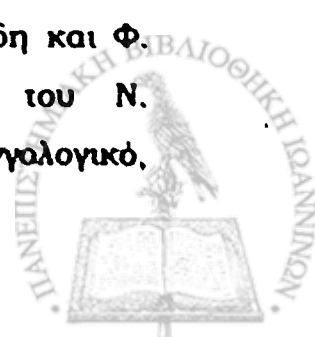
Το νοσοκομείο Σισμανόγλειο κατά την δεκαετία του '40.



Εικόνα 58

*Ο Κωνσταντίνος Σισμάνογλου, ιδρυτής του νοσοκομείου Σισμανόγλειο
(φωτογραφία του 1946).*

Το Σισμανόγλειο ήρθε σαράντα χρόνια μετά την ίδρυση της «Σωτηρίας», νέο προϊόν της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, να ανακουφίσει τα χρόνια, δυσεπίλυτα προβλήματα της περίθαλψης των φυματικών στη χειμαζόμενη πρωτεύουσα. Το αρχικό οργανόγραμμα του νοσοκομείου περιλάμβανε τέσσερις Παθολογικές Κλινικές, υπό την διεύθυνση των Σ. Παπαεμμανουήλ (οι δύο), Δ. Συμβουλίδη και Φ. Κώνστα., Χειρουργικό Τμήμα, υπό την διεύθυνση του Ν. Γιαννόπουλου, αλλά και Νευροψυχιατρικό, Ωτορινολαρυγγολογικό,



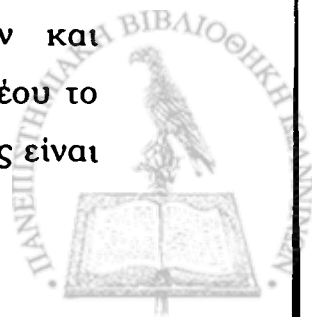
Δερματολογικό, Οδοντιατρικό και Ακτινολογικό Τμήμα. Διέθετε επίσης Μικροβιολογικό και Βιοχημικό εργαστήριο. Η οργάνωσή του συνέπεσε με τη νέα εποχή των νοσοκομείων-σανατορίων, όπου η φθίση έβρισκε μια αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση, κυρίως επεμβατική.

Ο άνθρωπος-κλειδί για την οργάνωση του Σισμανογλείου υπήρξε ο Γενικός Διευθυντής του, ο Ρόδιος γιατρός Σάββας Παπαεμμανουήλ. Ο Παπαεμμανουήλ εγγράφεται στην Ιατρική Σχολή στα 1915. Αργότερα, ειδικεύεται επί διετία στο Παρίσι, στην Φυματιολογία και Ακτινολογία, δίπλα στους μεγάλους επιστήμονες Bezancon, Salomon και Bisson. Εργάζεται στη «Σωτηρία», όπου συναντά τον Ιωάννη Βαλιτή. Θητεύει στο «Φυματιολογικό Κέντρο» της «Σωτηρίας» που διευθύνει ο καθηγητής Βαλιτής. Ο Βαλιτής, υποδεικνύει στον Σισμανόγλου τον Παπαεμμανουήλ. Η ενεργητικότητα και η οργανωτική ευφυΐα του Γενικού Διευθυντή θα καταστήσει γρήγορα το Σισμανόγλειο το δεύτερο φυματιολογικό κέντρο της Αθήνας, ένα νοσοκομείο αναφοράς για τα νοσήματα του αναπνευστικού, χαρακτήρα που διατηρεί μέχρι σήμερα.

Στην ευρύτερη περιοχή του Σισμανογλείου ιδρύονται και άλλα, ιδιωτικά санаторία : το санаторίο «Ζωοδόχος Πηγή» του Κ. Παπανικολάου, το санаторίο «Μελισσίων Πεντέλης» του Κ. Τσαγκάρη και το санаторίο «Η Πεντέλη» του Ιωάννη Παπαδημητρίου. Την ίδια εποχή, αρχές τις δεκαετίας του '50, στην Αθήνα διατηρούν φυματιολογικά ιατρεία 266 ιδιώτες φυματιολόγοι.

Γ.3. Επαρχία

Η δραματική εξέλιξη των γεγονότων της νεοελληνικής ιστορίας μετά την λήξη του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου σημάδεψε την κοινωνική ζωή των ελληνικών πόλεων, αλλά κυρίως της ελληνικής επαρχίας με τις τραυματικές εμπειρίες εμφυλίων μαχών και στρατοπέδων εξορίας. Στα στρατόπεδα αυτά εμφανίσθηκε εκ νέου το φάσμα του «λευκού θανάτου», της φυματίωσης. Χαρακτηριστικές είναι



οι περιγραφές του εξόριστου γιατρού Δημήτρη Νταλιάνη, από το Σανατόριο Εξορίστων της Ικαρίας, κατά το χρονικό διάστημα 1948-49 (66). Στο στρατόπεδο αυτό, όπως και σε κάθε ανάλογο χώρο εγκλεισμού, η φυματίωση εμφανίσθηκε με διπλό πρόσωπο : σαν μάστιγα που επιδείωνε την κατάσταση των ήδη νοσούντων και δημιουργούσε νέα θύματα και σαν ασπίδα προστασίας, κάτω απ' την οποία κατέφευγαν άνθρωποι με έντονη πολιτική δράση. Ο Νταλιάνης περιγράφει στις αναμνήσεις του πως κατάφερε να εισαγάγει στο κλειστό στρατόπεδο μηχανήμα τεχνητού πνευμοθώρακα, με ελάχιστα εργαλεία και υγειονομικό υλικό. Η περιγραφή του κορυφώνεται στην περίπτωση ασθενή με εμπύημα.

«Άρχισα λοιπόν να θεραπεύω το εμπύημα με μια μοναδική σύριγγα των 20 κυβ. εκατοστών, με μια βαλβίδα τριών κατευθύνσεων και με το ένα λάστιχο από τα ακουστικά μου. Έτσι απορροφούσα το πύον από το ημιθωράκιο. Ο άρρωστος άρχισε να βελτιώνεται. Μετά από τέσσερις-πέντε παρακεντήσεις, συνέβη κάτι φοβερό. Μας έσπασε αυτή η μοναδική σύριγγα των 20 κυβ. εκατοστών. Υπήρχαν δύο ακόμα σύριγγες των 2 κυβ. εκατοστών. Με αυτές δεν μπορούσε κανένας να συνεχίσει τη θεραπεία. Ο άρρωστος υπόφερε. Είχε 40 πυρετό, έβηχε και δεν μπορούσε ούτε να φάει, ούτε να κοιμηθεί. Έπρεπε να βρω κάποιο τρόπο να δημιουργήσω αρνητική πίεση για την απορρόφηση του πύου του εμπυήματος. Η κουβέντα έφτασε σ' αυτά κάποιου εξόριστου, που κατάφερε να με βοηθήσει και μ' ένα καλάμι που αυτός διάλεξε, έφτιαξε σύμφωνα με τις οδηγίες μου έναν αυτοσχέδιο σκλήνα αναρρόφησης που μας βοήθησε να αδειάσουμε το πύο από τον θώρακα του αρρώστου».

Στους παρακάτω πίνακες αναφέρονται τα Αντιφυματικά Κέντρα Εμβολιασμού του Ερυθρού Σταυρού και τα Αντιφυματικά Ιατρεία που λειτουργούσαν στην Ελλάδα, κατά το 1952.

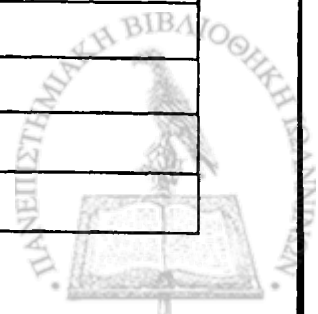


ΠΙΝΑΚΕΣ 8 και 9

Τα Αντιφυματικά Κέντρα Εμβολιασμού του Ερυθρού Σταυρού και τα Αντιφυματικά Ιατρεία που λειτουργούσαν στην Ελλάδα, κατά το 1952.

Αντιφυματικά Κέντρα Εμβολιασμού Ελ. Ερυθρού Σταυρού
Αθηνών
Χανίων
Θεσσαλονίκης
Βόλου
Πατρών

Κρατικά Αντιφυματικά Ιατρεία	Μη Κρατικά Αντιφυματικά Ιατρεία
Πειραιώς	Αντιφθισικής Εταιρίας Αθηνών
Θεσσαλονίκης	Αντιφθισικής Εταιρίας Πειραιώς
Βάθης	Πανελλ. Ένωσης κατά της Φυματώσεως
Βύρωνος	Ερευνητικό Ιατρείο Αθηνών
Περιστερίου	Ερευνητικό Ιατρείο Θεσσαλονίκης
Δραπετσώνας	Δημοτικό Βόλου
Αιγάλεω	Δημοτικό Αθηνών
Αμαρουσίου	Δημοτικό Αμαλιάδος
Χαλανδρίου	Δημοτικό Πύργου
Καλλιθέας	Δημοτικό Αγρινίου
Δημοτικ. Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης	Δημοτικό Λαρίσης
Αστικού Νοσοκομείου Κέρκυρας	
Δημοτικού Νοσοκομείου Βόλου	
Κρατικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης	
Σκυλιτσείου Νοσοκομείου Χίου	
Χαλανδρίου	Δημοτικό Πύργου
Καλλιθέας	Δημοτικό Αγρινίου
Δημοτ. Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης	Δημοτικό Λαρίσης
Αστικού Νοσοκομείου Κέρκυρας	
Δημοτικού Νοσοκομείου Βόλου	
Κρατικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης	
Σκυλιτσείου Νοσοκομείου Χίου	



Γ.4. Η θεραπευτική προσέγγιση της φυματίωσης μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο

Αν για τη φυματίωση η περίοδος πριν από τον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο υπήρξε η εποχή της αεροθεραπείας και της «υγιεινοδιαιτητικής αγωγής», η περίοδος του μεσοπολέμου υπήρξε η περίοδος της χειρουργικής θεραπείας και η περίοδος μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο υπήρξε η περίοδος της φαρμακευτικής αγωγής. Ασφαλώς, η αποτελεσματικότητα αυξάνονταν θεαματικά καθώς η μια περίοδος αντικαθιστούσε την προηγούμενη.

Η αντιφυματική χημειοθεραπεία γνώρισε πολλές φάσεις. Η καθεμία εμπνεόταν από τις κυριαρχούσες παθογενετικές θεωρίες για τη φθίση και τις επιστημονικές ανακαλύψεις του εργαστηρίου. Μετά από την χρυσοθεραπεία, τους ορούς και τα εμβόλια, η απόσταση μέχρι την ανακάλυψη ενός αποτελεσματικού αντιφυματικού αντιβιοτικού ήταν σπαρμένη με άφθονες, μικρές ανακαλύψεις. Ήδη από το 1888, ο Ρουμάνος Babes είχε ανακαλύψει ότι τα προϊόντα ορισμένα θετικών και αρνητικών κατά Gram βακτηριδίων επηρέαζαν την ανάπτυξη του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης. Ωστόσο, μόνο μετά το 1940, αποδείχθηκε ότι προϊόντα από ακτινομύκητες, ασπεργίλλους και τους μύκητες *mycotorula* είχαν βακτηριοστατικές ιδιότητες. Στο εργαστήριο του Selman Waksman, απομονώθηκαν τα αντιβιοτικά ακτινομυκίνη και στρεπτοθρυσίνη, που και τα δύο είχαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Η στρεπτομυκίνη είχε λιγότερες παρενέργειες και χορηγήθηκε για πρώτη φορά σε άνθρωπο στις 20 Νοεμβρίου 1944. Το αποτέλεσμα ήταν εντυπωσιακό και, έτσι, εγκαινιάσθηκε η νέα εποχή της αντιφυματικής χημειοθεραπείας που σύντομα έμελλε να αλλάξει οριστικά την πορεία της επιδημίας. Το 1946 είδε την ανακάλυψη του παρα-αμινο-σαλικυλικού οξέως (PAS) (εικ. 59). Ωστόσο, ήδη από τον Μάιο του 1947 έγινε φανερό ότι η στρεπτομυκίνη μπορεί να ευνοήσει την εμφάνιση ανθεκτικών στελεχών. Από τότε μέχρι σήμερα ο φόβος της ανάπτυξης ανθεκτικότητας συνοδεύει την αντιφυματική αγωγή.



Το 1948 συνχορηγήθηκαν η στρεπτομυκίνη και το PAS, ενώ το 1951 ανακαλύφθηκε το ισχυρότερο βακτηριοκτόνο φάρμακο, η ισονιαζίδη, που συνχορηγούμενη με το PAS εμφάνισε μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης ανθεκτικότητας από την στρεπτομυκίνη. Ακολούθησε η ανακάλυψη και η χρήση της πυραζιναμίδης (1954), της κυκλοσερίνης (1955), της αιθαμβουτόλης (1962) και της ριφαμπικίνης (1963). Προσφάτως, μια νέα ομάδα αντιφυματικών φαρμάκων προστέθηκε στα ήδη γνωστά και χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της ανθεκτικής φυματίωσης : κινολόνες, καπρεομυκίνη, βιομυκίνη, καναμυκίνη, εθιοναμίδη, αμικασίνη και άλλες (67).

Στις 15-4-1948 εγκαινιάσθηκε ο ομαδικός αντιφυματικός εμβολιασμός. Στην σχετική έκθεση του Υπουργείου Υγιεινής αναφέρεται ότι μέχρι τέλους Οκτωβρίου 1950 είχαν «δοκιμασθεί» με φυματίνη 1.296.284 άτομα και εμβολιάσθηκαν με το εμβόλιο BCG 923.262 άτομα (68).



PARA

AMINO

SALICYLATE

DE SODIUM

PRODUIT SOUS CACHET
REMBOURSABLE AUX ASSURÉS MALADES

GRANULÉ SUCRÉ
(atbms de call)

UNE CUILLIERE A CAFE CONTIENT 2 g 90 DE PRODUIT ACTIF

DISSOUDRE LE GRANULÉ, AU MOMENT DE
L'EMPLOI, DANS UN DEMI-VERRE D'EAU FROIDE

Pour la préparation extemporanée de solutions injectables :
AMPOULES CONTENANT 1 g DE P. A. S. ISOOSMOL (BOITES DE 10)
AMPOULES CONTENANT 5 g DE P. A. S. ISOOSMOL (BOITES DE 10)

SOCIÉTÉ PARISIENNE
DE PRÉPARATION CHIMIQUE

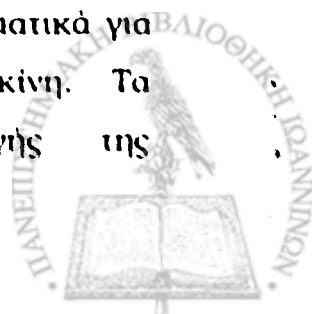
PARIS

INFORMATION MÉDICALE
28, Avenue de la République, PARIS 12
Tél. : 48.10.10

Εικόνα 59

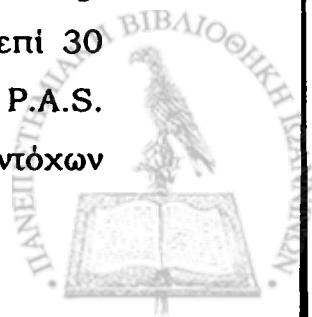
Διαφήμιση του PAS, από γαλλικό ιατρικό περιοδικό της δεκαετίας του '50.

Τον Φεβρουάριο του 1948, μετά από απόφαση του Υπουργείου Υγιεινής, εγκαθίστανται στη "Σωτηρία" δύο κέντρα για την νοσηλεία των πασχόντων από φυματιώδη μηνιγγίτιδα και κεγκροειδή φυματίωση, στην Πανεπιστημιακή κλινική που διευθύνει ο καθηγητής κος Οικονομόπουλος και στο Φυματιολογικό Κέντρο που διευθύνει ο Ι. Βαλιής. Στα κέντρα αυτά χορηγείται συστηματικά για πρώτη φορά στην Ελλάδα θεραπεία με στρεπτομυκίνη. Τα αποιελέσματα από τον πρώτο χρόνο εφαρμογής της



στρεπτομυκινοθεραπείας δημοσιεύονται στο περιοδικό "Σωτηρία", στα 1949 (69). Το φάρμακο χορηγείται από το Υγειονομικό Κέντρο, μετά από έγκριση της Επιτροπής Στρεπτομυκίνης για κάθε συγκεκριμένο περιστατικό. Η δοσολογία του φαρμάκου εξατομικεύεται. Πάντως κυμαίνεται μεταξύ 1-2 γραμμαρίων ημερησίως, χορηγούμενη ενδομυϊκά σε 6 δόσεις, ανά τρίωρο. Σε ασθενείς με φυματιώδη μηνιγγίτιδα, η ενδοραχιαία έγχυση γίνεται 10-15 ημέρες τουλάχιστον μετά την έναρξη της ενδομυϊκής χορήγησης. Τα συμπεράσματα της πρώτης αυτής οργανωμένης ελληνικής κλινικής εμπειρίας είναι τα εξής : στους ασθενείς με εξιδρωματικά στοιχεία και τοξικές, κλινικές εκδηλώσεις, η επίδραση της στρεπτομυκίνης είναι σαφώς ευνοϊκή. Στους ασθενείς με μηνιγγίτιδα, η ενδομυϊκή χορήγηση του φαρμάκου δεν έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα, ενώ η προσθήκη ενδοραχιαίας έγχυσης βοήθησε ορισμένους ασθενείς να επιβιώσουν, χωρίς όμως να εμφανίζουν αρνητικές καλλιέργειες του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Οι γιατροί υπογραμμίζουν ότι είναι ανάγκη να χορηγηθεί η στρεπτομυκίνη σε ασθενείς που βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο φυματίωσης, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου. Τέλος, παρατηρούν ότι η φυματινοαντίδραση Mantoux δεν εξασθενεί στους ασθενείς υπό στρεπτομυκινοθεραπεία.

Την επόμενη χρονιά, στα 1950, ο καθηγητής Οικονομόπουλος συντάσσει δύο εκθέσεις προς το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο του Ι.Κ.Α. (την 10^η και την 31^η Αυγούστου) όπου συμπυκνώνει την ελληνική και την διεθνή εμπειρία στην χρήση τόσο της στρεπτομυκίνης, όσο και του P.A.S. (παρα-αμινοσαλικυλικό οξύ) (70). Στο κείμενο που αφορά την στρεπτομυκίνη, ο συγγραφέας του τονίζει την αναχαίτιση του πολλαπλασιασμού των βακίλλων και την εξουδετέρωση των τοξινών τους από το φάρμακο, ενώ παραμένει σκεπτικιστής για την αποτελεσματικότητά του σε περιπτώσεις δευτεροπαθούς μηνιγγίτιδος ή κεχροειδούς φυματίωσης. Προσδιορίζει την βέλτιστη δόση στο 1 γραμμάριο ημερησίως επί 30 έως 120 ημέρες. Τέλος, αναφέρει ότι η συγχορήγηση του P.A.S. μειώνει κατά 50% τον κίνδυνο εμφάνισης στρεπτομυκιναντόχων



βακίλλων. Όσον αφορά το P.A.S., αναφέρεται ότι ενώ το φάρμακο διαθέτει μικρότερη αντιφυματική δράση από την στρεπτομυκίνη, έχει αποδείξει την ευεργετική του επίδραση σε περιστατικά πυωδών, φυματιωδών εξιδρωμάτων, σπηλαιοστομίας ή παροχέτευσης σπηλαιοίων κατά Monaldi, φυματίωσης βρόγχων, λεμφαδένων, οστών και αρθρώσεων. Η συνιστώμενη δοσολογία είναι 6-14 γραμμάρια P.A.S. καθ' όλη τη διάρκεια της στρεπτομυκινοθεραπείας και η συνέχισή της επί 2-3 μήνες μετά τη διακοπή της στρεπτομυκίνης. Για τον περιορισμό των δυσμενών επιδράσεων του φαρμάκου στο πεπτικό, συνιστάται η χορήγηση του φαρμάκου σε μορφή σκόνης ή διαλύματος.

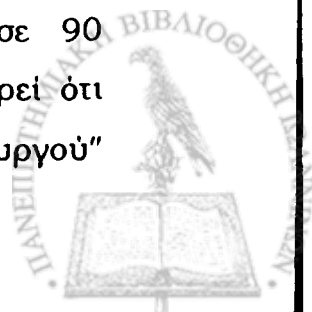
Ο επόμενος χρόνος είναι ο χρόνος εισαγωγής των θειοσεμικαρβαζονών και των παραγώγων του ισονικοτινικού οξέος στην αντιφυματική θεραπευτική. Ο καθηγητής της Πειραματικής Παθολογίας του Πανεπιστημίου του Munster Gerhard Domagk που ανακάλυψε με τους συνεργάτες του την πρώτη σουλφοναμίδα, το Prontosil, ομιλεί σε δημόσια συνεδρία της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών περί της "χημειοθεραπείας της φυματίωσης δια θειοσεμικαρβαζονών" (71). Στην ομιλία του ανακεφαλαιώνονται όσα είναι ήδη γνωστά για τις τρεις πρώτες ομάδες των αντιφυματικών φαρμάκων (στρεπτομυκίνη, παρα-αμινοσαλικυλικό οξύ και θειοσεμικαρβαζόνες). Τονίζεται ότι καμμία από τις ομάδες αυτές δεν συνιστά φάρμακο ικανό να εκριζώσει τους βακίλλους της φυματίωσης, ανεξαρτήτως του χρόνου χορήγησης και της δόσης. Οι θειοσεμικαρβαζόνες προήλθαν από εξέλιξη στην έρευνα των σουλφαμιδών, η οποία είχε αρχίσει από την δεκαετία του 1930, στο εργαστήριο του Domagk. Το πρώτο σκεύασμα θειοσεμικαρβαζόνης, το Conteben, εμφανίζει σημαντικά μεγαλύτερη βακτηριοστατική δράση έναντι του βακίλλου του Koch σε σύγκριση με την στρεπτομυκίνη και το P.A.S. Το φάρμακο αυτό εγκαταλείφθηκε σύντομα, λόγω του χαμηλού θεραπευτικού δείκτη του.

Η έρευνα για την απομόνωση παραγώγων των θειοσεμικαρβαζονών (T.B.I.), απαλλαγμένου από την τοξικότητά τους,



οδήγησε στην προσθήκη ισονικοτινικού οξέος και στην παραγωγή μιας ουσίας με σημαντικά υψηλότερο θεραπευτικό δείκτη από τις T.B.I., το υδραζίδιο του ισονικοτινικού οξέος. Αν και παρασκευάσθηκε συνθετικά ήδη από το 1912, στην Πράγα, από δύο Αυστριακούς χημικούς, τους Meyer και Mally, δοκιμάσθηκε όμως ως αντιφυματικό φάρμακο από την ομάδα του καθηγητή Domagk (Amithiozone). Εργαζόμενες ανεξάρτητα για την βελτίωση του φαρμάκου, δύο αμερικανικές φαρμακευτικές εταιρείες, η Hoffmann-LaRoche και η Squibb, παρασκεύασαν σειρά υδραζινικών παραγώγων του ισονικοτινικού οξέος, στα οποία η μεν LaRoche έδωσε το όνομα Rimifon, η δε Squibb έδωσε το όνομα Nidrazid. Επιπλέον, η LaRoche παρασκεύασε και ένα ισοπροπυλικό ανάλογο, με το όνομα Marsilid. Οι πρώτες κλινικές μελέτες χρήσης αυτών των ουσιών στην αντιφυματική θεραπευτική έγιναν για το μεν Rimifon στο Sea View Hospital της Νέας Υόρκης, για το δε Nidrazid στο New York Hospital-Cornell Medical Center. Όταν έγινε αντιληπτή η παράλληλη διαδρομή των δύο μελετών και εμφανίσθηκαν τα πρώτα ενθαρρυντικά αποτελέσματα, οργανώθηκε στις 8 Ιανουαρίου του 1952 σύσκεψη στην Νέα Υόρκη, όπου μετείχαν αντιπρόσωποι των δύο εταιρειών, των ερευνητικών ομάδων και ο διευθυντής των κλινικών ερευνών της Εθνικής Φυματιολογικής Εταιρείας των ΗΠΑ, Dr Long. Παρά την συμφωνία περί σύγχρονης δημοσίευσης των πρώτων αποτελεσμάτων στις εκδόσεις του Απριλίου τριών εγκρίτων φυματιολογικών περιοδικών, οι πρωϊνές εφημερίδες της Νέας Υόρκης, της 21^{ης} Φεβρουαρίου 1952 δημοσίευσαν την είδηση περί ανακαλύψεως θαυματουργού αντιφυματικού φαρμάκου (mystery drug).

Στις 1 Απριλίου 1952, το Ελληνικό Υπουργείο Υγιεινής εγκρίνει την δωρεάν χορήγηση σε συγκεκριμένους ασθενείς της διανικοτύλης, ενός υδραζιδίου του ισονικοτινικού οξέος με αντιφυματική δράση. Τον ίδιο χρόνο, δημοσιεύονται τα πρώτα αποτελέσματα από μελέτη χορήγησης της διανικοτύλης σε 90 ασθενείς με πνευμονική φυματίωση (72). Ο συγγραφέας θεωρεί ότι πρέπει να μειωθεί η υπερβολική προσδοκία περί "θαυματουργού"



φαρμάκου κατά της φυματίωσης. Σχεδόν ταυτόχρονα, δημοσιεύονται τα αποτελέσματα από την χορήγηση του φαρμάκου σε 100 περιστατικά από την κλινική της Σωτηρίας που διήυθη ο υφηγητής Π. Χόρτης (εικ. 60) (73). Στη "Σωτηρία" χορηγήθηκε για πρώτη φορά δωρεάν σε 4 ασθενείς από τις 31 Μαρτίου 1952. Αργότερα, στον κατάλογο των ασθενών αυτών προστέθηκαν άλλοι 100, οι οποίοι προμηθεύθηκαν το φάρμακο με δικά τους έξοδα. Στα συμπεράσματά τους, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι το φάρμακο θα αποτελέσει σταθμό προόδου για την θεραπεία της χρόνιας πνευμονικής φυματίωσης. Η συγχορήγηση του με την στρεπτομυκίνη εμφανίζει καλύτερα αποτελέσματα.



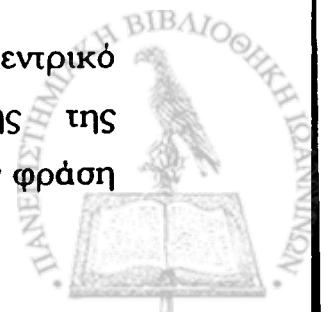
Εικόνα 60

Ο Π. Χόρτης με το ιατρικό επιτελείο του, μπροστά στο Αμπέτειο (1946).

Τα επόμενα χρόνια, η ελληνική βιβλιογραφία βρήκει αναφορών στα παράγωγα του ισονικοτινικού οξέος και στις αντιφυματικές τους δράσεις. Χαρακτηριστική του σκεπτικισμού της εποχής σχετικά με την αποτελεσματικότητα των αντιφυματικών φαρμάκων είναι η θέση που εκφράζει ο φυματιολόγος Κ. Σταυρόπουλος στις σελίδες του περιοδικού "Σωτηρία" : "Δεν έχει και

συζητηθεί αν η βασική θεραπεία της φυματώσεως και ειδικώς η αναπauσιοθεραπεία και αι μέχρι σήμερον γνωσταί χειρουργικαί θεραπείαι δύνανται να τροποποιηθώσιν εφ' όσον εφαρμόζεται θεραπεία δι' INO. Προς το παρόν, ουδείς υπάρχει, καθ' ημάς, λόγος να πιστεύωμεν όπι αι βασικαί περί της θεραπείας της φυματώσεως αντιλήψεις θα τροποποιηθούν καθ' οιονδήποτε τρόπον εφ' όσον χορηγείται INO' (74). Ο ίδιος ανακεφαλαιώνει τα γνωστά έως τότε στοιχεία για το φάρμακο : "1) χορηγείται δια του στόματος, 2) είναι προσιτόν εις το βαλάντιον του ασθενούς, 3) η παρασκευή του είναι πανεύκολος, 4) δεν υπάρχει δικαιούχος προνομίου ευρεσιτεχνίας και ως εκ τούτου δύναται να παρασκευασθεί υφ' οιασδήποτε φαρμακευτικής εταιρείας, 5) παρουσιάζει μεγάλην βακτηριοστατικήν δύναμιν in vitro και δια χαμηλών δόσεων, 6) έχει την αυτήν ανασταλτικήν επί των στρεπτομυκιναντόχων ως και επί των φυσιολογικών φυλών βακίλλου επίδρασιν, 7) φυλαί ισονικοτιναντόχων βακίλλων επιτευχθείσαι in vitro παρουσιάζουν την συνήθη ευαισθησίαν έναντι των άλλων αντιφυματικών φαρμάκων (στρεπτομυκίνης, P.A.S., θειοσεμικαρβαζόνες κ.λ.), ως πειράματα εις το Ινστιτούτο Pasteur απέδειξαν. " Τέλος, λίγες γραμμές πριν από τον επίλογο της ανασκόπησης του Σταυρόπουλου αναφέρεται : "Ευτυχώς, τοιαύται προσπάθειες δεν έπαυσαν και ούτω εις το τελευταίον τεύχος της Αμερικανικής Επιθεωρήσεως Φυματίωσεως, το ληφθέν προ 4ημέρου, ανεγνώσαμεν ότι εις τα εργαστήρια του Lederle συνετέθη υπό του Kushner και των συνεργατών του η Pyrazinamide (Aldinamide), η οποία εδοκιμάσθη υπό ομάδος ερευνητών επί 43 ασθενών και απεδείχθη ότι κέκτηται αντιφυματικήν ενέργειαν με άμεσον κλινικήν ανταπόκρισιν ταχυτέραν της επί στρεπτομυκίνης ή P.A.S., και ότι η δράσις της είναι η αυτή και επί στρεπτομυκιναντόχων βακίλλων. Ατυχώς όμως και το φάρμακον τούτο παρουσιάζει το μειονέκτημα της αναδείξεως αντιστάσεως των βακίλλων".

Στο ετήσιο μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο, στο κεντρικό αμφιθέατρο του Πανεπιστημίου Αθηνών, ο καθηγητής της Φυματιολογίας Οικονομόπουλος αρχίζει το μάθημά του με την φράση



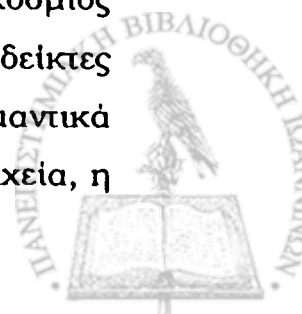
"Η φυματίωσις είναι θεραπεύσιμος" (75). Βεβαίως, σπεύδει να διευκρινίσει ότι "η επιτυγχανόμενη εις την φυματίωσιν θεραπεία είναι κλινική... ουχί επανόρθωσις αλλ' επιδιόρθωσις μεθ' υπολειμμάτων επουλωτικών, ως η ανάπτυξις ινώδους ιστού ή αποσιτανώσεως. Ωσαύτως, εν τη κλινική θεραπεία της φυματώσεως δεν επιτυγχάνεται αποστείρωσις του οργανισμού εκ του μολύσματος. Τούτο δύναται να παραμείνη εν ζωτικότητι είτε εις την εγκυστωθείσαν, επουλωθείσαν πνευμονικήν εστίαν, είτε εις τους λεμφαδένας". Απαριθμώντας τις θεραπευτικές μεθόδους κατά της φυματίωσης, ο Οικονομόπουλος προτάσσει ακόμη την υγειοδιαιτητική νοσηλεία στο Σανατόριο. Τα φάρμακα δεν άλλαξαν την θεραπευτική προσέγγιση της φθίσης σε λίγους μήνες. Χρειάστηκαν έτη μελετών και συζητήσεων, ώστε να συντελεστεί μια βραδεία και ριζική μεταβολή των ιατρικών ηθών.

Στην ανασκόπησή του επί των αντιφυματικών φαρμάκων που δημοσιεύεται στα 1953, ο Π. Χόρτης αναφέρεται με βεβαιότητα τόσο στην θεραπευτική, όσο και στην τοξική δράση των αντιφυματικών φαρμάκων (76). Η τοξική δράση της στρεπτομυκίνης στο ακουστικό και στο οπτικό νεύρο, η ηπατοκυτταρική δυσλειτουργία σε ασθενείς υπό διανικοτύλη, η εισαγωγή της μέτρησης της ευαισθησίας στα αντιφυματικά φάρμακα και το πρόβλημα της ανάπτυξης αντοχής στα διάφορα αντιφυματικά εξετάζονται με ενάργεια και με την εμπειρία από την μακρόχρονη πλέον κλινική εφαρμογή. Ο ίδιος συγγραφέας θέτει εν αμφιβόλω την θεραπευτική αποτελεσματικότητα της ενδορραχιαίας έγχυσης στρεπτομυκίνης σε ασθενείς με φυματιώδη μηνιγγίτιδα (λόγω ερεθισμού των μηνίγγων), σε άρθρο του 1955 και εισηγείται την κατάργησή της και την αντικατάστασή της από συστηματική, συνδυαστική, αντιφυματική αγωγή (77). Προτείνονται οι κανόνες της ορθής χρήσης των αντιφυματικών φαρμάκων : "1) ουδέποτε να χορηγούνται μόνα, αλλά εν συνδυασμῷ, 2) μόλις φανούν τοξικά φαινόμενα να διακόπτεται η θεραπεία, 3) το πολύ ένα μήνα από της θεραπείας ν' αναζητητάι η ευαισθησία του βακίλλου προς τα διάφορα φάρμακα, 4) να ελέγχεται συνεχῶς η θεραπεία δια παρακολουθήσεως της θερμοκρασίας και

των σφίξεων, εξετάσεως των ούρων και του αίματος, ακτινοσκοπήσεων και, ανα δίμηνον ή τρίμηνον, ακτινογραφιών". Ωστόσο, για τις περιπτώσεις μη επαρκούς ανταπόκρισης στη θεραπεία ή σχηματισμού νέων κοιλοτήτων ενδείκνυται η άμεση προσφυγή στην συμπτωσιοθεραπεία, με εφαρμογή τεχνητού πνευμοθώρακα και η βοηθητική χρήση της φρενικοσύνθλιψης. Η "αναπαυτική αγωγή" περιορίζεται πλέον "εις εκείνους εις ους όλαι αι προαναφερθείσαι μέθοδοι έχουσιν αποτύχει", πάντοτε υπό αντιβιοτική αγωγή επί 5-6 μήνες. Η θωρακοπλαστική, η τμηματεκτομή, η λοβεκτομή, η πνευμονεκτομή και η αποφλοιώση απευθύνονται σε ασθενείς με σοβαρή, λειτουργική επιβάρυνση από τις πνευμονικές βλάβες της νόσου.

Στο περιθώριο των θεραπευτικών προσπαθειών για μια συστηματική αντιμετώπιση της φυματίωσης συντελούνται επίσης εξελίξεις που αφορούν την τοπική θεραπεία των φυματιωδών βλαβών. Ήδη, μετά το 1945 εφαρμόζεται και στην Ελλάδα η τραχειοβρογχοσκόπηση. Το 1954 και το 1957 δημοσιεύονται στο περιοδικό «Σωτηρία» τα αποτελέσματα της τοπικής εφαρμογής αντιφυματικών φαρμάκων στις φυματίωσεις βλάβες των αεραγωγών, μέσω βρογχοσκόπησης (78). Συγκεκριμένα, δημοσιεύονται τα ευεργετικά αποτελέσματα της έγχυσης μίγματος φαρμάκων μέσω του βρογχοσκοπίου (αδρεναλίνη σαν αγγειοσυσπαστικό, υαλουρονιδάση για την αύξηση της διαπερατότητας του κολλαγόνου, πανθενόλη για την ανάπλαση του βρογχικού επιθηλίου και διανικοτύλη σαν αντιφυματικό) σε 57 ασθενείς με φυματίωση αεραγωγών. Οι βρογχοσκοπικές συνεδρίες γίνονταν ανά 8ήμερο, μέχρι και 10 φορές στις βαρύτερες περιπτώσεις.

Ωστόσο, τόσο πριν αλλά κυρίως μετά την εισαγωγή των πρώτων αντιφυματικών φαρμάκων, η θνητότητα εκ φθίσεως αρχίζει να μειώνεται, τόσο διεθνώς, όσο και στην Ελλάδα. Ο Β Παγκόσμιος Πόλεμος επιδεινώνει σημαντικά, αλλά προσωρινά τους δείκτες θνητότητας (79). Στην Ελλάδα, η θνητότητα αυτή μειώνεται σημαντικά ήδη από την δεκαετία του 1930 : σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία, η



θνητότητα ήταν 162.2 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους στα 1930 και μειώθηκε στα 116.6 στα 1938 (idem). Χαρακτηριστικός είναι ο πίνακας της θνησιμότητας εκ φυματίωσης που παραθέτει ο Οικονομόπουλος για την περιοχή των Δήμων Αθηνών και Πειραιώς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Θνησιμότητα από φυματίωση για την περιοχή των Δήμων Αθηνών και Πειραιώς, για το χρονικό διάστημα 1939-1950

Έτη	Διακυμάνσεις των κοινωνικών συνθηκών	Θνησιμότης
1939	Πριν από την έναρξη του Πολέμου	2.368
1940	Οκτώβριος-Έναρξη του Πολέμου	2.529
1941	Πόλεμος και Κατοχή	3.318
1942	Κατοχή-Αποκλεισμός-Λιμός	5.013
1943	Έναρξη διευκολύνσεων με εισαγωγή τροφίμων	2.638
1944	Απελευθέρωση	2.126
1946	Αναδιοργάνωση-Εισαγωγή τροφίμων	1.687
1947	" "	1.605
1948	" "	1.619
1949	Εφαρμογή αντιβιοτικών	1.122
1950	" "	1.022

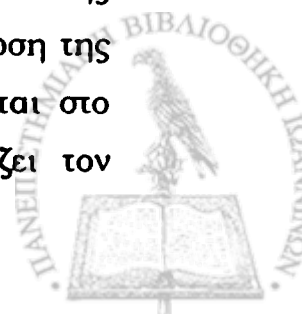
Ο Οικονομόπουλος σχολιάζει ότι "Η προσδευτική από του 1930 ελάττωσις της εκ φυματίωσης θνησιμότητος εις τας περισσότερας των Ευρωπαϊκών χωρών, και εν μικροτέρα αναλογία εις την ημετέραν, δέου ως προς μεν τα έτη 1930, 1940, 1946 να αποδοθώσιν εις τα υπό των Κρατών ληφθέντα γενικώτερα μέτρα προς ανύψωσιν του βιοτικού

επιπέδου των πληθυσμών των, καθώς και εις τα υπό εντονώτερον βαθμόν τεθέντα εν λειτουργία μέτρα του αντιφυματικού αγώνος προς ανίχνευσιν και έγκαιρον διάγνωσιν της φυματώσεως, προς απομόνωσιν και νοσηλείαν των νοσούντων, προς εφαρμογήν της ενεργητικής θεραπευτικής και των χειρουργικών επεμβάσεων εις ευρύτεραν κλίμακα. "

Η βελτίωση των βιοτικών συνθηκών, η έγκαιρη απομόνωση των πασχόντων και η εισαγωγή αποτελεσματικών φαρμάκων επηρέασαν δραστικά την θνητότητα εκ φθίσεως. Δεν συνέβει όμως το ίδιο και με την νοσηρότητα, εφόσον παρέμεινε μεγάλος ο αριθμός των "επί μακρόν εν βελτιώσει και επιβιώσει νοσούντων". Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της φυματώσεως και ο εντοπισμός και περιορισμός των πηγών μόλυνσεων παρέμειναν έκτοτε οι δύο κύριοι στόχοι του Αντιφυματικού Αγώνα. Στην εισήγησή του στο Πανελλήνιο Συνέδριο Υγιεινής, στις 8 Δεκεμβρίου 1954, ο Ν. Οικονομόπουλος συνοψίζει τα ενδεικνυόμενα μέτρα του Αντιφυματικού Αγώνα, την εποχή των αντιφυματικών φαρμάκων (80)

1. Διατήρηση και αύξηση των κλινών για νοσηλεία φυματικών
2. Μη έξοδος των νοσηλευομένων από τα σανατόρια, εφόσον εμφανίζουν βακιλλοφόρο απόχρεμψη
3. Αύξηση των Αντιφυματικών Ιατρείων και πληρέστερος εξοπλισμός τους
4. Αύξηση των Ιατρείων Ελέγχου του πληθυσμού με μικροφωτοακτινογράφηση
5. Εφαρμογή της δερμοφυματινοαντίδρασης σε ευρύτατη κλίμακα
6. Εφαρμογή του αντιφυματικού εμβολίου B.C.G
7. Εφαρμογή της χημειοπροφύλαξης με διανικοτύλη σε συγκεκριμένα περιστατικά

Χαρακτηριστικός της επίδρασης του συνδυασμού της χειρουργικής και της φαρμακευτικής προσέγγισης στην βελτίωση της πρόγνωσης της φυματώσεως είναι ο πίνακας που δημοσιεύεται στο περιοδικό «Σωτηρία», στα 1953. Ο πίνακας αυτός εμφανίζει τον



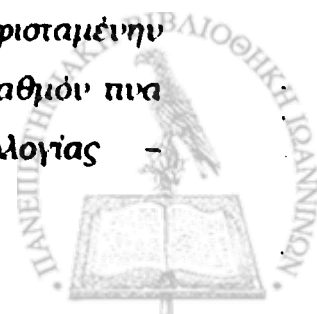
συντελεστή θνητότητας (ποσοστό των θανόντων επί των νοσηλευθέντων) σε τρεις χρονικές περιόδους του νοσοκομείου «Σωτηρία» που χαρακτηρίσθηκαν κυρίως από τις διαφορές στην θεραπευτική αντιμετώπιση των φυματικών ασθενών (81). Παρ' όλο που οι παραπάνω διαφορές δεν θα ήσαν ασφαλώς οι μόνες που αφορούσαν τους συγκρινόμενους πληθυσμούς, η σημαντική μείωση του συντελεστή θνητότητας θα έπρεπε να αποδοθεί κυρίως στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας που έλαβαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Πίνακας που εμφανίζει τους νοσηλευθέντες με φυματίωση, τον αριθμό των θανόντων και τον συντελεστή θνητότητας κατά τις περιόδους 1945-48 (περίοδος Α), 1949-1952 (περίοδος Β) και 1952-53.

Π ε ρ ί ο δ ο ι	Νοσηλευθέντες	Θανόντες	Συντελεστής θνητότητας
A = ΥΓΔ+Κολλαποθεραπεία	27.316	3.616	13.23%
B=ΥΓΔ+Κολλαποθ.+Στρεπτ.+PAS	21.530	1.753	8.14%
Γ= ΥΓΔ+Κολ.+Στρεπτ.+PAS+Διανικοτύλη	2.985	109	3.65%

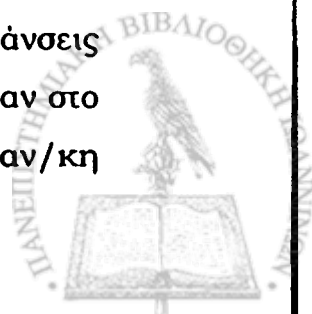
Η επίδραση των φαρμάκων, αλλά και των καλύτερων μεταπολεμικών βιοτικών συνθηκών, στην μείωση της εξάπλωσης της φυματίωσης ήταν τέτοιου βαθμού, ώστε σπανίζουν στην ελληνική βιβλιογραφία οι αναφορές στην φαρμακευτική θεραπεία της φυματίωσης, μετά το 1954. Επιπλέον, αναδύονται νέα θέματα που φέρνουν προ των θυρών την μετεξέλιξη της Φυματιολογίας σε Πνευμονολογία : το εμφύσημα, ο πνευμονικός καρκίνος, το άσθμα, η σαρκοείδωση. Χαρακτηριστικός είναι ο επίλογος ενός άρθρου του Γ. Τόγια, στο περιοδικό "Σωτηρία", που δημοσιεύεται στα 1957 : "Εν κατακλείδι ουδέν επιχείρημα διαγνώστικης, θεραπευτικής ή κοινωνικής φύσεως φαίνεται να δικαιολογεί την σημερινή παρ' ημίν υφισταμένη κατάσταση, η οποία, ως ήδη ελέχθη, χαρακτηρίζεται από βαθμίων πια διαστάσεως της Φυματιολογίας και της Πνευμονολογίας -



περιλαμβανούσης τα μη φυματιώδη νοσήματα του πνεύμονος – από τριπλής σκοπιάς : της διδασκαλίας, της εν τοις νοσοκομείοις νοσηλείας και της καθ' ημέραν πράξεως. Ενδείκνυται όπως η ήδη και παρ' ημίν διάχυτος συνείδησις της ανάγκης διευρύνσεως των ορίων της Φυματιολογίας, δια της ουσιαστικής συγχωρεύσεως αυτής μετά της Πνευμονολογίας, πραγματοποιηθεί το ταχύτερον" (82).

Η εξάπλωση της αντιφυματικής φαρμακευτικής αγωγής περιόρισε δραστικά την πρόοδο της επιδημίας της φυματίωσης, αφού θεράπευσε τους περισσότερους ασθενείς και κατέστησε μη μολυσματικούς τους ατελώς θεραπευμένους. Από τα μέσα της δεκαετίας του '60 παρατηρείται μείωση και σταδιακή εξαφάνιση των θωρακοχειρουργικών επεμβάσεων για αντιμετώπιση της πνευμονικής φυματίωσης. Συνολικά, η Φυματιολογία σμικρύνεται και αποτελεί πλέον μικρό τμήμα μιας ευρύτερης κλινικής ειδικότητας που ασχολείται με τις παθήσεις του αναπνευστικού, της Πνευμονολογίας.

Ωστόσο, η φυματίωση δεν εκριζώθηκε ούτε από την χώρα μας, ούτε και από χώρες με ελλιπείς υγειονομικές υποδομές. Η επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα, όπως αυτή προκύπτει από τα δελτία απογραφής των νέων περιπτώσεων που υποβάλλονται στο Υπουργείο Υγείας ήταν 20.3/100.000 κατοίκους το 1984, 7.5 το 1991, αλλά στη συνέχεια άρχισε πάλι να αυξάνεται σε 9 το 1996 και 10.8 το 1998, παρακολουθώντας την εισροή μεταναστών και την εξάπλωση της μόλυνσης από τον ιό της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας, δηλαδή τους δύο βασικούς παράγοντες που ευθύνονται για την σημερινή αναζωπύρωση της επιδημίας, παγκοσμίως (83). Χαρακτηριστικά είναι τα στοιχεία που προκύπτουν από την καταγραφή του Αντιφυματικού Αγώνα στην Ήπειρο. Συγκεκριμένα, ο δείκτης διαμόλυνσης για την φυματίωση (% ποσοστό των θετικών φυματινοαντιδράσεων) κατά την δεκαετία 1994-2003, μεταξύ μαθητών της πρώτης τάξης του Δημοτικού Σχολείου στον νομό Ιωαννίνων, ήταν 0.5% και παρουσίασε μικρές ετήσιες διακυμάνσεις (84). Για το πρόσφατο χρονικό διάστημα 1998-2002, εξετάσθηκαν στο νοσοκομείο Χατζηκώστα ή νοσηλεύθηκαν στην Παν/κη



Πνευμονολογική Κλινική 216 ενήλικες ασθενείς με πνευμονική ή/και υπεζωκοτική φυματίωση (85). Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν ελληνικής υπηκοότητας και άνω των 60 ετών. Εξ αυτών, 5 μόνον ασθενείς εμφάνισαν αναζωπύρωση παλαιάς νόσου.

Τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν ότι το πρόβλημα της φυματίωσης, αν και περιορισμένο πλέον, εξακολουθεί να αφορά τους Έλληνες και μάλιστα τους πλέον ηλικιωμένους.

Επίλογος

Η αντιμετώπιση της φυματίωσης από την ελληνική κοινωνία κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα προσφέρεται σαν παράδειγμα για την μελέτη της εξέλιξης τόσο των ιατρικών πρακτικών, όσο και των κοινωνικών συμπεριφορών. Η ελληνική ιατρική παρακολούθησε τις ευρωπαϊκές εξελίξεις από κάποια απόσταση. Λίγοι αρχικά, περισσότεροι στη συνέχεια οι έλληνες φυματιολόγοι έφερναν τα φώτα της διεθνούς βιβλιογραφίας στο ζοφερό σκοτάδι μιας υποτυπώδους και εσαεί ανατρεπόμενης διοίκησης. Όσο τα κοινωνικά δεδομένα εξομαλύνονταν, τόσο περισσότερο έφθαναν οι ιατρικές υπηρεσίες, δημόσιες και ιδιωτικές, στους δυστυχείς χρήστες τους.

Οι τρεις φάσεις του αντιφυματικού αγώνα (σανατόριο, χειρουργική και φαρμακευτική αγωγή) είχαν και στην Ελλάδα τους πρωτοπόρους τους και τους συνεχιστές τους. Με καθυστέρηση περίπου δεκαετίας και όχι χωρίς αντιδράσεις κάθε φορά, οι νέες ιδέες έφθαναν και στους έλληνες γιατρούς. Οι ασθενείς θα είχαν ασφαλώς κερδίσει πολλά περισσότερα αν η εθνική και κοινωνική ιστορία της χώρας μας επέτρεπε μια ομαλότερη πορεία.

Η ιστορία του ελληνικού αντιφυματικού αγώνα τερματίζεται με την είσοδο της στρεπτομυκίνης και των υπολοίπων αντιφυματικών φαρμάκων στην κλινική πράξη. Παρά την πρόσφατη αναζωπύρωση της φυματίωσης παγκοσμίως, αλλά και στην Ελλάδα, οι συνθήκες έχουν πλέον αλλάξει οριστικά και οι νέοι πάσχοντες αντιμετωπίζονται στα πλαίσια του σημερινού ιατρικού ελέγχου των λοιμώξεων.



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η φυματίωση αποτελούσε ενδημική μάστιγα καθ' όλη τη διάρκεια των πρώτων δεκαετιών του νεοελληνικού βίου. Οι πρώτες προσπάθειες για οργανωμένη αντιμετώπιση του κοινωνικού προβλήματος της φθίσης συμπίπτουν με την αυγή του 20^{ου} αιώνα. Πρόκειται για τις απαρχές της σανατοριακής φάσης του Αντιφυματικού Αγώνα στην Ελλάδα. Ορόσημο για την έναρξη αυτού του οργανωμένου Αγώνα αποτέλεσε η ίδρυση στα 1905 του αστικού σανατορίου «Η Σωτηρία», στις τότε παρυφές της Αθήνας, από την Σοφία Σλήμαν και τον ομόνυμο σύλλογο κυριών. Στα 1907, ο Πανελλήνιος Σύνδεσμος κατά της Φυματίωσης ίδρυσε το πρώτο ειδικό αντιφυματικό Ιατρείο στην Αθήνα. Στα 1909 ο γιατρός Γιώργος Καραμάνης ίδρυσε το πρώτο ορεινό σανατόριο, στο Πήλιο. Έκτοτε, τα σανατόρια και τα αντιφυματικά ιατρεία άρχισαν να πολλαπλασιάζονται στην ελληνική επικράτεια χωρίς ωστόσο να καταφέρουν να ανακουφίσουν επαρκώς τις κοινωνικές ανάγκες περίθαλψης της ανίατης νόσου. Στη δεκαετία του 1930 εμφανίσθηκε η πρώτη προσπάθεια χειρουργικής αντιμετώπισης της φθίσης στην Ελλάδα : τεχνητός πνευμοθώρακας, λοβεκτομές, θωρακοπλαστικές επεμβάσεις. Η ανακάλυψη αποτελεσματικών αντιφυματικών φαρμάκων, στη δεκαετία του 1940, εκτόνωσε την κοινωνική πίεση και ανακούφισε χιλιάδες πασχόντων. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1950, τα κέντρα του Αντιφυματικού Αγώνα εξαφανίσθηκαν ή μετασχηματίσθηκαν σε πνευμονολογικές μονάδες.



SUMMARY

Tuberculosis was a social fleau during the first decades of life of the the newborn Greek state (1830-1900). The first efforts for an efficient Antituberculous Campaign appeared in the beginning of the 20th century. In fact, at that moment emerged the sanatorial phase of the Antituberculous Campaign in Greece. The initiating act of this Campaign was the creation of the first urban sanatorium, "Sotiria" ("Salvation"), near Athens, by Sophia Schliemann and her Association. In 1907, the Greek League against Tuberculosis created the first Antituberculous Dispensary in Athens. In 1909, Dr George Karamanis organised the first rural sanatorium, on mountain Pilon. Since that period, sanatoria and dispensaries were constantly multiplied, but they never reached the urgent need of the society. During the decade of 1930, the surgical approach of tuberculosis arrived in Greece : artificial pneumothorax, lobectomies, thoracoplasties. The discovery of efficient pharmaceutical treatment against tuberculosis, during the '40s and the first years of the '50s, decreased the social pressure and gave hope to millions of patients. From the middle of the '50, the structures of the Greek Antituberculous Campaign started to disappear or became centers dedicated to chest diseases.



Βιβλιογραφία «Σύντομης Ιστορίας της Φθίσης»

1. P. Bartels "Tuberculose in der Jungeren Steinzeit", Arch. Anthropol. 34 (1907) : 243-255
2. G.E. Smith and M.A. Ruffer "Pott'sche Krankheit an einer ägyptischen Mumie aus der Zeit der 21. Dynastie (um 1.000 v. Chr.)" Krankheitserreger, fasc. 3, Giessen, 1910
3. M. D. Grmek "Diseases in the ancient greek world" The John Hopkins University Press, Baltimore, 1991
4. D. Morse "Prehistoric Tuberculosis in America" Amer Rev Respir Dis 83 (1961) : 489-504
5. J. L. Angel "Problems in Diagnosis" Annual Meeting of the Paleopathological Association (Toronto, April 1978)
6. A. Krause "Tuberculosis and Public Health" Amer Rev Tub 18 (1928) : 271-273
7. K. Deichgraber "Zur Milchtherapie der Hippokratiker (Epid. VII)" Medizingeschichte in unserer Zeit, Stuttgart, 1971
8. C. Coury "La pathologie pulmonaire dans l' oeuvre d' Aretée de Cappadoce" Presse Med 70 (1962) : 655-657
9. T. Miller "Η γέννησις του νοσοκομείου στην Βυζαντινή Αυτοκρατορία", μετάφραση Ν. Κελέρμενου, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1998



Βιβλιογραφία
για την «Αντιμετώπιση της φυματίωσης στην Ελλάδα
κατά την διάρκεια του 20^ο αιώνα»

1. J. Sournia "Histoire de la medicine et des medecins"
Larousse, Paris, 1991
2. Καμαρούλιας Δ. Η φυματίωση στην εποχή του Koch.
Η Σωτηρία, IV, 2,76-89, 1982
3. Λεμπέσης Ι. Εισαγωγή στην ιστορία της Φυματίωσης.
«Φυματίωση : Παρελθόν, Παρόν, Μέλλον», Πρακτικά Συμποσίου,
Αθήνα 1994
4. Ρόζος Β. Αι Πρώται εν Ελλάδι Μέριμναι περί της Δημοσίας
Υγιεινής, της Ιατρικής Αντιλήψεως και της Κοινωνικής Προνοίας
(1821-1862). Διατριβή επί Υψηγεία, Αθήνα 1976
5. Ε. Σωληναραίος. Επαγγελματικές Πνευμονοπάθειες.
Επιδημιολογικά Στοιχεία. Αθήνα, 1997
6. Θάνος Βερέμης. Η Εποχή 1900-1936. Στο βιβλίο «Ελευθέριος
Βενιζέλος : Κοινωνία-Οικονομία-Πολιτική-Στην Εποχή του».
Γνώση, Αθήνα, 1989
7. Β. Πατρίκιος «Η Φθίσις εν Ελλάδι», Αθήνα, 1901
8. Β. Πατρίκιος. Τα ασκληπιεία ή Φθισιατρεία. Νομική, Αθήνα,
1903
9. Γ. Καρυοφύλλης, Δ. Σωτηριάδης «Η εκ φθίσεως νοσηρότητα».
Πρακτικά Α Ελληνικού Συνεδρίου Κατά της Φυματίωσης, Αθήνα,
1909
10. Β. Πατρίκιος. «Περί της Πορείας της Φθίσεως εν Ελλάδι κατά
την Τελευταίαν Δεκαετίαν», Πρακτικά Α Ελληνικού Συνεδρίου
Κατά της Φυματίωσης, Αθήνα, 1909
11. «Η Φυματίωσις, υπό του Δρος Σ. Α. Κνωπφ»,
Σύλλογος Προς Διάδοσιν Ωφελίμων Βιβλίων, Αθήνα, 1906



12. Κ. Κατής «Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Η Σωτηρία - ιστορική μελέτη», Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1984.
13. Θεραπευτήριο «Η Σωτηρία» «Εκθεσεις των Πεπραγμένων-έτη 1906, 1907, 1908, 1909»
14. Ιωάννη Θεοδωρίδη. Ανακοίνωση στο Πρώτο Ελληνικό Συνέδριο κατά της Φυματίωσης (1909).
15. D.S. Barnes "The Making of a Social Disease. Tuberculosis in Nineteenth-Century France", University of California Press, Los Angeles 2000
16. Πεπραγμένα Α Πανελλήνιου Ιατρικού Συνεδρίου κατά της Φυματίωσης
17. Εφημερίς «Ακρόπολις», φύλλο της 7^{ης}. 12. 1911
18. Εφημερίς «Ακρόπολις», φύλλα της 11^{ης} και 15^{ης}. 03. 1905
19. Εφημερίς «Ακρόπολις», φύλλο της 7^{ης}. 03. 1908
20. Εφημερίς «Ακρόπολις», φύλλο της 20^{ης}. 05. 1908
21. Μενέλαος Σακορράφος «Η Πνευμονική Φυματίσις», Εκδόσεις Τζάκα-Δελαγραμμάτικα, Αθήνα 1928
22. «Το Μαγικό Βουνό του γιατρού Καραμάνη», συλλογική εργασία, επιμέλεια Κ. Γουργουλιάνης, Λάρισα, 1995
23. Γ. Καραμάνη «Στατιστική των εν τω Σανατορίω Πηλίου νοσηλευθέντων» Πεπραγμένα Β Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου κατά της Φυματίωσης
24. Pierre Guillaume "Du Desespoir au Salut : Les Tuberculeux aux XIXe et Xxe siecles ». Aubier, Paris, 1987.
25. Jacques Chretien. "La Tuberculose. Parcours Image ». Hauts De France, Auchel, 1995
26. Isabelle Grellet, Caroline Kruse. « Histoires de la tuberculose. Les fievres de l' ame, 1800-1940 » Ramsay, Paris, 1983.
27. Νόμος 1876/1920. Περί κυρώσεως του από 22 Μαΐου 1919 νομοθετικού διατάγματος περί διοικήσεως του εν Αθήναις Νοσοκομείου υπό την επωνυμίαν Σωτηρία. ΦΕΚ 37, 12. 2. 1920, τεύχος Α



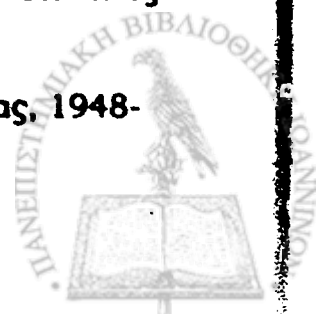
28. Νόμος 1979/1920. Περί ιδρύσεως αντιφυματικών ιατρείων, νοσοκομείων, αναρρωτηρίων και ορεινών θεραπευτηρίων. ΦΕΚ 33, 6. 2. 1920, τεύχος Α
29. «Το Έργον Της Κυβερνήσεως Βενιζέλου Κατά Την Τετραετίαν 1928-1932. Τι υπεσχέθη Προεκλογικώς και Τι Επραγματοποίησε», University Studio Press, Αθήνα, 2000
30. Ν. Β. Οικονομόπουλος «Η οργάνωσις του Αντιφυματικού Αγώνος». Πρακτικά Β Γενικής Συνελεύσεως Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (1936).
31. Φυματιολογική Επιθεώρηση «Το νέον σανατόριον Γ. Σταύρου και Δ. Φουγκ επί της Πάρνηθος», τεύχος 7, Δεύτερο Έτος, Νοέμβριος 1936
32. Ν. Κοκονάς «Σύντομη ιστορία των Νοσοκομείων της Κρήτης», Ρέθυμνο, 1987
33. Έκκληση προς την Κοινωνία Χανίων και τας λοιπάς φιλανθρωπικάς οργανώσεις των ασθενών του Φθισιατρείου Άγιος Ιωάννης, Χανιά, 15 Οκτωβρίου 1932
34. Συνέντευξη Γ. Τσουρή στην εφημερίδα «Εθνική Φωνή», με τίτλο «Το Δράμα της Φυματώσεως», 15 Αυγούστου 1937
35. Ι. Βάμβαλη. «Κυνηγώντας τη Φυματίωση». Εκδόσεις Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη, 1991.
36. Ιατρική Εταιρεία Καβάλας. Προσφορά Εβδομήντα Τριών Ετών στη Μακεδονία και Θράκη. Καβάλα, 1993
37. Ν. Λεβεντόπουλου «Από των στατιστικών του σανατορίου Πέτρας-Ολύμπου», Φυματιολογική Επιθεώρησις, Τέταρτο Έτος, Απρίλιος 1938
38. Α.Ι. Ρεμούνδος «Από την Αντίνιτσα στο Σανατόριο Λαμίας», Λαμία 2000
39. Επιστολή Ι. Μακρόπουλου στην εφημερίδα «Ημερήσιος Κήρυξ της Λαμίας», 1928
40. Κ. Ζαχαριάς. Εφημερίδα «Καθημερινή», Κυριακή 24 Νοεμβρίου 2002



41. Κ. Χαριτάκη «Ο Αντιφυματικός Αγών εν Ελλάδι Μέχρι Τέλους του 1936». Φυματιολογικά Χρονικά, Σωτηρία, Ιούλιος-Απρίλιος 1940.
42. Δ. Συμβουλίδου «Η οργάνωσις της καταπολεμήσεως της φυματιώσεως εν Ελλάδι», «Φυματιολογική Επιθεώρησις», τεύχος 3, Τρίτο Έτος, Απρίλιος 1937
43. Ν. Τσούτης «Αι ενδείξεις της χειρουργικής θεραπείας της πνευμονικής φυματιώσεως». Περιοδικό "Σωτηρία", περίοδος Δευτέρα, έτος 5^ο (1945), IV (1), σελ. 32-54.
44. Pierre Lowys, Sapfo Mangriotis « Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant » Bulletin et memoires de la Societe Medicale de Passy, 29, 1950
45. Ι. Βαλιτή «Πότε πρέπει να εγκαταλείπεται εις τεχνητός πνευμοθώραξ ;», Φυματιολογική Επιθεώρησις, τεύχος 3, Δεύτερο Έτος, Απρίλιος 1936
46. Ι. Βαλιτή «Η Φυματίωσις εις Κλινικά Μαθήματα», 2 τόμοι, Αθήναι, 1936
47. J. Wolf «La phrenicectomy dans le traitement des cavernes tub. a localisation apicale » Ann. de Med., 3, 1928
48. Ν.Β. Οικονομόπουλος «Η θεραπευτική επίδρασις της φρενικοεξαιρέσεως επί της εν τω άνω λοβώ των πνευμόνων φυματιώδους επεξεργασίας» Πρακτικά Ιατρικής Εταιρίας, 1929
49. Ν.Β. Οικονομόπουλος «Η διάρκεια των αποτελεσμάτων της φρενικοεξαιρέσεως εις την πνευμονικήν φυματίωσιν» Πρακτικά Ιατρικής Εταιρίας, 1935
50. Δ. Χαροκόπου «Η θεραπεία της πνευμονικής φυματιώσεως δια της φρενικεκτομίας», Φυματιολογική Επιθεώρησις, τεύχος 1, Δεύτερο Έτος, Φεβρουάριος 1936
51. Δ. Χαροκόπου «Η θεραπεία της πνευμονικής φυματιώσεως δια της φρενικεκτομίας», Διατριβή επί Διδακτορία, Αθήνα, 1935
52. Π. Χόρτη «Θωρακοπλαστική προσθιοπλάγια ελαστική», «Φυματιολογική Επιθεώρησις», Τρίτο Έτος, Οκτώβριος 1937



53. Π. Χόρτη «Θωρακοπλαστική προσθιοπλάγια ελαστική» (Β Μέρος), «Φυματιολογική Επιθεώρησης», Τρίτο Έτος, Νοέμβριος 1937
54. Ι. Βαλτή «Ο Προφυλακτικός δια του B.C.G Εμβολιασμός» Φυματιολογική Επιθεώρησης, τεύχος 1, Ιανουάριος 1935.
55. Μ. Σακορράφου «Ιατρικά Σκαλαθύρματα», Φυματιολογική Επιθεώρησης, τεύχος 1, Δεύτερο Έτος, Φεβρουάριος 1936
56. Μ. Μωϋσειδου «Διατροφή και Φυματίωσης», Φυματιολογική Επιθεώρησης, Τρίτο Έτος, Νοέμβριος 1937
57. Σ. Σαριδάκη, Φ. Πασχίδου, Κ. Στεφανόπουλου «Αποτελέσματα επί των κατά το 1938 νοσηλευθέντων εν τη VII κλινική της Σωτηρίας», Περιοδικό «Σωτηρία», έτος 1, τόμος 1, 1940, 167-170.
58. Π. Παμπούκη «Ελληνική Αντιφθισική Εταιρεία», Φυματιολογική Επιθεώρησης, Δεύτερο Έτος, Μάιος 1936
59. Εθνικό Επιτελείο Στρατού. «Η Υγειονομική Υπηρεσία του Στρατού κατά τον πόλεμο 1940-1941». Διεύθυνση Ιστορίας Στρατού, Αθήνα, 1983.
60. Πρακτικά του Διοικητικού Συμβουλίου Σωτηρίας 18.9.44-25.6.45. Συνεδρίαση της 11. 1. 1945
61. Π. Χόρτη «Νόσος της Πείνης και Φυματίωσης», Διατριβή επί Υφηγεσία, 1945
62. Βασιλικό Διάταγμα 5.6.1945, Υπουργείου Παιδείας. ΦΕΚ 130, 6.6.1945, τεύχος Γ.
63. Ν.Γ. Τσούτη «Ο εξωπλεύριος πνευμοθώρακας - ίδια μέθοδος τεχνικής», Αθήναι, 1946
64. Βασιλικό Διάταγμα 12.3.1949 «Περί ιδρύσεως Μονοταξίου Σχολής Βοηθών Νοσοκόμων Πτυχιούχων εν των Νοσοκομείω-Σανατορίω Σωτηρία». ΦΕΚ 81, 4.4.1949, τεύχος Α.
65. Β. Θεοδοροπούλου-Λιβαδά «Ο εθνικός ευεργέτης Κωνσταντίνος Σισμάνογλου», Αθήναι, 1946
66. Δημήτρης Νταλιάνης «Το Σανατόριο Εξορίστων Ικαρίας, 1948-1949», Λάρισα, 1999



67. Θ. Λιώκης «Επίτομος Φυματιολογία-Πνευμονολογία», Αθήνα, 1974
68. Εμμ. Φιλιππίδη. Υγειονομικός Οδηγός Της Ελλάδος, 1951-52.
69. Ι. Βαλτή, Σ. Μαγκριώτη, Σ. Καπετανάκη "Αποτελέσματα της εφαρμογής της δια της στρεπτομυκίνης θεραπείας επί εν έτος επί φυματιώδους μηνιγγίτιδος, κεγχροειδούς φυματιώσεως και ετέρων τινών οξείων εκδηλώσεων της φυματιώσεως" Σωτηρία, περίοδος Δευτέρα, 1949, τόμος VII, τεύχος 1
70. Ν.Β. Οικονομόπουλου "Ενδείξεις θεραπείας φυματιωδών παθήσεων δια στρεπτομυκίνης και P.A.S. " Σωτηρία, περίοδος Δευτέρα, 1950, τόμος IX, τεύχος 4
71. G. Domagk "Η χημειοθεραπεία της φυματιώσεως δια θειοσεμικαρβαζονών" Σωτηρία, περίοδος Δευτέρα, 1951, τόμος IX, τεύχος 1
72. Α. Οικονομάκη "Παρατηρήσεις και μελέτη επί της δια διανικοτύλης θεραπείας 90 ασθενών πέραν του διμήνου" Σωτηρία, περίοδος Δευτέρα, 1952, τόμος IX, τεύχος 2
73. Π. Χόρτης, Ε. Σωληναραίος "Συμβολή του υδραζιδίου του ισονικωτινικού οξέος και των παραγώγων αυτού εις την θεραπείαν της φυματιώσεως" Σωτηρία, περίοδος Δευτέρα, 1952, τόμος XI, τεύχος 3
74. Κ. Σταυρόπουλος "Τα παράγωγα του ισονικωτινικού οξέος εν τη Θεραπευτική" Σωτηρία, περίοδος Δευτέρα, 1952, τόμος XI, τεύχος 3
75. Ν. Β. Οικονομόπουλος "Η σύγχρονος θεραπεία της Φυματιώσεως" Σωτηρία, περίοδος Δευτέρα, 1952, τόμος XI, τεύχος 3
76. Π. Χόρτης "Αι σήμερον επικρατούσαι αντιλήψεις επί της θεραπείας της φυματιώσεως", περίοδος Δευτέρα, 1953, τόμος XIII, τεύχος 1-2
77. Π. Χόρτης «Η θεραπεία της φυματιώδους μηνιγγίτιδος και η δυσμενής επίδρασις των ενδορραχιαίων εγχύσεων της



- στρεπτομυκίνης». Σωτηρία, περίοδος Δευτέρα, 1955, τόμος IX, τεύχος 1-2
78. Α. Διακουμοπούλου, Ι. Τζινιόλη, Δ. Ζωγράφου «Συμβολή εις την θεραπείαν της βρογχοτραχειακής φυματιώσεως». Σωτηρία, περίοδος Δευτέρα, 1957, τόμος XVI, τεύχος 3-4
79. Ν. Β. Οικονομόπουλος "Αι σύγχρονοι αντιλήψεις δια το πρόβλημα της φυματιώσεως" Σωτηρία, περίοδος Δευτέρα, 1952, τόμος IX, τεύχος 4
80. Ν. Β. Οικονομόπουλος "Η προφύλαξις εκ της φυματιώσεως" Σωτηρία, περίοδος Δευτέρα, τόμος XIII, τεύχος 3-4
81. Φ. Καραμαούνα, Α. Οικονομάκη «Εξέλιξις της θνητότητος εν τω νοσοκομείω-σανατορίω «Η Σωτηρία», κατά την τελευταίαν δετίαν και περιορισμός αυτής τη βοήθεια των νέων αντιφυματικών φαρμάκων». Σωτηρία, περίοδος Δευτέρα, 1953, τόμος XII, τεύχος 1
82. Γ. Τόγιας "Φυματιολογικά θέματα" Σωτηρία, περίοδος Δευτέρα, 1957, τόμος XVI, τεύχος 5-6
83. Μ. Τουμπής «Η επανεμφάνιση ενός εφιάλτη», Εφημερίδα Καθημερινή, 23-11- 2002.
84. Α. Χαρίσης, Χ. Κουμπανιού, Χ. Κατσάνος, Ν. Νοβακίδου, Ο. Καράμπαλη, Γ. Δασκαλόπουλος, Μ. Βασιλείου, Σ. Κωνσταντόπουλος. Δείκτης διαμόλυνσης φυματίωσης στον νομό Ιωαννίνων. (περίληψη) 12^ο Πανελλήνιο Πνευμονολογικό Συνέδριο, Αθήνα, 2003
85. Μ. Ματθαίου, Μ. Ψιλούτσικου, Κ. Μαντά, Α. Νοβακίδου, Ι. Δασκαλόπουλος, Α. Σωτήρη, Χ. Κουμπανιού, Ι. Αρλέτου, Α. Λαγούδη, Α. Χαρίσης, Σ. Κωνσταντόπουλος. Επιδημιολογική εικόνα φυματίωσης στον νομό Ιωαννίνων και λοιπή περιοχή Ηπείρου κατά την χρονική περίοδο 1999-1002. (περίληψη) 12^ο Πανελλήνιο Πνευμονολογικό Συνέδριο, Αθήνα, 2003

