

**ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΜΙΚΡΕΣ
ΙΣΤΟΡΙΕΣ ΕΝΟΣ ΠΑΛΑΙΟΥ
ΙΑΤΡΟΥ**

**(Η σύνδεση του παρελθόντος με το
παρόν)**

Νικόλαος Λ. Κατσιλάμπρος

Αθήνα 2023

***Αφιερώνεται στους κατά καιρούς
στενούς συνεργάτες μου, ιδιαιτέρως στις
κυρίες και τους κυρίους Πέτρο Σφηκάκη,
Νικόλαο Τεντολούρη, Κωνσταντίνο
Μακρυλάκη, Αλέξανδρο Κόκκινο, Σταύρο
Λιάτη , Εβίτα Διακουμοπούλου,
Παναγιώτη Τσαπόγα, Ευάγγελο
Λυμπερόπουλο, Δέσποινα Περρέα,
Μεγακλή Αρβανίτη, Ιωάννα
Ελευθεριάδου, Χρυσή Κολιάκη, αλλά και
στις γραμματείς της Κλινικής μας Ρέα
Πολυζωγοπούλου και Χαρά Μαυρομάτη.***

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο κυριότερος λόγος που με ώθησε να γράψω το παρόν πόνημα είναι η έντονη προσωπική μου ανάγκη να επικοινωνήσω, ως παλαιός «δάσκαλος», με νέους συναδέλφους διαφόρων ειδικοτήτων και να επισημάνω την τεράστια σημασία της ορθής κλινικής Ιατρικής. Εννοείται, ότι ουδόλως υποτιμώ την ανεκτίμητη προσφορά της τεχνολογίας στην Ιατρική, αλλά τα τεχνικά διαγνωστικά μέσα από μόνα τους δεν αρκούν. Αν αυτά, δεν συνοδεύονται από το λεπτομερές ιστορικό και την προσεκτική κλινική εξέταση είναι δυνατόν να υπάρξουν ακόμη και καταστροφικές διαγνωστικές πλάνες.

Στο ανά χείρας μικρό βιβλίο αναφέρομαι επιλεκτικά σε μικρές κλινικές ιστορίες που ο ίδιος έζησα επί έξι και πλέον δεκαετίες ακαδημαϊκής ζωής , αγωνιζόμενος πάντα, πιστεύω, σύμφωνα με τους κανόνες της ηθικής. Υπ' αυτή την έννοια, η παρούσα έκδοση αποτελεί κατά τη γνώμη μου, και μια προτροπή προς τους νεότερους συναδέλφους για το «ευ αγωνίζεσθαι».

ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΣΧΟΛΗ

Καταρχάς σημειώνω, ότι εκείνη την εποχή (1957) οι εισαγωγικές εξετάσεις γίνονταν χωριστά για κάθε Σχολή . Για παράδειγμα, όταν δίναμε εξετάσεις για την Ιατρική Σχολή Αθηνών, το αποτέλεσμα δεν ίσχυε ταυτόχρονα για την Ιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης. Στην Αθήνα, οι εξεταζόμενοι ήταν περίπου 1000 και οι εισαγόμενοι στην Ιατρική περίπου 200. Επίσης, δεν υπήρχε η κατοχύρωση βαθμών για τον επόμενο χρόνο.

Το διάβασμα όλων μας ήταν «εξοντωτικό» και κατά το τελευταίο εξάμηνο αυτό διαρκούσε από τα χαράματα μέχρι πολλές φορές έως τα μεσάνυχτα ή και αργότερα. Ενδεικτικά αναφέρω δύο παραδείγματα του πείσματος, της επιμονής αλλά και της εξάντλησης που αφορούσε πολλούς από εμάς. :

-Ήταν μήνας Αύγουστος προ των εξετάσεων του Σεπτεμβρίου 1957. Ο πατέρας μου ιατρός, που δούλευε έντονα από το πρωί ως το βράδυ (και τις Κυριακές), είχε πάρει θερινό κινηματογράφο 10-12 μμ. Το εξεταστήριο-γραφείο του ήταν μέσα στο σπίτι και, εκτός των άλλων, περιλάμβανε ένα ακτινοσκοπικό μηχάνημα (ορισμένοι παθολόγοι έκαναν τότε και απλές ακτινοσκοπήσεις). Εγώ διάβαζα στην τραπεζαρία με ανοιχτές πόρτες και παράθυρα και έτσι είχα οπτική πρόσβαση διαγωνίως στο εξεταστήριο που φωτιζόταν αμυδρά από το σεληνόφως. Κάποια στιγμή, φύσηξε ένα δυνατό αεράκι. Καθώς εγώ ήμουν κατάκοπος και νυσταγμένος, βλέπω τη θολή σκιά της βαριάς μολύβδινης ακτινοπροστατευτικής ποδιάς του πατέρα μου να κινείται απότομα και συνάμα να ακούγεται έντονος

μεταλλικός θόρυβος, προφανώς από βίαιες προσκρούσεις μεταλλικών επιφανειών. Προς στιγμήν, θεώρησα ότι είχε εισέλθει ληστής. Αυτόματα εκτινάχτηκα τρέχοντας προς την έξοδο μέσω του σαλονιού προσκρούοντας στη γυάλινη αδιαφανή πόρτα που χώριζε το σαλόνι από το χολ. Τραυματίστηκα από ρινίσματα σε πολλά σημεία του σώματος, ευτυχώς ελαφρά. Αυτή ήταν η ανταμοιβή μου για την αδιάκοπη μελέτη.....

- Το δεύτερο γεγονός ήταν ότι κατά τις ημερομηνίες των εξετάσεων συνέπεσε να είμαι άρρωστος με εμπύρετο κρουολόγημα, μυαλγίες κλπ. Παρά ταύτα, συμμετείχα ως «Πρώσος στρατιώτης», πιστός στο καθήκον.

Δεν αποκρύπτω ότι τελικά, η ανταμοιβή των κόπων και ταλαιπωριών μου ήταν πολύ μεγάλη, διότι πέρασα σε πολύ καλή σειρά μεταξύ των 1000 υποψηφίων.

ΦΟΙΤΗΤΙΚΗ ΖΩΗ

ΦΟΙΤΗΤΗΣ, ΑΝΕΠΙΤΥΧΗΣ ΠΡΟΑΛΕΙΨΗ ΓΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ

Δευτεροετής φοιτητής Ιατρικής είχα την αρχική σκέψη, που ενεθάρρυναν και οι γονείς μου, να ασχοληθώ μελλοντικά με την Χειρουργική. Γνωρίζαμε τότε οικογενειακά τον διευθυντή χειρουργό στον Ευαγγελισμό, τον αείμνηστο Γιαννόπουλο. Δεν έχανα ευκαιρία, όταν μου επέτρεπε το πρόγραμμα των μαθημάτων, να πηγαίνω, άγρια χαράματα στον Ευαγγελισμό (τότε άρχιζαν πολύ νωρίς το πρωί οι εγχειρήσεις). Συμμετείχα ως υποβοηθός κρατώντας βάλβες για να παραμένει ανοικτό το χειρουργικό πεδίο. Οι εμπειρίες που απέκτησα ήταν για εμένα ανεκτίμητες. Κάποια ημέρα, ο Γιαννόπουλος έκανε σε μια σχεδόν «ημιθανή» ασθενή με προχωρημένη ηπατική κίρρωση, την βαρύτερη εγχείρηση portocaval shunt , που τότε ήταν η μοναδική ελπίδα επιβίωσης τέτοιων ασθενών. Δυστυχώς, η ασθενής απεβίωσε παρά τις μεγάλες προσπάθειες. Ο σύζυγός της, ένας κουρέας από την Καβάλα, εξετέλεσε με δίκαννο τον Γιαννόπουλο. Αυτό αποτέλεσε την αιτία να απογοητευθώ. Μετά από πολλούς προβληματισμούς στράφηκα στο ενδεχόμενο να ακολουθήσω τον κλάδο της Παθολογίας. Όμως, με την κρυφή ελπίδα της Χειρουργικής σκέφθηκα την Γυναικολογία που εξ ορισμού περιλαμβάνει και χειρουργικές πράξεις. Η συμβουλή σε αυτό το θέμα της μητέρας μου Όλγας ήταν σαφής : «Δεν στο συνιστώ , διότι θα αναγκαστείς να κάνεις εκτρώσεις». Σημειώνω, ότι εκείνη την εποχή πολλοί γυναικολόγοι, περισσότεροι απ' ότι σήμερα, έκαναν κατά κόρον εκτρώσεις.

Έτσι ανέβαλα τελείως τις αποφάσεις μου και ακολούθησα κάτι άλλο, που φαινόταν ότι επίσης μου άρεσε, την βασική έρευνα. Γι' αυτό, το επόμενο έτος εξήτησα και μου επιτράπη να ασχολούμαι παράλληλα με τις σπουδές μου στο Εργαστήριο Πειραματικής Φυσιολογίας ως άμισθος υποβοηθός (βλ. επόμενο κεφάλαιο).

ΣΗΜΕΙΩΣΗ Σήμερα η εγχείρηση portocaval shunt έχει υποκατασταθεί με το λεγόμενο Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS). Πρόκειται για ένα shunt συνένωσης φλεβών του πυλαίου και του ηπατικού δικτύου μέσω καθετήρος που εισάγεται από τη σφαγίτιδα φλέβα.

Συμπλήρωμα: Παράλληλα με τον Ευαγγελισμό, πήγαινα τα βράδια, όπως και ορισμένοι άλλοι συμφοιτητές μου, στα εφημερεύοντα νοσοκομεία όπου - οι αρμόδιοι χειρουργοί μου εμπιστεύονταν τη συρραφή μικρών τραυμάτων, εννοείται πάντα υπό αυστηρή επίβλεψη.

ΦΟΙΤΗΤΗΣ, ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Όντας ήδη τρίτοετής φοιτητής άρχισα, όπως ανέφερα στο προηγούμενο κεφάλαιο, να ασχολούμαι κατά τις ελεύθερες ώρες μου στο Εργαστήριο Φυσιολογίας. Εκτός από την συμβολή μου, σε συνεργασία με παλαιότερους φοιτητές, επίσης υποβοηθούς, στην προετοιμασία των εργαστηριακών ασκήσεων των φοιτητών, εργάσθηκα ερευνητικά υπό τον υφηγητή Αν. Γρανίτσα. Διευθυντής καθηγητής ήταν ο Χ. Μαλτέζος.

Άμεσοι συνεργάτες ήταν οι κατά ένα έτος αρχαιότεροι από εμένα φοιτητές : ο Ηλ. Κούβελας, μετέπειτα καθηγητής

Φυσιολογίας στο Πανεπιστήμιο Πατρών, ο Παν. Βουκίδης, που αργότερα ασχολήθηκε με Καρδιολογία στις ΗΠΑ, και η Γεωργία Νικητοπούλου που έγινε καθηγήτρια Φυσιολογίας στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο.

Θυμάμαι αυτή την εποχή με συγκίνηση. Η συνεργασία με τους προαναφερθέντες συμφοιτητές ήταν αρμονική. Υπήρχε αλληλοσεβασμός και αλληλοβοήθεια . Κατά τη διάρκεια ενός καλοκαιριού, για παράδειγμα, που είχαμε άνεση χρόνου λόγω διακοπών, φεύγαμε περπατώντας σχεδόν καθημερινά από το Εργαστήριο αργά το απόγευμα και κατεβαίναμε στο σύνταγμα για καφέ. Στο δρόμο μιλούσαμε για επιστημονικά επιτεύγματα , περί Pasteur, Νεύτωνος κ.ά.

Επίσης θυμάμαι τον ενθουσιασμό που ένοιωσα όταν δημοσιεύθηκε η ΠΡΩΤΗ επιστημονική εργασία της ζωής μου, προερχόμενη από αυτό το Εργαστήριο με τίτλο : «Η επίδρασις της αδρεναλίνης επί της γλουταμίνης του ήπατος». Τα ευρήματα ήταν πρωτότυπα και μεταξύ άλλων έδειξαν ότι η γλουταμίνη είναι πολύ ευαίσθητος δείκτης της καταβολικής δράσης της αδρεναλίνης.

ΦΟΙΤΗΤΗΣ, ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΟΣΤΕΟΛΟΓΙΑΣ

Η Οστεολογία ανήκει βέβαια στο μάθημα της Ανατομικής, αλλά διδάσκονταν ως αυτόνομο μάθημα στο πρώτο έτος των σπουδών και ήταν φροντιστηριακό, γίνονταν καθ' ομάδες φοιτητών. Το μεγάλο μέρος της Ανατομικής διδάσκονταν στο δεύτερο έτος.

Περί το τέλος του πρώτου έτους συμμετείχα και εγώ, όπως όλοι, στις εξετάσεις ενώπιον όλων των φοιτητών της ομάδας

μου. Εξεταστής ήταν ένα στέλεχος του Εργαστηρίου. Ήμουν αρκετά διαβασμένος. Ο εξεταστής μου έκανε αρχικά πέντε ερωτήσεις που τις απάντησα όλες. Στη συνέχεια, με βλέμμα μάλλον βλοσυρό, όχι απλά αυστηρό, με κάλεσε να σηκωθώ και έβαλε τα τρία δάκτυλά του στα οστά της άκρας χειρός του σκελετού καλύπτοντας, ως ευνόητο, αρκετά από αυτά και με ρώτησε «Πως ονομάζεται αυτό ;». Εγώ, σχεδόν τρέμοντας, των ρωτώ χαμηλόφωνα «αυτό ή αυτό ή αυτό ;». Μου δείχνει το αγκιστροειδές. Απάντησα σωστά. Μου λέει αυστηρά «κάτσε κάτω». Ήταν σε όλους πολύ αυστηρός, αλλά σε εμένα φέρθηκε δόλια επιχειρώντας να με εξαπατήσει. Αυτή η συμπεριφορά βέβαια έδειχνε ένα άθλιο χαρακτήρα. Ουδέποτε κατάλαβα τον λόγο .

Σημειώνω, ότι το όλο κλίμα σε αυτό το Εργαστήριο δημιουργούσε μια δυσάρεστη ατμόσφαιρα, πράγμα που δεν συνάντησα σε κανένα άλλο εργαστήριο ή Κλινική της Σχολής.

ΦΟΙΤΗΤΗΣ, ΠΡΩΤΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑΚΟ ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΙΚΟ ΜΑΘΗΜΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ

Δευτεροετής φοιτητής στο κατάμεστο αμφιθέατρο. Διευθυντής καθηγητής Αποστολάκης, «το άκρον άωτον» της αυστηρότητας, αλλά δυστυχώς, μερικές φορές άδικος.

Το πρώτο μάθημα είχε εισαγωγικό χαρακτήρα. Τότε δεν υπήρχαν διαφάνειες. Οι προβολές γίνονταν από βιβλία με ένα βαρύ όργανο, το λεγόμενο επιδιασκόπιο. Τις προβολές έκανε ο υφηγητής (όχι απλός βοηθός) Κατρίτσης, ένας ανατόμος με άριστες σπουδές στο εξωτερικό και ευγενής ως άνθρωπος. Στο πλαίσιο του μαθήματος γίνονταν μεταξύ

άλλων προβολές για το ιδανικό σώμα. Ο διδάσκων ανήγγειλε κάποια στιγμή : «τώρα θα δείτε την εκπροσώπηση του αρχαιοελληνικού κάλλους , τις σωματικές αναλογίες της Αφροδίτης». Αντί όμως να εμφανισθεί αυτή η εικόνα , προβλήθηκε εκ λάθους η γυμνή εικόνα ενός αγρίου αρχεγόνου ανθρώπου.

Ακολούθησε έντονο παρατεταμένο γέλιο από τους περίπου 400 φοιτητές. Ο Αποστολάκης, αντί να το ξεπεράσει διακωμωδώντας το γεγονός, είπε επί λέξει «Κύριοι, Υπάρχουν διάφορα επίπεδα διανοητικής αναπτύξεως. Ο κ. Κατρίτσης ανήκει στο κατώτατο». Εκείνη την εποχή η τυχόν έντονη αντίδραση του υφισταμένου προς τον προϊστάμενο, όπως θα έπρεπε να είναι στην προκειμένη περίπτωση, είχε τον κίνδυνο της απόλυσης . Υποθέτω ότι ο Κατρίτσης υπέστη αυτή τη προσβολή χωρίς να αντιδράσει τουλάχιστον φανερά.

ΦΟΙΤΗΤΗΣ, ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ ΣΥΜΦΟΙΤΗΤΩΝ

Πεμπτοετής φοιτητής, παρακολουθούσα κάθε πρωί ώρα 8πμ το μάθημα Σημειολογίας του αιμνήστου Κρικέλη στο Λαϊκό. Στο μάθημα πήγαινα με το τρόλεϋ.

Ατυχώς, κάποιο πρωί του Ιανουαρίου γλίστρησα και έπαθα σοβαρό διάστρεμμα της ποδοκνημικής άρθρωσης. Τοποθετήθηκε γύψος που χρειάστηκε να μείνει αρκετές ημέρες. Περπατούσα μα πατερίτσες. Για να μη χάσω τα μαθήματα δύο γείτονές μου συμφοιτητές με βοηθούσαν να ανεβοκατεβαίνω στο τρόλεϊ και αργά το μεσημέρι ή και το απόγευμα, όταν τέλειωναν τα μαθήματα, με έφερναν πίσω με τον ίδιο τρόπο. Δεν ξέρω ειλικρινά αν ένας σημερινός

φοιτητής με το ίδιο ατύχημα θα ήταν το ίδιο τυχερός όπως εγώ τότε. Σημειωτέον ότι οι φοιτητές που προανέφερα δεν ήταν φίλοι μου, διέμεναν απλώς κοντά στο σπίτι μου.

ΦΟΙΤΗΤΗΣ, ΤΡΙΜΗΝΙΤΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εκτοετής φοιτητής είχα κληρωθεί να κάνω την τριμηνιαία άσκηση της Παθολογίας στην Πανεπιστημιακή Θεραπευτική Κλινική στο Νοσοκομείο Αλεξάνδρα υπό την διεύθυνση του αείμνηστου καθηγητού Βασιλείου Μαλάμου. Η Κλινική είχε τότε 150 κρεβάτια και ήταν άρτια οργανωμένη. Ο Μαλάμος ήταν ιδιαίτερα αυστηρός (σε αυτό το σημείο θα επανέλθω σε μεταγενέστερο κεφάλαιο).

Εγώ είχα τοποθετηθεί σε ένα από τα έξι τμήματα της Κλινικής. Ήταν μια ημέρα εφημερίας της Κλινικής και ο Μαλάμος πέρναγε από τα διάφορα τμήματα για να δει τους νεοεισαχθέντες ασθενείς και να ακούσει το ιστορικό τους. Η σειρά παρουσίασης ήταν πρώτα ο φοιτητής, μετά διόρθωνε ο επιμελητής και μετά ο υφηγητής.

Ένας νέος ασθενής είχε εισαχθεί στη Κλινική με το αιτιολογικό «βήχας και αιμόπτυση». Η ακτινογραφία θώρακος δεν ήταν ακόμη διαθέσιμη. Ο αρμόδιος σε αυτόν τον άρρωστο φοιτητής ανέφερε το ιστορικό του και τα ευρήματα από την φυσική εξέταση. Ερωτά ο Μαλάμος τον επιμελητή και τον υφηγητή διαδοχικά αν έχουν να προσθέσουν κάτι. Η απάντησή τους ήταν αρνητική. Κατόπιν ο Μαλάμος ερωτά «άλλος;». Τότε, εγώ, με το θράσος της ημιμάθειας, σηκώνω το χέρι μου και λέω ότι ο ασθενής παρουσιάζει κάποιου βαθμού πτώση του ενός βλεφάρου. «Μάλιστα» αναφωνεί ο Μαλάμος και συμπληρώνει «έχει

και μύση στον σύστοιχο οφθαλμό., άρα σύνδρομο Horner, που συχνά είναι σημείο διαγνωστικό Ca πνεύμονος». Ευθύς μετά, αποτείνεται σε αυστηρό τόνο στον επιμελητή και στον υφηγητή λέγοντας «Εσείς ελάτε στο γραφείο μου».

Εννοείται, ότι επρόκειτο να τους ψέξει για την αβλεψία-αστοχία τους. Εγώ δεν φανταζόμουν αυτή την αντίδραση και αισθάνθηκα έντονη ενοχή ,διότι αθελήτως υπήρξα η αιτία για αυτή τη δυσάρεστη εξέλιξη.

ΦΟΙΤΗΤΗΣ, ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ

Πεμποετής φοιτητής, εξετάσεις Ιατροδικαστικής, εξεταστής Αγιουτάντης (αντί του καθηγητού Ηλιάκη, που έτυχε να λείπει). Εξέταση επί του πτώματος. Ήταν μια σωρός ανδρός με χρώμα δέρματος κυριολεκτικά βιολέ (πορφυρούν).

ΕΡ. Από τί απεβίωσε;

ΑΠ. (δική μου) Δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακος

ΕΡ. Πως γίνεται;

ΑΠ. Συνήθως από μαγκάλι

ΕΡ. Ποιος ο μηχανισμός;

ΑΠ. Δημιουργία ανθρακυλαιμοσφαιρίνης και τελικά ασφυξία

Εξεταστής. Μπράβο άριστα

ΣΗΜΕΙΩΣΗ. Εγώ δεν είχα διαβάσει επαρκώς αυτό το μάθημα. Συνέπεσε να ξέρω αυτά που απάντησα από τυχαία ανάγνωση παρόμοιου συμβάντος σε εφημερίδα.

Ούτε λαχείο να είχα κερδίσει.....

ΦΟΙΤΗΤΗΣ, ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΙΟΥΝΙΟΣ 1963

Ήμουν τότε 23 ετών, διότι οι παππούδες μου, στα Τρίκαλα, υπό καθεστώς ακόμη ξένης κατοχής, με έστειλαν ένα χρόνο νωρίτερα στο δημοτικό.

Παρά ταύτα, ο ζήλος που αρκετοί φοιτητές είχαμε τότε, να τελειώσουμε το συντομότερο και να μη χρωστάμε μαθήματα, με οδήγησε σε πολύ έντονο διάβασμα, και έτσι μπόρεσα να περάσω όλα τα μαθήματα με την πρώτη, χάνοντας παρά «τρίχα» το άριστα. Γενικά, δεν αντιμετώπισα μεγάλες δυσκολίες τουλάχιστον σε τρία βασικά μαθήματα (Παθολογία, Χειρουργική και Θεραπευτική).

Ειδικότερα στη Θεραπευτική (καθηγητής Μαλάμος, πρβλ. προηγούμενο κεφάλαιο, «Τριμηνίτης στη Θεραπευτική Κλινική») εξετάστηκα εκτός της θεωρίας, και επί αρρώστου. Στην δική μου περίπτωση επρόκειτο για ένα Έλληνα ιδιαίτερα μελαψό ασθενή.

Ερωτήσεις Μαλάμου και δικές μου απαντήσεις :

ΕΡ. Τι σου κάνει εντύπωση; *ΑΠ.* Το χρώμα του δέρματος.

ΕΡ. Τι άλλο πρέπει να ψάξεις; *ΑΠ.* Τους βλεννογόνους για μελανές κηλίδες. *ΕΡ.* Γιατί; *ΑΠ.* Πιθανότητα ν. Addison. *ΕΡ.* Ποια η θεραπεία; κλπ. Στο τέλος μου δείχνει ακτινογραφία κοιλίας του αρρώστου που είχε μια αποτιτάνωση στην περιοχή που ανιστοιχούσε στο ένα επινεφρίδιο. *ΕΡ.* Τι βλέπεις *ΑΠ.* Αποτιτάνωση... ενδεικτική ΤΒC επινεφριδίου.

Ο Μαλάμος έδειξε ευχαριστημένος. Σημειώνω ότι σήμερα η ν. Addison οφείλεται κατά κύριο λόγο σε ανοσολογική διαταραχή. Εκείνη όμως την εποχή η φυματίωση διαφόρων οργάνων ήταν συχνή.

ΠΟΛΕΜΙΚΟ ΝΑΥΤΙΚΟ

ΠΟΛΕΜΙΚΟ ΝΑΥΤΙΚΟ, ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΣΗ και ΝΑΥΣΤΑΘΜΟΣ ΚΡΗΤΗΣ

Συνολικά υπηρέτησα 27 μήνες

Τον Οκτώβριο του 1963 κατετάγην στο Κέντρο Εκπαιδύσεως Σκαραμαγκά. Η αρχική εκπαίδευση σε αυτό το στρατόπεδο (περίπου 40 ημέρες) ήταν ιδιαίτερα σκληρή. Αναφέρω ένα παράδειγμα. Τα άτομα της σειράς μου (περίπου 500) , κοιμόμασταν σε τριώροφα ράντζα μιας τεράστιας αίθουσας. Ένα βράδυ δημιουργήθηκε στον θάλαμό μας έντονος θόρυβος με γέλια λόγω ενός αστεϊσμού. Μέσα σε 5 περίπου λεπτά είχαν φθάσει αρκετοί Υπαξιωματικοί καθώς και Σημαιοφόροι, που είχαν μόλις αποφοιτήσει από τη Σχολή Δοκίμων, κρατώντας φακούς και προβολείς. Ακολούθησε η ομαδική «ποινή». Όλοι έξω σε μια μεγάλη αυλή μόνο με τα εσώρουχα υπό μέτρια συνεχή βροχή, τροχάδην μέχρι τις τρεις τη νύχτα. Ήταν πολύ διαφορετικές οι συνθήκες τότε. Σε ότι όμως αφορούσε θέματα υγείας ή και σιτίσεως, η φροντίδα ήταν πραγματικά καλή (άριστα οργανωμένο Θεραπευτήριο μέσα στο στρατόπεδο). Ο ίδιος καθώς και άλλοι επίσης προπαιδευόμενοι ιατροί εξετάζαμε ασθενείς στο Θεραπευτήριο.

Μετά την βασική εκπαίδευση τοποθετήθηκα στον Ναύσταθμο Κρήτης στα Χανιά, όπου ως ιατρός Σημαιοφόρος πλέον, υπηρέτησα στο εκεί Θεραπευτήριο. Μια από τις τότε εμπειρίες που έζησα και που αξίζει να αναφέρω ήταν ότι κάθε πρωί εξέταζα αρκετούς ναύτες με οξυτενή κονδυλώματα γεννητικών οργάνων. Τα «έκαιγα» με

ανάλογη συσκευή. Σήμερα γνωρίζουμε πολύ καλά ότι ο υπεύθυνος ιός μπορεί να προκαλεί σοβαρότατα προβλήματα, ιδίως στις γυναίκες. Εκτός αυτών, υπήρχαν οκ ολίγες περιπτώσεις βλεννόρροιας, τις οποίες εθεράπευα με ενέσεις πενικιλίνης βραδείας απορρόφησης. Αυτοί οι ναύτες απέδιδαν την πάθησή τους σε «επισκέψεις» σε συγκεκριμένο οίκο ανοχής των Χανίων. Ανέφερα αυτά τα στοιχεία στους ανωτέρους μου, οι οποίοι με τη σειρά τους έκαναν αναφορές που κατέληγαν στο Υπουργείο Υγείας. Δυστυχώς όμως το πρόβλημα συνεχιζόταν.....

ΠΟΛΕΜΙΚΟ ΝΑΥΤΙΚΟ, ΑΡΜΑΤΑΓΩΓΟ ΛΕΣΒΟΣ

Κάποια ημέρα , τέλη Νοεμβρίου 1964 ή αρχές Δεκεμβρίου 1965 (δεν θυμάμαι καλά), απόγευμα αργά, και ενώ ήμουν στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου Χανίων (συνήθιζα να πηγαίνω απογεύματα ως εθελοντής ιατρός) ήλθε η Ναυτική Αστυνομία και με μετέφερε «άρον άρον» στον Ναύσταθμο. Είχε κηρυχθεί γενική επιφυλακή του Ναυτικού λόγω πολύ οξέων προβλημάτων στην Κύπρο (απειλή τουρκικής απόβασης) και είχαν ήδη αποπλεύσει όλα τα πλοία του Ναυστάθμου Κρήτης καθώς και εκείνα του Ναυστάθμου Σαλαμίνας. Όταν έφθασα στον Ναύσταθμο επιβιβάστηκα αμέσως σε βενζινάκατο και ανέβηκα με ανεμόσκαλα στο αρματαγωγό Λέσβος που είχε ήδη αποπλεύσει. Μόλις φθάσαμε στο Ηράκλειο επιβιβάστηκαν σε αυτό το αρματαγωγό καθώς και σε άλλα μεγάλες ομάδες πεζοναυτών. Μετά βίας εξήλθα για πέντε λεπτά και τηλεφώνησα στους γονείς μου για το ενδεχόμενο της απουσίας μηνών ,όπως και τελικά έγινε, και της αδυναμίας οποιασδήποτε περαιτέρω επικοινωνίας . Σημειώνω ότι κάθε

επικοινωνία ήταν αδύνατη, τα δε πλοία έπαιρναν τα αναγκαία μηνύματα κρυπτογραφημένα (για να μην υποκλαπούν) από υπεριπτάμενα πολεμικά αεροπλάνα . Η συνέχεια ήταν περιπετειώδης και αγωνιώδης. Επί ενάμισι περίπου μήνα τα αρματαγωγά συνοδευόμενα από πλοία υποστήριξης έκαναν συνεχή γυμνάσια πλέοντας γύρω από τις κυπριακές ακτές , σε σχετική απόσταση. Κάθε 4-6 ώρες καθημερινά χτυπούσε συναγερμός με σκοπό την εγρήγορση , οπότε ο καθένας έτρεχε σε προκαθορισμένη θέση του πλοίου, ασφαλώς και ο ιατρός σε θέση που υπήρχαν επίδεσμοι, ιατρικά εργαλεία κλπ.

Κατ' αυτό το διάστημα υπήρξαν πολλά ιατρικά περιστατικά. Τρία από αυτά παραμένουν ανεξίτηλα στη μνήμη μου.

-Μια νύχτα με ειδοποίησαν επειγόντως, διότι ο αξιωματικός γέφυρας μεταφέρθηκε επειγόντως στο πρόχειρο ιατρείο «ουρλιάζοντας» λόγω αιφνιδίου πολύ ισχυρού άλγους στον θώρακα. Σημειωτέον, ότι το ψύχος στην γέφυρα, ιδίως τη νύχτα, ήταν δριμύ και διαπεραστικό λόγω ανέμων. Τα φυσικά σημεία του παθόντος ήταν αναμενόμενα για την περίπτωση (μέτρια αύξηση της αρτηριακής πίεσης και ταχυσφυγμία χωρίς αρρυθμία). Ο οξύς πόνος εντοπιζόταν στη μασχαλιαία περιοχή αλλά σε ένα σημείο. Η ακρόαση των πνευμόνων ήταν σχεδόν αδύνατη λόγω του θορύβου των μηχανών του πλοίου. Από την Νοσολογία ήξερα ότι ο δακτυλοδεικτούμενος πόνος δεν είναι κατά κανόνα έμφραγμα. Αποφάσισα (έπρεπε να δράσω αμέσως) και μετά φόβου Θεού του έκανα ενδομυϊκά μορφίνη. Η κατάπαυση του πόνου και η μετέπειτα καλή πορεία ανακούφισε τον παθόντα και συνάμα με καθησύχασε, δεδομένου ότι η προσωπική ευθύνη για ένα νέο ιατρό ήταν πολύ μεγάλη.

-Ένας ναύτης έκοψε την έσω επιφάνεια του χεριού του στο ύψος του καρπού. Μπορούσα βέβαια να συρράψω το τραύμα αλλά δεν το έκανα διότι δεν μπορούσε να κάμψει ορισμένα δάκτυλα (διάγνωση: διατομή τένοντος). Σε ένα παραπλήσιο αρματαγωγό, ιατρός ήταν ο αείμνηστος Ρενιέρης, ειδικευμένος ορθοπαιδικός. Τα δύο αρματαγωγά χαμήλωσαν την ταχύτητά τους και πλησίασαν πολύ μεταξύ τους . Ο ναύτης μετεφέρθη στο άλλο πλοίο (είδος προσωρινής αερογέφυρας), όπου έγινε συρραφή του τένοντος .Το τέλος ήταν αίσιο.

-Και κάτι τραγικό. Όταν το οξύ πρόβλημα του Κυπριακού είχε καταλαγιάσει (προφανώς μέσω διπλωματικών συζητήσεων), τα πλοία επέστρεφαν πλέον στους Ναυστάθμους. Το δικό μας αρματαγωγό έπλεε πρώτα στον Ναύσταθμο της Σαλαμίνας για να αφήσει τους πολλούς πεζοναύτες . Αυτοί χαρούμενοι είχαν στήσει χορό στο κατάστρωμα. Δυστυχώς, ένας από αυτούς γλίστρησε και κατέπεσε προς τα πίσω χτυπώντας στην ινιακή χώρα. Ο θάνατος επήλθε πολύ γρήγορα και παρά την εφαρμογή ΚΑΡΠΑ. Ως ευνόητο, αυτό το δραματικό γεγονός προκάλεσε σε όλους μας βαθιά λύπη και απογοήτευση.

ΠΟΛΕΜΙΚΟ ΝΑΥΤΙΚΟ, ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ **ΑΘΗΝΩΝ (NNA)**

Μετά την θητεία μου στο αρματαγωγό «Λέσβος», τοποθετήθηκα στο NNA. Ήταν τότε ο κανόνας για τους υπηρετούντες τη θητεία τους ιατρούς να μετατίθενται στην προχωρημένη φάση στο NNA. Αυτό βέβαια ήταν πολύ

ευχάριστο για μένα, διότι έτσι θα μπορούσα ν' αρχίσω την ειδικότητά μου (Παθολογία).

Μόλις παρουσιάστηκα 07.00 πρωί στο γραφείο του διευθυντού, πλοιάρχου χειρουργού Αγγελίδη, μου λέει ότι «για κάποιο σοβαρό υπηρεσιακό λόγο πρέπει να αποσπασθείτε για ένα μήνα από σήμερα στο φαρόπλοιο του Ναυτικού και να παρουσιασθείτε στο Πέραμα, σήμερα έως τις 12.00 . Αυτό το πλοίο κάνει τον κύκλο των περισσότερων νησιών του Αιγαίου και εσείς θα εξετάζετε τους φαροφύλακες και θα συντάσσετε σχετική αναφορά».

Σημειώνω, ότι τότε οι φάροι δεν ήταν αυτόματοι και οι φαροφύλακες είχαν ανάγκη περιοδικής ιατρικής εξέτασης. Εννοείται ότι αυτό το γεγονός με στενοχώρησε, αλλά ήταν διαταγή. Ήδη το φύλλο πορείας ήταν έτοιμο.

Το φαρόπλοιο ήταν ένα μικρό «ταλαιπωρημένο» παλιό πλοίο. Παρά την αρχική απογοήτευση, η εμπειρία μου ήταν μοναδική. Εθαύμαζα την παρθένα, τότε , φύση του μοναδικού μας Αιγαίου με τα ωραιότατα νησιά. Το μόνο που με στενοχωρούσε ήταν ότι στις καμπίνες υπήρχαν κοριοί. Ευτυχώς ήταν καλοκαίρι. Αυτό μου επέτρεψε να κοιμάμαι στο κατάστρωμα. Βέβαια, τότε ήμουν πολύ νέος και τα κριτήρια της ανοχής και αντοχής ήταν πολύ διαφορετικά απ' ότι σήμερα. Ένα καλό που προέκυψε στο πλαίσιο αυτής της «περιπέτειας» ήταν οι πολλές ελεύθερες ώρες που είχα ώστε να διαβάζω, να μελετώ , ένα δίτομο βιβλίο Καρδιολογίας Friedberg, ευαγγέλιο της εποχής. Μέσα από τις εξαιρετικές σελίδες του έμαθα πολλά. Παρόλα αυτά, το διεθνώς αναγνωρισμένο αυτό βιβλίο περιείχε και λίγες πολύ εσφαλμένες δοξασίες της εποχής. Πχ. στο κεφάλαιο της «ιδιοπαθούς» υπέρτασης τονίζονταν ότι μόνο η παθολογική αύξηση της διαστολικής υπέρτασης μας

απασχολεί και όχι αυτή της συστολικής, πράγμα που είναι λάθος.

Ας μου επιτραπεί να αναφέρω και κάτι «αστείο». Όταν αργότερα επέστρεψα στο σπίτι μου και ανέφερα τα περί κοριών στη μητέρα μου, εκείνη έβρασε τα ρούχα μου και έβαλε στο μαρμάρινο πάτωμα τα βιβλία Friedberg και τα ράντισε με εντομοκτόνο.

Μόλις επέστρεψα στο NNA, ανέλαβα υπηρεσία σε μια από τις δύο Παθολογικές Κλινικές, ενώ συχνά εφημέρευα σε 24ωρη βάση. Η συνεργασία μου με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ήταν αρίστη. Οι εμπειρίες που απέκτησα μοναδικές. Μεταξύ διαφόρων συμβάντων στη θητεία μου στο NNA μπορώ να σταχυολογήσω μερικά γεγονότα :

-Προσωπικά, είχα μια αστοχία που δεν με τιμά και που παραλίγο να μου στοιχήσει πολύ. Είχα εξετάσει ένα ναύτη που παραπέμφθηκε από κάποια υπηρεσία. Παραπονείτο για αδυναμία στο δεξιό κάτω άκρο. Επειδή στην κλινική εξέταση δεν βρήκα παθολογικά αντανακλαστικά, θεώρησα ότι ο ναύτης υποκρινόταν και τον έστειλα πίσω στην υπηρεσία του. Μετά λίγες όμως ημέρες, αυτός επέστρεψε με ημιπάραιση του άκρου. Τελικά, χειρουργήθηκε επιτυχώς για όγκο εγκεφάλου. Το γεγονός αυτό με συγκλόνησε και με έδίδαξε ότι αν δεν ξέρω κάτι εις βάθος, να μην αποφαινομαι. Στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν εξέτασα για τυχόν σημείο barré (προοδευτική πτώση πάσχοντος μέλους όταν ο εξεταστής το ανυψώνει και το αφήνει ελεύθερο, λέγοντας στον ασθενή να το κρατήσει ανορθωμένο). Η αύξηση των αντανακλαστικών ή και το σημείο Babinski , που

δεν υπήρχαν στην προκειμένη περίπτωση, επέρχονται σε εγκεφαλικό όγκο αρκετά αργότερα.

-Ένα άλλο γεγονός που μου έκανε εντύπωση ως νέο ιατρό ήταν το συμβάν σε ένα γέροντα 92 ετών, παλαιό σημαίνον στέλεχος του Ναυτικού, που είχε εισαχθεί προ τριημέρου σε καλή για την ηλικία του κατάσταση για θέμα υπερτροφίας προστάτου. Από το βράδυ της εισαγωγής του παρουσιάστηκε έντονη υπνηλία που συνεχιζόταν και αυξάνονταν προοδευτικά. Δεν υπήρχαν άλλα νευρολογικά σημεία και οι βιοχημικές εξετάσεις ήταν φυσιολογικές. Το συγγενικό και το ιατρικό περιβάλλον ήταν ανήσυχο και προβληματισμένο, ώσπου αποκαλύφθηκε ότι το βράδυ της ημέρας εισαγωγής του είχε παρουσιάσει έντονο εκνευρισμό και ο εφημερεύων του έκαμε μια ένεση διαζεπάμης. Ο γρίφος ελύθη και ο ασθενής συνήλθε μόνος του χωρίς κάποια θεραπεία. Το δίδαγμα είναι ότι οι δόσεις πολλών φαρμάκων και ιδίως των ηρεμιστικών ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΜΕΙΩΝΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΜΕΓΑΛΗ ΗΛΙΚΙΑ.

-Μια άλλη, άξια αναφοράς περίπτωση, αφορούσε μια γυναίκα με εικόνα οξείας χολοκυστίτιδος (πόνος στο δεξιό υποχόνδριο, χαμηλός πυρετός, αυξημένα λευκά με πολυμορφοπυρήνωση,). Η εγχείρηση έδειξε ανιούσα οπισθοτυφλική οξεία σκωληκοειδίτιδα, σχετικώς σπάνια κατάσταση, που κλασικά μπερδεύεται με οξεία χολοκυστίτιδα. Εκ των υστέρων, έμαθα το σημείο του λαγονοψοίτη μυ. Επειδή στην περίπτωση αυτή η φλεγμαίνουσα σκωληκοειδής απόφυση ακουμπά τον λαγονοψοίτη μυ, ο ασθενής για να ανακουφισθεί κάμπτει το δεξί του πόδι. Ο ιατρός τοποθετεί τον ασθενή σε

αριστερή πλάγια θέση και εκτείνει τον δεξιό μηρό, οπότε η τάση αυτού του μυός προκαλεί πόνο.

-Μια πολύ δυσάρεστη εμπειρία έζησα με έναν ασθενή 60 ετών που εισήχθη με εικόνα βαρύτατης ραγδαίας γαστρορραγίας (όχι με σκούρο, αλλά με φρέσκο-ερυθρό αίμα). Παρά τα κατεπείγοντα πάσης φύσεως μέτρα και προτού προλάβει να χειρουργηθεί επειγόντως, σε λίγο απεβίωσε. Μετά από άδεια των συγγενών, με εντολή του διευθυντού μου παθολόγου και με την παρουσία του διευθυντού χειρουργού Μπουντούρη, έκανα ο ίδιος μια περιορισμένης έκτασης νεκροτομή. Απεκαλύφθη αιμορραγία με αφετηρία την γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία που είχε διαβρωθεί από οξύ διατιτραίνον έλκος του οπισθίου τοιχώματος της πρώτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου, μια σπάνια, αλλά υπαρκτή κατάσταση.

-Σε μια άλλη περίπτωση ένας χειρουργημένος με ολική γαστρεκτομή παχύσαρκος ασθενής είχε ένα συνεχιζόμενο υψηλό πυρετό. Όλες οι εξετάσεις πλην μεγάλου αριθμού λευκών και πολυμορφοκυττάρων, με αριστερή στροφή, ήταν αρνητικές. Το χειρουργικό τραύμα δεν παρουσίαζε ΚΑΝΕΝΑ σημείο φλεγμονής (διόγκωση, ερυθρότητα, πόνο). Έγινε ιατρικό συμβούλιο με τον γνωστό χειρουργό Κούργια, διευθυντή στο Νοσοκομείο Ερυθρού Σταυρού. Ο πολύ έμπειρος Κούργιας αφού άκουσε το ιστορικό, πήρε μια λαβίδα και άρχισε να διανοίγει το τραύμα, ενώ ταυτόχρονα αποσπούσε τα ράμματα. Με έκπληξη είδαμε ότι κάτω από το δέρμα υπήρχε ένα λεπτό τελείως επίπεδο στρώμα συμπαγούς πύου. Ο πυρετός έπεσε. Η έλλειψη τοπικών σημείων φλεγμονής είχε ξεγελάσει τους πάντες.

Κλείνω αυτό το κεφάλαιο αποδίδοντας φόρο τιμής στον Ευάγγελο Μπελώνια ένα λαμπρό παθολόγο, διευθυντή Παθολογικής Κλινικής του ΝΝΑ. Από τον Μπελώνια διδάχθηκα πολλά : την αξία λεπτομερούς λήψεως ιστορικού, εξετάσεως όλων των συστημάτων και όχι μόνο του πάσχοντος συστήματος κ.ά. Ο Μπελώνιας, εκτός των άλλων, ήταν ακούραστος και άνθρωπος μεγάλης αντοχής. Θυμάμαι ότι μια ημέρα είχε κωλικό νεφρού και παρά τον πόνο, ήταν καθιστός στο τηλέφωνο, ιδρωμένος, και έδινε οδηγίες σε κάποιον ασθενή, ενώ εγώ του έκανα ενδοφλεβίως μια ισχυρή αναλγητική ένεση. Απαράμιλλη αφοσίωση στο καθήκον.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ (ΘΚ)

ΘΚ, ΓΕΝΙΚΑ

Μετά τη λήξη της θητείας μου στο Ναυτικό προσελήφθη στην Θεραπευτική Κλινική όπου συνέχισα την ειδικότητα της Παθολογίας (σήμερα ονομάζεται Εσωτερική Παθολογία). Αρχικά, ήμουν εξωτερικός βοηθός και αργότερα, με εισήγηση του αιμνήστου καθηγητού μου Βασιλείου Μαλάμου και απόφαση της Σχολής, κατέλαβα μια εκκενωθείσα θέση του εκτάκτου πανεπιστημιακού εσωτερικού βοηθού.

Η ΘΚ ήταν, και είναι πιστεύω, μια από τις πρότυπες Κλινικές για την Ελλάδα, ενώ ετύγχανε και διεθνούς αναγνώρισεως. Διέθετε σχεδόν 150 κλίνες και αξιόλογα εργαστήρια που εκάλυπταν όλες τις υποειδικότητες της Παθολογίας. Οι ιατροί, υφηγητές και επιμελητές ήταν ευρύτερα γνωστοί, ο καθένας στον επιμέρους κλάδο του. Η τάξη ήταν υποδειγματική και η πειθαρχία «σιδηρά». Ο καθηγητής Μαλάμος, επέβλεπε τα πάντα αυστηρά, αλλά και ο ίδιος είχε ασυνήθη αυτοπειθαρχία. Ο καθηγητής έφθανε στην Κλινική καθημερινά περί 06.45 και έπαιρνε για όλους τους ασθενείς σύντομη αναφορά από τους εσωτερικούς πανεπιστημιακούς βοηθούς, πρώτα «επί χάρτου» και στη συνέχεια με φυσική παρουσία. Κατά τις ημέρες της γενικής εφημερίας έρχονταν συνήθως βράδυ καθώς και την άλλη ημέρα πρωί και άκουγε για κάθε νέο ασθενή το ιστορικό του αλληλοδιαδόχως από τον νεότερο μέχρι και τον αρχαιότερο υπεύθυνο για τον δεδομένο ασθενή (πρβλ. προηγούμενο κεφάλαιο «Φοιτητής, Τριμηνίτης στην Θεραπευτική Κλινική»). Οι επιστημονικές συγκεντρώσεις της Κλινικής ήταν αμφιθεατρικές και γίνονταν κάθε Τετάρτη μεσημέρι.

Δεν ήταν σπάνιες οι ομιλίες ξένων προσκεκλημένων επιστημόνων.

Στον ερευνητικό τομέα η Κλινική είχε διεθνή προβολή κυρίως χάρις στους κκ Δαΐκο (Λοιμώξεις-αντιβιοτικά) , Μουλόπουλο (Καρδιολογία) , Φέσσα (Αιματολογία), Κούτρα (Θυρεοειδοπάθειες), Κωστάμη και Γυφτάκη (Ισότοπα), αλλά και από τον ίδιο τον Μαλάμο.

ΠΡΩΤΗ ΗΜΕΡΑ ΣΤΗΝ ΘΚ

Ανέλαβα υπηρεσία σε ένα θάλαμο ασθενών. Έτυχε αυτή την ημέρα να έχει γενική εφημερία η Κλινική. Αργά το μεσημέρι έφυγα να πάω σπίτι μου για να επανέλθω το βράδυ για νυκτερινή υπηρεσία ως εξωτερικός βοηθός (οι εσωτερικοί πανεπιστημιακοί βοηθοί, όπως έγινα αργότερα, έμεναν στις εφημερίες όλο το 24ωρο μέσα στο Νοσοκομείο, αλλά και τις επόμενες ημέρες μέχρι τις 14.00 και πάλι το απόγευμα 17.00 έως 20.00). Σημειώνω, ότι τότε δεν υπήρχε η έννοια του of. Κατέβηκα λοιπόν στο ισόγειο φορώντας ακόμη την άσπρη μπλούζα , οπότε στο διάδρομο του ισογείου με είδαν οι εξαγριωμένοι συγγενείς ενός ασθενούς που είχε πεθάνει με κατακλυσμιαία γαστρορραγία στο ιατρείο πρώτης υποδοχής. Ήταν έξαλλοι και σε σύγχυση. Εγώ δεν είχα καμία σχέση με τον ασθενή τους. Με είχαν απομονώσει σε μια γωνία φωνάζοντας «Εσείς γιατροί εγκληματίες κλπ.» , απειλώντας να με κτυπήσουν . Με φώτισε πιστεύω η Θεία Πρόνοια και τους απαντώ με στεντόρεια φωνή «Ντροπή, Εσείς φταίτε, καθυστερήσατε να φέρετε τον άρρωστο στο Νοσοκομείο...». Σαν να έγινε θαύμα, ο τόνος της φωνής τους και τα λόγια τους άλλαξαν. Δεν θυμάμαι ακριβώς πως

τελικά έφυγα από τον κλοιό τους. Φαίνεται ότι φθηνά τη γλύτωσα.

ΘΚ, ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΝΕΦΡΙΚΗΣ
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (ΧΝΑ) και ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ
ΚΑΘΑΡΣΗ

Εκείνη την εποχή δεν υπήρχε ακόμη τεχνητός νεφρός (αιμοκάθαρση). Αυτοί οι ασθενείς απέθνησκαν σε ουραιμικό κώμα. Οι συνάδελφοί μου και εγώ ζήσαμε φοβερές εικόνες , τελικού σταδίου νεφροπαθών, που απέθνησκαν εν μέσω πολύ εντόνων διεγερτικών φαινομένων. Δυστυχώς , η μόνη δυνατή συμπωματική αντιμετώπιση ήταν οι επανειλημμένες ενέσεις μορφίνης.

Αργότερα, έτυχε να έχω επιμελητή τον νεφρολόγο Νίκο Παπαδογιαννάκη, ο οποίος μόλις είχε επιστρέψει από τη Μ. Βρετανία και έφερε μαζί του την τεχνογνωσία της χρονίας περιτοναϊκής καθάρσεως. Το εφαρμόσαμε σε ένα ασθενή 50 ετών με ΧΝΑ ,ο οποίος ήταν στην αρχή ουραιμικού κώματος. Αυτό απαιτούσε τότε την συχνή παρουσία ιατρού (εμού εν προκειμένω) μέσα στο 24ωρο για την αλλαγή υγρών, με φόβο Θεού μήπως προκύψει μόλυνση. Ο καθηγητής Μαλάμος, παρά την εμπειρία και σοφία που διέθετε, θεώρησε ότι πειραματιζόμασταν και βασανίζαμε τον ασθενή. Εκάλεσε τον Παπαδογιαννάκη και εμένα και μας επέπληξε έντονα. Παρόλα αυτά, ο ασθενής αυτός επέζησε επί ένα έτος, πράγμα αδιανόητο για τις τότε συνθήκες. Γι' αυτό και κάναμε σχετική δημοσίευση. Πιστεύω ότι ο Μαλάμος μετάνιωσε , διότι κατά βάθος ήταν δίκαιος. Τα επόμενα χρόνια η χρονία περιτοναϊκή κάθαρση ανεπτύχθη κατά πολύ - με την πρωτοποριακή συμβολή του

Ωραιόπουλου, στον Καναδά, ώστε να μπορεί να εφαρμόζεται ακόμη και στο σπίτι του ασθενούς. Εννοείται βέβαια, ότι η αιμοκάθαρση πλέον αποτελεί την απόλυτη μέθοδο επιλογής.

ΘΚ, Η ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΕΠΟΧΗΣ ΤΩΝ Β ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΩΝ (b BLOCKERS) , ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΘΚ

Όπως όλοι ξέρουμε, τα φάρμακα αυτά έχουν ευρυτάτη εφαρμογή στην θεραπεία της υπέρτασης και της στεφανιαίας νόσου.

Μια από τις πρώτες πειραματικές εφαρμογές έγινε στην ΘΚ. Μια ημέρα με καλεί ο καθηγητής Μαλάμος και μου λέει: «Αυτό το νέο φάρμακο, β αποκλειστής (oxprenalol hydrochloride), να το δίνεις πολύ βραδέως ενδοφλεβίως σε υπερθυρεοειδικούς ασθενείς υπό συνεχή ΗΚΓικό έλεγχο με σκοπό να δούμε το κατά πόσον αυτό οξέως χορηγούμενο ελέγχει, έστω και παροδικά, την ταχυκαρδία σε αυτούς τους ασθενείς». Η Κλινική ήταν, εκτός των άλλων, κέντρο θεραπείας του υπερθυρεοειδισμού με ραδιενεργό ιώδιο. Γι' αυτό, σε τακτά διαστήματα ενοσηλεύοντο για ελάχιστες ημέρες υπερθυρεοειδικοί ασθενείς προκειμένου να υποβληθούν σε αυτή τη θεραπεία. Άρχισα λοιπόν συστηματικά να χορηγώ αυτή την ουσία, συνολικά σε 20 ασθενείς. Ομολογουμένως, η επίδραση ήταν θεαματική. Η καρδιακή συχνότητα εμειώνετο σημαντικά. Ακολούθησε δημοσίευση με πρώτο όνομα τον καρδιολόγο Δαρσινό.

ΘΚ, ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΟΥ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΟΥ ΜΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ

Ο διακεκριμένος καθηγητής καρδιολόγος Μουλόπουλος (πρωτεργάτης στην έρευνα της αορτικής αντλίας κ.ά,) έκανε πειράματα σχεδόν μια φορά την εβδομάδα, αργά το βράδυ σε σκυλιά υπό την επίβλεψη κτηνιάτρου . Τα επιστημονικά ερωτήματα ήταν ποικίλα και πολύ ενδιαφέροντα. Συνήθως υπήρχαν 3 χειρουργικές τράπεζες που σε κάθε μια γίνονταν έρευνα για ξεχωριστά ερευνητικά θέματα. Αξιόλογοι συνεργάτες του καθηγητού ήταν οι μετέπειτα καθηγητές Σιδεράς, Σταματελόπουλος, Ανθόπουλος, Κράλιος κ.ά. Εγώ βοηθούσα ενεργά, συχνά προετοιμάζοντας τα εγχειρητικά παρασκευάσματα (νάρκωση των πειραματοζώων, διασωλήνωση της τραχείας και διάνοιξη θώρακος κ.ά.). Με την πάροδο του χρόνου ασχολήθηκα παράλληλα με την ανατεθείσα σε εμένα διδακτορική διατριβή. Τίτλος : «Η επίδρασις του συνεχούς ρεύματος επί της ηλεκτρικής δραστηριότητας των κοιλιών της καρδίας κατά τον κολποκοιλιακόν αποκλεισμό».

ΘΚ, ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΟΥΡΑΙΜΙΚΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Η προχωρημένη χρονία νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να οδηγήσει ως γνωστόν σε ουραιμική περικαρδίτιδα που συχνά είναι απειλητική για τη ζωή. Αυτή οφείλεται, τουλάχιστον εν μέρει, σε μεγάλο βαθμό αλβουμινουρίας που συνοδεύεται από αυξημένη διαπερατότητα του ενδοθηλίου. Μια ημέρα που εφημέρευα, βράδυ, μετεφέρθη σε κατάσταση ουραιμικού κώματος μια ασθενής 55 ετών , με έντονη δύσπνοια και με διογκωμένες τραχηλικές φλέβες. Οι καρδιακοί τόνοι ήταν βύθιοι. Έπρεπε να αντιδράσω γρήγορα

και με βαρειά καρδιά έκανα περικαρδιακή παρακέντηση με τη μέθοδο Marfan (κάτω από την ξιφοειδή απόφυση με κατεύθυνση της βελόνας εκ των κάτω και έξω προς τα άνω και έσω. Αφήρεσα άφθονο, ελαφρώς αιματηρό, υγρό και εκράτησα δείγματα για εξετάσεις (αιματοκρίτης κ.ά.). Παρά την αρχική βελτίωση (κυρίως μείωση της δυσπνοίας και βελτίωση των αερίων αίματος, καθώς και σαφής μείωση της καρδιακής σκιάς στη νέα ακτινογραφία θώρακος), η ασθενής το επόμενο πρωί κατέληξε. Συνέπεσε το ίδιο μεσημέρι αργά να γίνεται η ανά εβδομάδα καθιερωμένη ειδική συζήτηση των καρδιολόγων της Κλινικής που συστηματικά παρακολουθούσα. Στο πλαίσιο αυτής της συναντήσεως κάποιος επιμελητής, πολύ μάλιστα καλός καρδιολόγος με επέπληξε ισχυριζόμενος ότι δήθεν μέσω της παρακεντήσεως τραυμάτισα στεφανιαία αγγεία και ότι γι' αυτό η ασθενής απεβίωσε. Του απάντησα τριπλά : α) ότι το υγρό είχε χαμηλό αιματοκρίτη και ότι παρά την πάροδο πολλών ωρών δεν είχε πήξει όπως θα συνέβαινε επί τραυματισμού των στεφανιαίων αγγείων (είχα μάλιστα διατηρήσει ένα σωληνάριο που το επέδειξα) β) ότι η ακτινογραφία μετά την παρακέντηση έδειξε σαφή ελάττωση και όχι αύξηση της διαμέτρου της καρδιαγγειακής σκιάς και γ) ότι και αν ακόμη ο «κατήγορός μου» είχε δίκαιο, η παρακέντηση ήταν μονόδρομος, διότι η ασθενής ήταν πρακτικώς ημιθανής. Σήμερα βέβαια η ουραιμική περικαρδίτις αντιμετωπίζεται με επανειλημμένες αιμοκαθάρσεις και σπανίως φθάνουν οι ασθενείς στο πολύ προχωρημένο στάδιο, όπως περιγράφηκε ανωτέρω. Υπάρχει όμως και το ενδεχόμενο να παρατηρηθεί περικαρδίτις σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (Dialysis-associated pericarditis).

ΘΚ, ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ

Ήταν ημέρα γενικής εφημερίας, βράδυ. Ήμουν εσωτερικός πανεπιστημιακός βοηθός στην Α' πτέρυγα ανδρών. Πολλές εισαγωγές ασθενών. Μεταξύ αυτών και ένα βαρύ πνευμονικό οίδημα σε πολύ βαρεία κατάσταση. Στο επείγον επί τόπου ΗΚΓ υπήρχε εικόνα μαρμαρυγής κοιλιών, ακολούθησε άμεσος απινιδισμός χωρίς αποτέλεσμα παρά την αύξηση των Joules. Επειδή μου είχε κάνει εντύπωση από τα πειράματα σε σκυλιά του καθηγητού Μουλόπουλου, ότι όταν αυτά είχαν κοιλιακή μαρμαρυγή και εφόσον η καρδιά ήταν διατεταμένη ο απινιδισμός αποτύγχανε παρά μόνο όταν κανείς εμάλασσε την καρδιά και άδειαζε το αίμα από αυτήν, προέβην στο απεγνωσμένο βήμα να κάνω παρακέντηση καρδιάς με τη μέθοδο Marfan (τρυπώντας κάτω από την ξιφοειδή απόφυση με κατεύθυνση της βελόνας προς τα άνω) και αφήρεσα αρκετό αίμα από την δεξιά κοιλία. Η αμέσως επόμενη προσπάθεια απινιδισμού είχε επιτυχία. Κατά τη διάρκεια αυτών των χειρισμών ένας νεώτερος συνάδελφος εξασφάλιζε την αναπνοή με χρήση ambu προσαρμοσμένη σε μάσκα. Εννοείται βέβαια, ότι ακολούθησαν οι συνήθεις ενέργειες που εφαρμόζονται στα πνευμονικά οιδήματα (Lasix κλπ.). Ο ασθενής επέζησε και εξήλθε μετά εβδομάδα από την Κλινική με λεπτομερείς οδηγίες που συνέστησαν οι καρδιολόγοι.

ΘΚ, ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΤΟ ΧΕΡΙ (ΟΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΟΧΗΣ)

Ο καθηγητής Δαΐκος, τότε υφηγητής, ανέθεσε σε εμένα και τον τωρινό καθηγητή Ρούσσο, να μελετήσουμε σε

ορισμένους ασθενείς με λοιμώξεις του αναπνευστικού ή ουροποιητικού συστήματος μια νεότερη σουλφοναμίδη. Εκτός από την κλινική παρατήρηση και τις βακτηριολογικές μελέτες, έγιναν μετρήσεις των πυκνοτήτων του φαρμάκου στο αίμα και τα ούρα των ασθενών με χημική μέθοδο. Οι στατιστικές αναλύσεις γίνονταν χειροκίνητα, πράγμα κουραστικό και πολύ χρονοβόρο. Είναι ευνόητο, το πόσο ευχαριστημένοι είμασταν όταν η στατιστική επεξεργασία έδειξε ικανοποιητικά αποτελέσματα. Λίγα χρόνια αργότερα, όντας ερευνητικός υπότροφος στην Γερμανία, εθαύμαζα τις μηχανές Olivetti, που μετά την καταχώρηση των πειραματικών δεδομένων, είχαμε σχεδόν άμεσα τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσεως. Αυτά ήταν ο προάγγελος των ηλεκτρονικών υπολογιστών.

ΘΚ, ΜΙΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Είχε εισαχθεί στην Κλινική και μάλιστα στο δικό μου τμήμα, ένας νέος άνθρωπος με τη πιθανότατη διάγνωση του μυελοειδούς καρκίνου του θυρεοειδούς. Πρόκειται ως γνωστόν για μια σπάνια μορφή καρκίνου του θυρεοειδούς που αντιπροσωπεύει το 3 έως 10% όλων των καρκίνων του αδένος. Το μυελοειδές καρκίνωμα αναπτύσσεται από εξειδικευμένα κύτταρα θυρεοειδούς που ονομάζονται παραθυλακιώδη κύτταρα ή κύτταρα C που παράγουν την ορμόνη καλσιτονίνη. Η μορφή αυτή του καρκίνου είναι πολύ επιθετική σε σχέση με τα πολύ συνηθέστερα θηλώδη και θυλακιώδη καρκινώματα του αδένος. Ο ασθενής ήδη παρουσίαζε βράγχος φωνής και επρόκειτο την επομένη να μεταφερθεί στην Β Χειρουργική Πανεπιστημιακή Κλινική στο Λαϊκό Νοσοκομείο. Την ίδια νύχτα ήμουν εφημερεύων .

Ειδοποιήθηκα επειγόντως και βλέπω τον ασθενή με φοβερή δύσπνοια, συρίπτουσα αναπνοή και κυάνωση. Παρά την άμεση κινητοποίηση των πάντων δεν πρόλαβε να γίνει επείγουσα ,έστω και πρόχειρη, τραχειοτομή και ο ασθενής απεβίωσε. Το επόμενο πρωί έγινε νεκροτομή. Λόγω του ότι στο Νοσοκομείο μας δεν υπήρχε παθολογοανατόμος, κατά πάγια τακτική, το πρώτο μέρος της νεκροτομής , δηλαδή την αφαίρεση των προς εξέταση οργάνων, κάναμε εμείς οι ίδιοι, οι πανεπιστημιακοί βοηθοί. Τα όργανα αυτά παρελάμβανε την ίδια ή την άλλη ημέρα ο παθολογοανατόμος του Νοσοκομείου Νίκαιας για ιστολογικές εξετάσεις. Αυτό το καθήκον ασφαλώς δεν μας άρεσε , αλλά συνέβαλε και αυτό πιστεύω κατά ένα μέρος στην εκπαίδευσή μας ως ολοκληρωμένων ιατρών. Επανέρχομαι στο τραγικό γεγονός σχετικά με τον ασθενή. Επιβεβαιώθηκε περίτρανα η διάγνωση του μυελοειδούς καρκινώματος ενώ συνυπήρχε διήθηση τραχηλικών λεμφαδένων. Οι σημερινές στατιστικές για την επιβίωση αυτών των ασθενών είναι ενθαρρυντικές με την προϋπόθεση της πρώιμης διάγνωσης.

ΘΚ, ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Η πρώτη περίπτωση αφορά σε έγκυο γυναίκα 6^{ου} ή 7^{ου} μηνός. Με ειδοποίησαν οι γυναικολόγοι για ασθενή που είχε εισαχθεί την προηγούμενη ημέρα και παρουσίαζε συνεχιζόμενο υψηλό πυρετό, έντονη δύσπνοια και ακτινολογική εικόνα διαχύτων σκιάσεων. Λόγω της βαρύτητας ειδοποίησα αμέσως τον τότε υφηγητή Δαΐκο, που

την εξέτασε και της εχορήγησε τα ισχυρότερα των αντιβιοτικών της εποχής. Εννοείται ότι ελάμβανε οξυγόνο. Την μεθεπομένη ημέρα η ασθενής απεβίωσε. Οι συγγενείς, πολύ θορυβημένοι (αναμενόμενο) ζητούσαν από εμάς τους παθολόγους εξηγήσεις για το τι ακριβώς συνέβη. Εγώ όταν κλήθηκα, δύο ημέρες προ του θανάτου, βασιζόμενος στο ιστορικό που έλαβα, εξέφρασα από την πρώτη στιγμή στους γυναικολόγους την σοβαρή υπόνοια ότι πιθανόν πρόκειται για πνευμονική εμβολή. Αυτό το εστήριξα, στο ότι ενώ η ασθενής ήταν στο σπίτι, ο πυρετός ενεφανίσθη με διαφορά τριών ημερών και όχι ταυτόχρονα με την εισβολή του πόνου, όπως συμβαίνει στην πνευμονία. Υπέθεσα ότι ακολούθησε επιλοίμωξη. Σε μακρά συζήτηση με τους συγγενείς, τους έπεισα να γίνει νεκροτομή. Δυστυχώς, επιβεβαιώθηκε η αρχική υπόνοια περί πνευμονικής εμβολής και δευτερογενούς προφανώς λοίμωξης. Η τραγική αυτή περίπτωση δείχνει την μεγάλη σημασία του ιστορικού και την σωστή αξιολόγηση των δεδομένων.

Στην δεύτερη περίπτωση, ένα βράδυ εκλήθην ως εφημερεύων από τους γυναικολόγους για μια τελειόμηνο που μόλις την είχαν μεταφέρει από το Περιστερί λόγω αναιμίας. Διεπίστωσα μια ωχρή γυναίκα, λίγο ανήσυχη και με έκδηλη ταχύπνοια. Απέκλεισα εμφανή αίτια αναιμίας (γαστρορραγία κ.ά.). Είπα στους γυναικολόγους ότι αν δεν βρίσκουν κάτι ιδιαίτερο από γυναικολογικής πλευράς, καλό είναι να τη στείλουν σε γενικό Νοσοκομείο που να διαθέτει και γενική χειρουργική κλινική δεδομένου ότι μπορεί να υπάρχει κάποια εσωτερική αιμορραγία. Γύρω στις 02.00 τη νύχτα με ξυπνούν επειγόντως να πάω στο χειρουργείο, όπου ένας έμπειρος επιμελητής γυναικολόγος μόλις είχε διανοίξει την κοιλία. Η γυναίκα ήταν σε collapsus και μεταγγιζόταν

ταυτόχρονα από δύο φλέβες. Όλοι ήταν αναστατωμένοι. Ο χειρουργός με μεγάλη ταχύτητα, μετά από απόφραξη των δύο αγγειακών πλεγμάτων της μήτρας δεξιά και αριστερά, προέβη σε διάνοιξη του οργάνου. Το θέαμα ήταν αποκαλυπτικό : «Ξεπετάχτηκε» μια σφαιρική μάζα αίματος που εντοπιζόταν μεταξύ του εσωτερικού τοιχώματος της μήτρας και του πλακούντος. Μόλις είχαμε αρχίσει να ελπίζουμε ότι η ασθενής είχε διασωθεί. Δυστυχώς, η τραγική αλήθεια μας διέψευσε. Μπροστά στα μάτια μας η ασθενής απεβίωσε. Τότε, έμαθα ότι η διάγνωση της ύπουλης αυτής σιωπηρής και ραγδαίας αιμορραγίας ονομάζεται μητροπλακουντιακή αποπληξία. Το πρωί, ποιος είδε τον Θεό και δεν τον φοβήθηκε. Ο καθηγητής Λούρος ήταν σχεδόν έτοιμος να «διώξει» τους πάντες, πράγμα που τελικά δεν έγινε. Παρ'όλα αυτά, το γεγονός έμεινε ως μια μαύρη σελίδα στην μνήμη όλων μας.

**ΘΚ, ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ ΤΗΝ 10^Η ΠΡΩΙΝΗ (ΑΥΣΤΗΡΗ
ΕΝΤΟΛΗ) και ΕΝΑ ΠΡΩΘΥΣΤΕΡΟ (ΕΠΙΣΚΕΨΗ
ΜΑΛΑΜΟΥ ΣΤΗ ΒΟΣΤΩΝΗ, ΔΙΑΛΕΞΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ
JOSLIN)**

Ο καθηγητής Μαλάμος ήταν πολύ αυστηρός όχι μόνο στους άλλους αλλά και προς τον ίδιο του τον εαυτό. Εκτός αυτού, ήταν δίκαιος. Ένα από τα πολλά παραδείγματα που έζησα, εκτυλίχθηκε ένα πρωί στις 06.45' που, ως συνήθως, ο καθηγητής Μαλάμος έπαιρνε αναφορά από τους πανεπιστημιακούς εσωτερικούς βοηθούς για τους ασθενείς. Αυτή την ημέρα είχα πυρετό και κακουχία λόγω κρυολογήματος. Γι' αυτό, εξήτησα από τον καθηγητή να αποχωρήσω νωρίς από την Κλινική. Ακολούθησε η εξής

στιχομουθία : ΕΡ τι ώρα θέλεις να φύγεις; ΑΠ περί τις 10.00'
Μαλάμος : στις 10.00'. Έτυχε όμως, εγώ λόγω υποχρεώσεων στην πτέρυγα που ήμουν υπεύθυνος, να μην έχω ακόμη φύγει στην προκαθορισμένη ώρα. Επίσης έτυχε ο καθηγητής να έλθει πάλι στην πτέρυγα, οπότε με είδε στον διάδρομο. Κοίταξε το ρολόι του και μεγαλοφώνως σε επιτιμητικό ύφος φώναξε «Ήταν εντολή, έπρεπε να φύγεις στις 10.00». Στο σημείο αυτό ας επιτραπεί να αναφερθώ σε ένα πρωθύστερο που αφορά την μετέπειτα (μετά από χρόνια) απασχόλησή μου στην Διαβητολογική Κλινική Joslin , στην Βοστώνη των ΗΠΑ. Εκεί υπηρέτησα ως clinical fellow με αμερικανική υποτροφία. Ο Μαλάμος ήλθε στη Βοστώνη (Δεκέμβριος 1970) για να παρακολουθήσει ένα συνέδριο εφαρμογής των ραδιοϊσοτόπων στην Ιατρική. Με την ευκαιρία αυτή εξήτησε μέσω εμού να δώσει διάλεξη με θέμα «Ανοχή στην γλυκόζη και ινσουλινοέκκριση σε κίρρωτικούς ασθενείς». Το θέμα ήταν για την εποχή πρωτότυπο και το είχαν επαρκώς επεξεργαστεί στην ΘΚ. Οι προϊστάμενοί μου στην Joslin ευχαρίστως απεδέχθησαν την πρόταση. Η διάλεξή του ήταν εξαιρετική από κάθε πλευρά. Το ίδιο βράδυ, ο διακεκριμένος καθηγητής του Harvard Marble, στέλεχος της Joslin Clinic, έδωσε δεξίωση στο σπίτι του, που την ονόμασε προς τιμήν του Μαλάμου. Με ένα αυτοκίνητο 3^{ης} γενιάς VW οδήγησα τον καθηγητή, σε συνθήκες θερμοκρασίας κάτω των 0' βαθμών Κελσίου, στο σπίτι του Marble, που ήταν σε μεγάλη απόσταση , κοντά στο MIT. Στο δρόμο με ερωτά : Τι ώρα θα αποχωρήσουμε; Απαντώ περί την 10^η μμ, μου ανταπαντά την 10^η μμ. Όταν φθάσαμε στο σπίτι του Marble, ο Μ. μαζί με τους μεγαλύτερους καθόταν στη μια γωνία του σαλονιού και εγώ με νεοτέρους συναδέλφους διαγωνίζωσ απέναντι. Κάποια στιγμή που

έφθασε η ώρα 10μμ του κάνω νόημα από μακριά δείχνοντας το ρολόι. Σχεδόν την ίδια στιγμή ο Μ γίνεται κόκκινος στο πρόσωπο, σηκώνεται όρθιος και άρχισε να αποχαιρετά. Απόλυτη αυτοπειθαρχία!...

ΘΚ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ και ΑΛΛΑ ΣΧΕΤΙΚΑ

Το εργαστήριο αυτό ήταν άριστα εξοπλισμένο για την εποχή του. Ο καθηγητής Μουλόπουλος που προΐστατο απασχολείτο ο ίδιος, όπως και οι εκλεκτοί συνεργάτες του με καθετηριασμούς καρδιάς καθώς και ηπατικών φλεβών (πίεση ενσφηνώσεως). Παρακολουθούσα τακτικά την δραστηριότητα του εργαστηρίου. Ιδιαίτερως, με είχε βοηθήσει ο λαμπρός συνάδελφος αείμνηστος Ανθόπουλος, διδάσκοντάς με και επεξηγώντας διάφορα θέματα, ακόμη και θέματα καθαρά τεχνικής φύσεως. Σημειώνω επίσης, ότι κάθε καρδιολογική εξέταση των ασθενών ήταν μια μικρή «ιερουργία». Για παράδειγμα, σε ασθενή με φύσημα στην προκάρδιο χώρα ακούγαμε επί ώρα το φύσημα και καθορίζαμε με κάθε δυνατή ακρίβεια την εντόπιση, χροιά, ένταση, επεκτάσεις του φύσηματος και τους καρδιακούς τόνους. Έτσι, ήταν συχνά δυνατή η ακριβής διάγνωση μόνο από την ακρόαση. Ο καρδιολόγος της Κλινικής Δαρσινός ήταν τότε πολύ ικανός σε αυτόν τον τομέα. Δεν αμφιβάλλω, ότι και άλλες καρδιολογικές Κλινικές είχαν πολύ ικανά στελέχη. Ήταν τα χρόνια που τότε αναπτύσσονταν η εφαρμογή των υπερήχων γενικότερα στην Ιατρική. Οι υπέρηχοι αποτελούν σήμερα ένα τεράστιο βοήθημα, αλλά «προς Θεού» δεν υποκαθιστούν την σωστή κλινική εξέταση. Αλλιώς, είναι δυνατόν να προκύπτουν σφάλματα.

ΘΚ, ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΟΥΤΡΑΣ

Προσωπικά διδάχθηκα πολλά από αυτόν τον σημαίνοντα επιστήμονα που είχε κυρίως ασχοληθεί με τις θυρεοειδικές παθήσεις. Ιδιαίτερα, ο Κούτρας εμελέτησε την ιωδοπενική βρογχοκήλη στη χώρα μας, που ήταν τότε συχνή, προπαντός σε ορεινές αγροτικές περιοχές. Επίσης, αυτός, με τη βοήθεια του Μαλάμου, και ο Ίκκος στον Ευαγγελισμό, έφεραν και εφάρμοσαν στην Ελλάδα την θεραπεία με ραδιοϊσότοπα αρκετών μορφών υπερθυρεοειδισμού και θυρεοειδικού καρκίνου. Ως εσωτερικός βοηθός ε γνώρισα εκ του σύνεγγυς πολλές μορφές θυρεοειδοπάθειας αλλά και άλλων ενδοκρινοπαθειών. Σε αυτό με βοήθησαν οι πολλές εισαγωγές πασχόντων από αυτά τα νοσήματα και η σχεδόν καθημερινή επί κλίνης διδασκαλία από τον μετέπειτα προαχθέντα σε καθηγητή Κούτρα και τους συνεργάτες του (Βαγενάκη κ.ά.).

ΘΚ, ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Ήταν τότε σχεδόν «καθεστώς» για όσους ιατρούς ήθελαν να ακολουθήσουν μελλοντικά ακαδημαϊκή ζωή να μετεκπαιδεύονται σε ειδικά κέντρα της Ευρώπης ή Αμερικής. Έτσι, πήρα την απόφαση και ένα πρωί είπα στον καθηγητή ότι κατά την γνώμη μου ήταν καιρός να αρχίσει η προσπάθεια να πάω στο εξωτερικό. Ακολούθησε η εξής στιχομυθία : ΕΡ Με τι θέλεις να ασχοληθείς; ΑΠ Όπως ξέρετε έχω ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και έχω συνεργασθεί στην Ενδοκρινολογία με τον κ. Κούτρα και ακόμη περισσότερο με την Καρδιολογία με τον κ. Μουλόπουλο . ΕΡ Θέλεις να γίνεις ένας από τους πολλούς; ΑΠ Όχι κατ' ανάγκην κύριε καθηγητά ,εσείς τι προτείνετε; ΑΠ Σου συνιστώ να πας στο

πανεπιστήμιο του Ulm της Γερμανίας και να ασχοληθείς ερευνητικά και κλινικά με τον σακχαρώδη διαβήτη και τα μεταβολικά νοσήματα. Πως είναι τα Γερμανικά σου; ΑΠ Μέτρια αλλά συνεχώς βελτιώνονται (ήξερα μόνο λίγα Γερμανικά, ενώ μιλούσα καλά Αγγλικά και Γαλλικά).

ΜΑΛΑΜΟΣ: Θα επιδιώξουμε να πάρεις την υποτροφία Alexander-von- Humboldt ,ανάλογη του Fulbright στις ΗΠΑ. Αύριο, στις 10πμ, να είσαι εδώ με τον κ. Κωστάμη για να του δώσω οδηγίες για την επιστολή που θα στείλουμε και να φέρεις το βιογραφικό σου τυπωμένο στα Γερμανικά. Η υποτροφία είναι ανταγωνιστική και κρίνεται από ομάδα καθηγητών από όλη τη Γερμανία.

Εγώ, ήμουν μεν πολύ ευχαριστημένος, αλλά είχα το πρόβλημα ότι οι γνώσεις μου στη Γερμανική γλώσσα ήταν τότε λιγοστές για να μπορώ να συντάξω βιογραφικό σε αυτή τη γλώσσα. «Επιστράτευσα» επειγόντως μια ειδικευόμενη Αυστριακή ιατρό της Κλινικής μας και στις 10 ώρα το βράδυ μπορέσαμε να ετοιμάσουμε το σημείωμα. Τα πάντα στη συνέχεια κύλισαν ομαλά. Μετά δίμηνον είχαμε θετική απάντηση από το Γερμανικό Ίδρυμα Υποτροφιών, αφού προηγουμένως ο καθηγητής Μ είχε συνεννοηθεί με τον εξέχοντα καθηγητή Pfeiffer στο Ulm που διηύθυνε την Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική. Αυτή η Κλινική ασχολείτο εκτός από την Γενική Παθολογία, ερευνητικά με τον διαβήτη, την ενδοκρινολογία και τα μεταβολικά νοσήματα. Το έργο της σε αυτούς τους τομείς ήταν διεθνώς γνωστό και είχε μεγάλη απήχηση.

ΘΚ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗ ΑΚΥΡΩΣΗ ΜΕΤΑΒΑΣΕΩΣ ΜΟΥ ΣΤΗΝ
ΓΕΡΜΑΝΙΑ ΠΑΡΟΤΙ ΕΙΧΑ ΛΑΒΕΙ ΤΗΝ ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ
ALEXANDER VON HUMBOLDT

Επισήμως, η υποτροφία άρχιζε τον Νοέμβριο 1969. Όμως, κάποια ημέρα των αρχών του Σεπτεμβρίου (επί δικτατορίας), το κρατικό ραδιόφωνο μετέδωσε το πρωί, ότι όσοι ιατροί δεν είχαν ακόμη εκπληρώσει τη γνωστή υπηρεσία υπαίθρου δεν θα μπορούσαν να αναχωρήσουν στο εξωτερικό και εάν ακόμη είχαν επίσημη υποτροφία από ξένο πανεπιστημιακό ίδρυμα. Σημειώνω εδώ με έμφαση, ότι δεν ήταν πρόθεσή μου να αποφύγω την υπηρεσία υπαίθρου. Εξ άλλου, μετά την επιστροφή μου από Γερμανία και ΗΠΑ εξεπλήρωσα αυτήν την υποχρέωση. Υπηρέτησα νομίμως στο Νοσοκομείο Λοιμωδών, με καθημερινή εργασία σε θαλάμους ηπατιτίδων, μηνιγγίτιδος, λέπρας κ.ά, καθώς και με 24ωρες εφημερίες ανά 2-4 ημέρες. Ήταν όμως κρίμα να χάσω, ίσως διά παντός, την πολυπόθητη υποτροφία που ήταν ιδιαίτερα σημαντική για την μελλοντική μου ακαδημαϊκή ζωή. Γι' αυτό, ενώ ήμουν στο Νοσοκομείο, μου έφερε η μητέρα μου το διαβατήριό μου και μερικές δραχμές για συνάλλαγμα (τότε μόνο 150 δολάρια ΗΠΑ). Έφυγα «σकाστός» από την Κλινική, έβγαλα συνάλλαγμα στην Τράπεζα της Ελλάδος καθώς και βραδυνό εισιτήριο για Μόναχο μέσω Μιλάνου (με δανεικά χρήματα από γνωστό μου πρακτορείο). Το ίδιο απόγευμα ενωρίς περίμενα τον καθηγητή Μαλάμο έξω από το ιατρείο του, στην οδό Ομήρου. Του εξέθεσα το γεγονός και μου εξήτησε να βρω τον νεότερο συνάδελφο Μαυρικάκη και να του παραδώσω τους ασθενείς (τόσο ισχυρό ήταν τότε το αίσθημα του καθήκοντος έναντι των ασθενών). Έτσι και

έγινε. Το βράδυ πήγα στο αεροδρόμιο φοβισμένος αλλά και αποφασισμένος. Ευτυχώς έφυγα ανενόχλητος. Ίσως δεν είχε φθάσει ακόμη η σχετική εντολή (έγγραφο) στις πύλες εξόδου της Χώρας. Η δεύτερη πτήση από Μιλάνο ήταν την επομένη ημέρα αργά το πρωί. Φθάνοντας περίπου 12 νύχτα στο Μιλάνο διάλεξα ένα πολύ ευθηνό ξενοδοχείο λόγω περιορισμού στα διαθέσιμα χρήματα, με όλες τις αρνητικές εικόνες στους γύρω δρόμους και στο ίδιο το ξενοδοχείο (ο νοών νοήτω), αλλά δεν με ένοιαζε, διότι ένοιωθα ανακούφιση που μπόρεσα να φύγω.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ULM ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ, ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ
ALEXANDER-VON-HUMBOLDT (ULM)

ULM, ΠΡΩΤΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Όπως ανέφερα στο τέλος του προηγούμενου υποκεφαλαίου το ταξίδι μου από Αθήνα προς Μόναχο έγινε σε δύο φάσεις και ήταν επεισοδιακό. Την πρώτη ημέρα που έφθασα στο Μόναχο, πήρα το τραίνο για την πόλη ULM , που φιλοξενεί την περίφημη Ιατρική Σχολή (πρότυπο για όλη την Γερμανία, ονομαζόταν Ulmer Modell). Το Ulm είναι μια μικρή πόλη της Βαυαρίας, βορείως του Μονάχου που κείται επάνω στον Δούναβη. Την επομένη ημέρα πήγα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο και συνάντησα τον μελλοντικό προϊστάμενό μου διάσημο καθηγητή Ernst Pfeiffer. Με υπεδέχθη πολύ φιλικά, μου ανέθεσε συγκεκριμένο ερευνητικό έργο (επώαση απομονωμένων παγκρεατικών νησιδίων του επίμυος σε διάφορες πειραματικές συνθήκες, όπως πχ υπό την επίδραση γαστρεντερικών ορμονών, σουλφονουλουριών κ.ά). Σημειώνω ότι αυτή η έρευνα και πολλές άλλες συναφείς στο Ulm και σε άλλα κέντρα, ήταν η απαρχή σημαντικών μελλοντικών ανακαλύψεων στην θεραπευτική του διαβήτη (GLP-1 και παράγωγα του, που σήμερα εκπροσωπούνται από πολλά σκευάσματα για τον διαβήτη, αλλά και την παχυσαρκία). Ο Pfeiffer μου ανέφερε επίσης, ότι στην Κλινική του εργάζεται από ετών και διαπρέπει ο παλαιότερός μου συνάδελφος, και μετέπειτα καθηγητής στο ΕΚΠΑ Ράπτης, ο οποίος απουσίαζε εκείνη την εποχή στην Αθήνα . Σε αυτό το σημείο σημειώνω ότι ο καθηγητής Σωτήρης Ράπτης ήταν, χρόνια αργότερα στην Αθήνα, στενός μου συνεργάτης και φίλος.

Όπως ανέφερα στο προηγούμενο κεφάλαιο (ΘΚ, ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗ ΑΚΥΡΩΣΗ ΜΕΤΑΒΑΣΕΩΣ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΓΕΡΜΑΝΙΑ...) η υποτροφία μου άρχιζε κανονικά την 1^η Νοεμβρίου 1969. Ο Pfeiffer είχε την καλοσύνη να καλύψει την παραμονή μου για τους μήνες που είχα φθάσει νωρίτερα, Σεπτέμβριο και Οκτώβριο, με ένα μικρό σχετικά επίδομα ώσπου να αρχίσει να τρέχει η υποτροφία μου. Τέλος, με έστειλε μέσω της γραμματέας στον άμεσο προϊστάμενό μου Manfred Hinz. Και αυτός με εδέχθη με ευγένεια και άρχισε να μου εξηγεί τι ακριβώς θα κάνουμε. Στη συνέχεια διαπίστωσα ότι ήταν ένας εξαιρετικός επιστήμονας, καλλιεργημένος άνθρωπος που είχε περάσει πολλές δυσκολίες στη ζωή του. Τις επόμενες ημέρες έμεινα σε μια φοιτητική εστία (πολύ ευθηνά). Αργότερα, βρήκα μονιμότερη κατοικία σε μια σοφίτα. Πήγαινα με το λεωφορείο στο Νοσοκομείο, ώσπου, αρκετά αργότερα, αγόρασα ένα μεταχειρισμένο πολλών χιλιομέτρων Volkswagen. Το πρωί μέχρι αργά το απόγευμα συμμετείχα ενεργά στις ερευνητικές εργασίες που με αφορούσαν (πρβλ. επόμενο κεφάλαιο).

ULM, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑ

Αυτά αφορούσαν κυρίως την ινσουλινοέκκριση από τα παγκρεατικά νησίδια, όπως προανέφερα. Ταυτόχρονα και παράλληλα, εκπαιδευόμουν σε διάφορες τεχνικές και μεθόδους. Για παράδειγμα, η επώαση των νησιδίων γινόταν ως εξής : Μετά την αφαίρεση του παγκρέατος των πειραματοζώων, το όργανο ετεμαχίζετο σε πολύ μικρά κομματάκια, τα οποία ετοποθετούντο σε διαλύματα που προσθέταμε συγκεκριμένη ποσότητα του ενζύμου

κολλαγενάση με σκοπό την διάσπαση του κολλαγόνου και την απομάκρυνση του εξωπαγκρεατικού ιστού. Αυτή η φάση ήταν κρίσιμη, διότι η υπερβολική έκθεση στην κολλαγενάση μπορεί να μειώσει την λειτουργικότητα των νησιδίων ή και να τα εξουδετερώσει. Γι' αυτό, κατά πυκνά διαστήματα γινόταν μικροσκόπηση δειγμάτων και ή διαδικασία σταματούσε όταν τα νησίδια ήταν καθαρά . Ακολουθούσε έκπλυση και αφαίρεση των νησιδίων με λεπτή πιπέτα υπό το μικροσκόπιο και τοποθέτηση των νησιδίων σε μικρά σωληνάρια που περιείχαν το επωαστικό υγρό με μικρή ή μεγαλύτερη πυκνότητα γλυκόζης καθώς και διάφορες υπό δοκιμή ουσίες, ιδίως διάφορες γαστρεντερικές ορμόνες που ιδιαίτέρως μας ενδιέφεραν. Τα διαλύματα δεν ήταν έτοιμα του εμπορίου, αλλά τα παρασκευάζαμε επίσης οι ίδιοι.

Καρπός πολλών παρομοίων πειραμάτων μας ήταν τουλάχιστον οκτώ δημοσιεύσεις εντός διαιτίας, που διήρκησε η ανανεωθείσα υποτροφία μου. Σκοπός του παρόντος μικρού βιβλίου δεν είναι, όπως αναφέρω και στον Πρόλογο, η ανάλυση των προσωπικών μου δημοσιεύσεων. Αυτές ανευρίσκονται εύκολα στο pubmed κλπ. Αφιερώνω όμως, μερικές γραμμές στα τεχνικά θέματα για να αντιληφθεί ο αναγνώστης τις δυσκολίες που αντιμετωπίζαμε εκείνη την εποχή. Μεταξύ άλλων, κάναμε πειράματα βιοσύνθεσης ινσουλίνης χρησιμοποιώντας ραδιενεργώς σσημασμένα αμινοξέα. Μια άλλη τεχνική με την οποία εξοικειώθηκα ήταν οι ραδιοανοσολογικές μετρήσεις ινσουλίνης και ορισμένων άλλων ορμονών με τη βοήθεια γ counters. Τότε, μόλις άρχιζε από τη χημική-φαρμακευτική βιομηχανία η παραγωγή έτοιμων kit. Λόγω αυτού, παρασκευάζαμε μόνιμοι μας τα διάφορα buffer και το

δυσκολότερο, παρασκευάζαμε, εμείς οι ίδιοι, τα αναγκαία αντισώματα για τις μετρήσεις ενίοντας επαναληπτικά σε ινδικά χοιρίδια ινσουλίνη ή άλλες ορμόνες ώστε να προκαλούμε ανοσολογική αντίδραση (παραγωγή αντισωμάτων για τις ραδιοανοσολογικές μετρήσεις).

ULM, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΕΣΧΕΔΙΑΣΑ ΚΑΙ ΕΞΕΤΕΛΕΣΑ

Χάρης στην οικονομική άνεση της Κλινικής σε ότι αφορά τις ανάγκες της έρευνας, αλλά και λόγω του προσωπικού μου ζήλου (φιλοδοξία ενός νέου επιστήμονος, και η έμφυτη - ίσως υπερβολική- περιέργεια που, άλλοτε καλώς και άλλοτε κακώς, με διακρίνει), κατάφερα να διεκπεραιώσω δύο διαφορετικά προγράμματα, αποκλειστικά δικής μου εμπνεύσεως.

A) Μελέτη της εκκρίσεως γλυκαγόνης σε πειραματικό διαβήτη προκληθέντος με χορήγηση στρεπτοζοτοκίνης.

B) Πειραματικός υποθυρεοειδισμός μέσω θυρεοειδεκτομής σε επίμυς και μελέτη της ανοχής στη γλυκόζη καθώς και της εκκρίσεως ινσουλίνης. Επιπλέον, επίδραση της υποκατάστασης με θυροξίνη επί 29 ημέρες.

Αμφότερες οι μελέτες είναι πρωτότυπες και δημοσιεύθηκαν στο περιοδικό *Horm Metab Res* 1970, η πρώτη, και 1972 η δεύτερη. Για τυχόν ενδιαφερομένους, αυτές οι δημοσιεύσεις καθώς και οι αναφερόμενες στο προηγούμενο υποκεφάλαιο μπορούν να ανευρεθούν στο *pubmed* και αλλού.

Αναφέρω και πάλι, ότι σκοπός του παρόντος πονήματος δεν είναι η ανάλυση των επιστημονικών δημοσιεύσεων του γράφοντος (πρβλ. κεφάλαιο Πρόλογος).

Με αφορμή την αναφορά στη διαβητογόνο δράση της στρεπτοζοτοκίνης, απλά μνημονεύω ότι η ομάδα μας εθεράπευσε επιτυχώς για κάποιο διάστημα μια δύστυχη γυναίκα με κακόηθες ινσουλίνωμα και πολλαπλές μεταστάσεις με την επαναληπτική χορήγηση στρεπτοζοτοκίνης. Ήταν τότε, η δεύτερη αναφορά στην παγκόσμια βιβλιογραφία.

ULM, ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ulm είχε τρεις βασικές κατευθύνσεις: τον Μεταβολισμό -Ενδοκρινολογία, την Αιματολογία και την Ψυχοσωματική Ιατρική. Τα τμήματα αυτά ήταν πλαισιωμένα με εξαιρετους διεθνώς γνωστούς επιστήμονες. Εκτός αυτών, είχε όλα τα άλλα τμήματα ενός μεγάλου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου με αξιόλογες Χειρουργικές και άλλες Κλινικές.

Στο πλαίσιο της γενικότερης εκπαίδευσεως στην Παθολογία και άλλους τομείς, γίνονταν καθημερινά διαλέξεις σε όλο το φάσμα της Ιατρικής με πολλούς αξιόλογους ομιλητές.

Μου είχαν επίσης κάνει εντύπωση δύο γεγονότα : α) Κάθε πρωί ενωρίς, συζητούνταν στο μεγάλο αμφιθέατρο, παρουσία ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, περιπτώσεις ασθενών που πρόσφατα είχαν αποβιώσει ή στους οποίους είχαν διενεργηθεί βιοψίες. Μετά την αναφορά των περιληπτικών στοιχείων του ιστορικού, οι παθολογοανατόμοι επεξηγούσαν τα εκάστοτε ευρήματα. Συνήθως, παρουσιάζονταν κάθε φορά πέντε έως έξι

περιπτώσεις. β) οι ιατροί που έκαναν την διδακτορική τους διατριβή είχαν άδεια ενός συνήθως χρόνου να κάνουν έρευνα στα εργαστήρια και είχαν για αυτό το διάστημα απαλλαγεί από την κλινική απασχόληση, ώστε να μην διαταράσσεται το κλινικό καθήκον από την ερευνητική εργασία και το αντίστροφο.

ΚΛΙΝΙΚΗ JOSLIN

JOSLIN ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Σημείωση : Η δυνατότητα για να γίνει κανείς δεκτός για εργασία-μετεκπαίδευση σε οποιοδήποτε Αμερικανικό Νοσοκομείο είχε καταρχάς ως προϋπόθεση την επιτυχία στις εξετάσεις ECFMG, όπως ελέγοντο τότε. Η βαθμολογία μου στις εξετάσεις αυτές ήταν αρκετά υψηλή. Εκτός αυτού, στην αποδοχή της δικής μου υποψηφιότητας στην Κλινική Joslin , πιστεύω ότι έπαιξαν ρόλο τα πιστοποιητικά μου από την Θεραπευτική Κλινική και από το Πανεπιστήμιο UIm και ίσως πληροφορίες που λαμβάνει η Κλινική κατά τρόπο απόρρητο για το επιστημονικό υπόβαθρο του αιτουμένου.

Αναχώρησα από το UIm της Γερμανίας για την Βοστώνη (πτήση μέσω Στουτγάρδης) στο τέλος Ιουνίου 1971, χωρίς να έλθω ενδιάμεσα στην Αθήνα, στο σπίτι μου. Η υπηρεσία μου στην περίφημη, διεθνώς γνωστή ως Μέκκα του διαβήτου, Joslin Clinic (συνδεδεμένη επιστημονικά με το Harvard) άρχιζε κανονικά την 1^η Ιουλίου. Στην αρχή φιλοξενήθηκα στο διαμέρισμα ενός Ελβετού ιατρού διαβητολόγου , του Jean Philippe Assal και μετά λίγες ημέρες μετακόμισα σε μια περιοχή της Βοστώνης που απείχε μόλις 20 λεπτά βάδιση από την Joslin Clinic.

Ο διευθυντής της Κλινικής , λαμπρός κλινικός διαβητολόγος Dr Bradley με υπεδέχθη με ευγένεια. Η Κλινική ήταν πρακτικά μια διδακτική μονάδα για τους ασθενείς με διαβήτη και η παραμονή τους στην Κλινική ήταν εβδομαδιαία. Το διδακτικό πρόγραμμα για τα διαβητικά άτομα γινόταν από ιατρούς και διδάσκουσες νοσηλεύτριες

(teaching nurses). Αυτό περιλάμβανε αρκετά θεωρητικά μαθήματα αλλά και συστηματική πρακτική εκπαίδευση πχ. τρόπος ενέσεως ινσουλίνης, αντιμετώπιση υπογλυκαιμίας κλπ.

Οι υποχρεώσεις ημών των “fellows” περιλάμβαναν : εξέταση ασθενών που έρχονταν στην Κλινική από διάφορα σημεία της Χώρας, κλινική φροντίδα διαβητικών ασθενών που νοσηλεύονταν για παθολογικά ή χειρουργικά προβλήματα στο γειτονικό Deaconess Hospital, που επικοινωνεί με σήραγγα με την Joslin Clinic. Σημειωτέον, ότι η κλινική εξέταση που κάναμε ήταν πληρέστατη (πχ.

οφθαλμοσκόπηση, ακόμη και αδρά γυναικολογική εξέταση).

Κάθε πρωί 08.00’ έως 09.00’ είχαμε διδακτική συγκέντρωση (συζήτηση προβλημάτων των ασθενών, αλλά και διαλέξεις συχνά διακεκριμένων επιστημόνων). Η παρουσία μας στην Κλινική ήταν σχεδόν ολοήμερη 08.00’ έως 17.00’, εκτός βέβαια αν είχαμε βαρειά ασθενείς, οπότε παρατεινόταν.

Εργαζόμαστε και το Σάββατο.

Από ερευνητικής πλευράς είχαμε τη δυνατότητα να συνεργασθούμε με τα μόνιμα μέλη της Κλινικής.

Σε ότι αφορά τις εφημερίες , αυτές ήταν συχνές αλλά κατά κανόνα γίνονταν από το σπίτι (είμαστε εφοδιασμένοι με beeper μακράς εμβέλειας).

JOSLIN, ΜΕΡΙΚΕΣ ΕΝΤΥΠΩΣΙΑΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΧΑΡΑΞΑΝ ΤΗΝ ΜΝΗΜΗ ΜΟΥ

Ασφαλώς οι καταστάσεις που έζησα και οι εμπειρίες που απέκτησα ήταν πολλές. Παρακάτω, αναφέρω μερικές από αυτές , που ήταν για μένα αρκετά διδακτικές. :

-Ένας νέος άνθρωπος με διαβήτη τύπου 1 ενώ έκανε την πρώτη ένεση ινσουλίνης παρουσίασε μπροστά τα μάτια του Dr Kozak (ενδοκρινολόγος και μόνιμο μέλος της Κλινικής) βαρύ αναφυλακτικό επεισόδιο με συρίττουσα αναπνοή, δύσπνοια, οίδημα προσώπου. Αμέσως του χορηγήθηκε αραιωμένη -με το αίμα του ασθενούς- αδρεναλίνη πολύ βραδέως ενδοφλεβίως . (ως γνωστόν η ταχεία έγχυση αδρεναλίνης προκαλεί κοιλιακή μαρμαρυγή). Ευτυχώς ο ασθενής επέζησε.

-Προσήλθε Έλληνας ασθενής , το επάγγελμα παντοπώλης. Ο επιβλέπων ιατρός της Joslin μου εξήτησε να του γράψω συγκεκριμένη δίαιτα στα Ελληνικά. Μετά μου εξήτησε να μάθει τι ακριβώς έγραψα. Εγώ χορήγησα ως πρόσθετο λίπος στις σαλάτες και στο μαγείρεμα ελαιόλαδο, οπότε μου λέει με απορία: butter? no butter?. Ήταν η εποχή που μόλις άρχιζε να επικρατεί η αντίληψη περί προτιμήσεως μονοακόρεστων και πολυακόρεστων λιπών έναντι των κεκορεσμένων. Τελικά η θέση μου έγινε αποδεκτή, για τον πρόσθετο λόγο, ότι και αν ακόμη του έγραφα βούτυρο, ο ασθενής (Έλληνας γαρ..) θα καταλάωνε ελαιόλαδο.

-Είδα νέον διαβητικό ασθενή με επεισόδιο κετοξεώσεως (όχι πλήρους κώματος, χωρίς λοίμωξη ή άλλα προβλήματα) να θεραπεύεται για αρκετές ώρες σε περιβάλλον εξωτερικού ιατρείου και μετά να πηγαίνει σπίτι του, αφού όμως έλαβε λεπτομερείς οδηγίες και αφού του εδόθη η δυνατότητα επικοινωνίας ανά πάσα στιγμή με τον ιατρό του. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες , αυτός ο ασθενής σίγουρα θα είχε εισαχθεί στο Νοσοκομείο.

-Είχα την ευκαιρία να συναντήσω δύο ασθενείς με ελαφρώς παθολογική ανοχή στη γλυκόζη (χωρίς έκδηλο διαβήτη) που παρουσίαζαν στοιχεία διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, κυρίως μικροανευρύσματα. Αυτό είναι σπάνιο., όπως περιέγραψαν αρχικά οι Keen H and Jarrett J στη μελέτη Bedford στην Αγγλία και επιβεβαίωσε η δική μας ομάδα στην επιδημιολογική μελέτη Αιγάλεω. Αντιστρόφως, στον προδιαβήτη παρατηρούνται αρκετά συχνά εκδηλώσεις μακροαγγειοπάθειας (στεφανιαία νόσος κ.ά.).

-Γυναίκα με διαβήτη τύπου 1 έκανε υστερεκτομή λόγω πολλαπλών ινομυωμάτων της μήτρας. Την 4^η μετεγχειρητική ημέρα υπεβλήθη υπό γενική αναισθησία σε ολική αφαίρεση οδόντων (κατεστραμμένοι οδόντες, βαρειά περιοδοντοπάθεια) προκειμένου μελλοντικά να ακολουθήσουν προσθετικές εργασίες. Σημειώνεται ότι, ο διαβήτης, ιδίως ο αρρυθμιστος, προκαλεί συχνά περιοδοντίτιδα (τρεις φορές πιο πολύ απ' ότι στα μη διαβητικά άτομα) με συχνή απώλεια οδόντων. Επιπλέον, η υψηλή συγκέντρωση γλυκόζης στον σίελο προάγει την εμφάνιση και εξέλιξη της τερηδόνας. Στην προκειμένη περίπτωση προκαλεί επίσης εντύπωση η ταχεία «διεκπεραίωση» των προβλημάτων της ασθενούς και η βραχεία νοσηλεία που στη Χώρα μας φαντάζει απίθανη.

-Άνδρας άνω των 80 ετών, που ήταν ο τρίτος άνθρωπος που άρχισε ινσουλίνη παγκοσμίως, υποβλήθηκε σε πολύωρη βαρειά επέμβαση με τρία bypass. Ήμουν υπεύθυνος να είμαι συνεχώς παρών προ, κατά και μετά το χειρουργείο.

Του έδινα μικρές δόσεις ινσουλίνης ανά μικρά διαστήματα. Εννοείται ότι ήμουν σε συνεχή υπερένταση. Ευτυχώς, όλα εξελίχθηκαν ομαλά. Προτού πάρει εξιτήριο του δώσαμε οδηγίες, όπως ε συνηθίζετο τότε, με δύο δόσεις ινσουλίνης ,πρωί βράδυ του τύπου Lente σε συνδυασμό με κρυσταλλική ινσουλίνη και παράλληλα του συστήσαμε αυτοέλεγχο με αυξομείωση των δόσεων της ταχείας δράσεως ινσουλίνης ανάλογα με τα ευρήματα.

Όμως, ο ασθενής πεισμώνως αρνήθηκε και παρέμεινε στο προγενέστερο σχήμα τεσσάρων δόσεων ταχείας δράσεως ινσουλίνης, λέγοντας ότι έτσι ρυθμίζεται ικανοποιητικά. Εκ των υστέρων σκέπτομαι ότι ο ισχυρισμός του ασθενούς δεν ήταν πολύ λάθος και προσομοίαζε στις σημερινές αντιλήψεις περί πολλαπλών δόσεων ινσουλίνης.

-Ασθενής μεγάλης ηλικίας με διαβήτη τύπου 2 και με σημαντικό βαθμό καρδιακής ανεπάρκειας προσκομίστηκε για υπερωσμωτικό υπεργλυκαιμικό κώμα . Όπως όλοι γνωρίζουμε, η κλασική θεραπεία του ΥΥΚ περιλαμβάνει άμεση έναρξη θεραπείας με ταχεία ενδοφλέβιο έγχυση υγρών και ηλεκτρολυτών και μικρές σχετικά δόσεις ινσουλίνης. Στον συγκεκριμένο όμως ασθενή, η χορήγηση αυτών των υγρών θα προκαλούσε θάνατο από καρδιακή κάμψη. Με τις οδηγίες ενός λαμπρού ιατρού της Joslin (Dr. Krall) θεραπεύσαμε το κώμα χορηγώντας λίγα μόνο υγρά, αλλά πολύ μεγάλες δόσεις ινσουλίνης. Είμαστε έντονα προβληματισμένοι και ο Krall έλεγε χαριτολογώντας ότι την επομένη ημέρα, στην πρωινή αναφορά, θα μας απαγχονίσουν ή αντιστρόφως θα μας ζητωκραυγάσουν. Ευτυχώς επιζήσαμε...

-Ένα διαβητικό τύπου 1 άτομο νοσηλεύθηκε για διάφορα συνυπάρχοντα προβλήματα. Λόγω υψηλής τιμής χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων του χορηγήσαμε κλοφιμπράτη. Με τη πάροδο των ημερών ο ασθενής ενεφάνισε σημαντική και συνεχώς επιδεινούμενη μυϊκή αδυναμία και ατροφία. Υποπτεύθηκα την κλοφιμπράτη ,ενώ εκείνη την εποχή δεν ήταν γνωστή αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια του φαρμάκου. Η φωσφορική κρεατινοκινάση ήταν πολύ υψηλή. Η κλοφιμπράτη διεκόπη πάραυτα. Ακολούθησε εντυπωσιακή μείωση της τιμής της στο αίμα και το πιο «συνταρακτικό» προοδευτική αποκατάσταση της μυϊκής ισχύος του ασθενούς. Μετά από ενδελεχή έλεγχο (πολλές ώρες αναζήτησης στη βιβλιοθήκη του Harvard , τότε δεν υπήρχε internet) διαπίστωσα ότι ήταν η δεύτερη περίπτωση που είχε αναφερθεί σε μεγάλης κυκλοφορίας ιατρικά περιοδικά. Αργότερα, δημοσιεύσαμε αυτή την παρατήρηση (New England Journal of Medicine 286:1111-1112,1972). Ακολούθησαν και αρκετές ανάλογες δημοσιεύσεις άλλων συγγραφέων.

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΕΡΓΑΤΙΔΑ ΤΗΣ ΡΑΔΙΟΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΕΤΡΗΣΕΩΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Dr.YALOW

Ελάχιστα χρόνια πιο πριν η Yalow, που είχε σπουδάσει Φυσική, είχε ανακαλύψει ότι η βόειος ινσουλίνη που εχορηγείτο τότε σε διαβητικά άτομα δημιουργεί ανοσολογική αντίδραση (παραγωγή αντισωμάτων). Αυτό την οδήγησε, σε συνεργασία με τον σύζυγό της Berson, να προχωρήσει στην ανάπτυξη της ραδιοανοσολογικής μεθόδου (radioimmunoassay) μετρήσεως ινσουλίνης . Η

μέθοδος στηρίζεται στην σύνδεση της ινσουλίνης με αντισώματα. Αυτά προστίθενται στα προς μέτρηση δείγματα ορού αίματος. Παρενθετικά αναφέρω ότι εκτός της ινσουλίνης, αρκετές πρωτεϊνικές ορμόνες μπορεί να μετρηθούν με βάση αυτή την μέθοδο, γεγονός πολύ σημαντικό για την Ιατρική και την πρόοδο της επιστήμης γενικότερα. Για την ανακάλυψή της αυτή, η Yalow ετιμήθη με το βραβείο Nobel. Όταν την επισκέφθηκα στο εργαστήριό της στην Νέα Υόρκη, προτού επιστρέψω από την Βοστώνη στην Αθήνα, μου ανέφερε εκτός πολλών άλλων, και το εξής. Όταν αρχικά έστειλε για δημοσίευση την εργασία της στο παγκόσμιας επιστημονικής εμβέλειας περιοδικό Nature, οι κριτές επέστρεψαν το δοκίμιο ως «ανεπιθύμητο» αναφέροντας «every body knows that insulin does not produce antibodies». Ουδέν σχόλιον...

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΟΙΜΩΔΩΝ, ΛΑΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Κατά κακή τύχη, όταν επέστρεψα στην Αθήνα τον Ιούλιο 1972 από την Βοστώνη, ο καθηγητής Μαλάμος ήταν βαρεια ασθενής από ταχέως εξελισσόμενο νεόπλασμα και εντός ημερών απεβίωσε.

Αυτή η απώλεια με οδήγησε σε αλλαγή πορείας. Εστράφην προς τον καθηγητή Δαϊκό, που είχε ήδη γίνει διευθυντής της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής στο Λαϊκό Νοσοκομείο. Αυτός με εδέχθη με καλοσύνη, και με θετική διάθεση σε ότι αφορά την μελλοντική μου ακαδημαϊκή εξέλιξη, αλλά χωρίς μισθό για χ διάστημα, λόγω μη διαθεσιμότητας θέσεως πανεπιστημιακού επιμελητού. Εξ άλλου, έπρεπε πρώτα να εκπληρώσω την υποχρέωση επαρχίας για την οποία όπως ανέφερα σε προηγούμενο κεφάλαιο τοποθετήθηκα στο νοσοκομείο Λοιμωδών.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΟΙΜΩΔΩΝ

Εκτός από την Παθολογική και Παιδιατρική Κλινική υπήρχε στο Νοσοκομείο και χωριστό τμήμα για τα άτομα με λέπρα. Οι υποχρεώσεις μου αφορούσαν τα πάντα, απλές αιμοληψίες, σπανίως με γάντια, και με χρησιμοποίηση γυάλινων βρασμένων συρίγγων, οσφυονωτιαίες παρακεντήσεις σε μηνιγγίτιδες, καθημερινές επισκέψεις με τον διευθυντή της Κλινικής κ.ά.).

Οι 24ωρες εφημερίες μου ήταν συχνές ανά 4 ή 3 ή ενίοτε ανά 2 ημέρες και αφορούσαν τους ασθενείς σε όλα αυτά τα τμήματα του Νοσοκομείου. Σημειώνω και πάλι, ότι η απουσία από την εργασία την επομένη ημέρα της εφημερίας (το λεγόμενο of) ήταν τότε κάτι άγνωστο.

Το μεγαλύτερο μέρος των πασχόντων αφορούσε ηπατίτιδες, κυρίως Α, και μηνιγγίτιδες. Οι εμπειρίες που απέκτησα στον τομέα των λοιμωδών νόσων, κάπως μακριά από τα πιο ιδιαίτερα ενδιαφέροντά μου, ήταν μοναδικές. Κατωτέρω αναφέρω επιλεκτικά ορισμένα περιστατικά :

-Ημέρα Χριστουγέννων 1972 εφημέρευα. Τη νύχτα προσήλθε ασθενής με μηνιγγίτιδα. Την ώρα της οσφυονωτιαίας παρακεντήσεως εκτινάχτηκε στο πρόσωπό μου πύον λόγω αυξημένης πίεσεως. Ήταν μηνιγγίτις από μηνιγγιτιδόκοκκο. Έλαβα από του στόματος αντιβιοτικά. Η θεραπεία αυτού του τύπου των μηνιγγιτίδων συνίστατο τότε σε βραδεία συνεχή έγχυση πολλών εκατομμυρίων μονάδων πενικιλίνης. Δεν θυμάμαι περίπτωση θεραπευτικής αστοχίας.

Σήμερα βέβαια , σε πρώτη φάση, προτιμάται η κεφτριαξόνη διότι αυτή καλύπτει πολύ καλύτερα τον πνευμονιόκοκκο, ενώ ο μηνιγγιτιδόκοκκος παραμένει πολύ ευαίσθητος στην πενικιλίνη.

-Πάλι σε ημέρα εφημερίας φέρνουν ένα βρέφος εννέα μηνών, με εικόνα μηνιγγίτιδος. Αρχίζω μετά φόβου Θεού, τελείως εμπειρικά, ενδοφλέβια έγχυση πενικιλίνης αλλά και υδροκορτιζόνης. Ατυχώς, το τηλέφωνο του διευθυντού παιδιάτρου δεν απαντούσε. Ένας λοιμωξιολόγος συνάδελφος μου ανέφερε ότι σήμερα στην μηνιγγίτιδα των παιδίων συνιστάται και η χορήγηση κορτιζόνης. Ευτυχώς το βρέφος επέζησε.

-Ένα βράδυ έζησα μια φοβερή εικόνα σε γυναίκα 30 περίπου ετών με τυπικό τέτανο. Ήταν σε σχετική καταστολή

και έπρεπε να γίνει τραχειοτομή, διότι η εισαγωγή τραχειοσωλήνος ήταν αδύνατη λόγω του σπασμού των μασητήρων. Εννοείται , ότι η πολύ βαριά καταστολή δεν ήταν επιτρεπτή, λόγω του ότι δεν υπήρχε αναπνευστική υποστήριξη. Εκλήθη επειγόντως ο σύμβουλος χειρουργός και την ώρα της επείγουσας τραχειοτομής, η οποία γίνονταν με ιδιαίτερη ταχύτητα , η ασθενής εν μέσω γενικευμένων σπασμών έγινε κυανωτική και απεβίωσε. Δεν δύναμαι να γνωρίζω αν ο θάνατος επήλθε από τον τέτανο αυτόν καθαυτόν ή και από εισρόφηση λόγω αιμορραγίας.

-Σε ότι αφορά τα άτομα με λέπρα, οφείλω να πω ότι ορισμένοι νεότεροι συνάδελφοι δεν ήταν πλήρως πληροφορημένοι περί του ότι η λέπρα δεν μεταδίδεται καθόλου εύκολα. Γι' αυτό, όταν εκαλούντο να επισκεφθούν το τμήμα λεπρών, λόγω διαφόρων καθημερινών προβλημάτων υγείας, πήγαιναν με μεγάλη δυσφορία ή έδιναν «οδηγίες» μόνο από το τηλέφωνο. Παραθέτω απόσπασμα από σχετική ενημερωτική ενημέρωση του CDC "Leprosy was once feared as a highly contagious and devastating disease, but now we know it doesn't spread easily and treatment is very effective.... People with Hansen's disease can continue to work and lead an active life during and after treatment."

ΛΑΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Μετά την λήξη της θητείας μου στο Νοσοκομείο Λοιμωδών, άρχισε πλέον από τον Νοέμβριο 1973) η καθημερινή εργασία μου στην Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,

στο Λαϊκό Νοσοκομείο, υπό τον καθηγητή Γεώργιο Δαίκο. Όπως ήδη ανέφερα, ο καθηγητής με είχε ήδη ενημερώσει ότι για διάστημα που δεν μπορούσε να προσδιορίσει θα ήμουν άμισθος.

Τα καθήκοντά μου περιλάμβαναν : α) κλινικό έργο (επιμελητής σε δύο θαλάμους ασθενών), διαβητολογικό ιατρείο δύο φορές την εβδομάδα, που ο γράφων ίδρυσε (ένα από τα τρία πρώτα της Χώρας), φροντίδα διαβητικών ασθενών της Κλινικής και των περισσότερων Κλινικών του Νοσοκομείου.

β) διδακτικό έργο προς ιατρούς της Κλινικής, 4ετείς και βετείς φοιτητές, πρακτικά μαθήματα σε ομάδες διαβητικών ασθενών, σεμινάρια για τον διαβήτη προς νοσηλευτές από όλη την Αττική.

γ) ερευνητικό έργο στους τομείς σακχαρώδους διαβήτου και μεταβολικών νόσων. Στο πλαίσιο αυτό άρχισα να εργάζομαι και για την υφηγεσία μου που έγινε στο Εργαστήριο Φαρμακολογίας (επί 3ετία με την επίβλεψη του καθηγητού Βαρώνου). Για αυτό το σκοπό εργαζόμουν 3-4 φορές την εβδομάδα κατά τις απογευματινές ή και βραδυνές ώρες με την βοήθεια μιας παρασκευάστριας, που εκάλυπτα οικονομικά με δικά μου χρήματα. Μνημονεύω επίσης, την μεγάλη επιδημιολογική μελέτη στο Αιγάλεω Αττικής (21410 εξετασθέντα άτομα) που επανελήφθη μετά από 17 χρόνια στο ίδιο μέρος και με την ίδια μεθοδολογία). Αναφέρομαι μόνο επιγραμματικά σε αυτά, διότι, όπως προανέφερα στον Πρόλογο, σκοπός του παρόντος πονήματος δεν είναι η ανάλυση των ερευνητικών μου εργασιών ή δημοσιεύσεων. Θεωρώ καθήκον να αναφέρω ότι η συνεργασία μου με όλους τους ιατρούς και τμήματα του Νοσοκομείου ήταν άριστη. Ιδιαίτέρως επιθυμώ να τονίσω την συμπαράσταση

του εξαιρετού επιστήμονος καθηγητού Παυλάτου, που με περιέβαλε με εκτίμηση και αγάπη.

Ομοίως, τόσο ο καθηγητής Γεώργιος Δαΐκος, όσο και ο διάδοχός του στη διεύθυνση της Κλινικής καθηγητής Παύλος Σφηκάκης με αντιμετώπισαν με σεβασμό, αγάπη και υποστήριξαν το έργο μου. Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων μου αναφέρω επίσης, ότι εκτός από την ίδρυση του Εξωτερικού Διαβητολογικού Ιατρείου (Κέντρου, στη συνέχεια), ίδρυσα επίσης για πρώτη φορά σε δημόσιο ή Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού και Ιατρείο Παχυσαρκίας. Η προσφορά των συνεργατών μου Ν.Τεντολούρη, Κ. Μακρυλάκη, Αλ. Κόκκινου, Στ. Λιάτη, Ε. Διακουμοπούλου, Π. Τσαπόγα (και αργότερα των Ε. Λυμπερόπουλου Ι. Ελευθεριάδου, Μ.Αρβανίτη και Χρ. Κολιάκη) στην λειτουργία και περαιτέρω οργάνωση αυτών των Ιατρείων ήταν ανεκτίμητη.

Στο Λαϊκό πέρασα το μεγαλύτερο διάστημα της ακαδημαϊκής μου ζωής από το 1973 έως και το 2007, οπότε αφυπηρέτησα, ενώ ήμουν από 12ετίας καθηγητής 1^{ης} βαθμίδος και διευθυντής της Κλινικής από 13ετίας. Είναι ευνόητο, ότι οι αθροισθείσες εμπειρίες μου είναι πάρα πολλές. Όμως, από σεβασμό στον χρόνο του αναγνώστου θα περιορισθώ στις κατά την κρίση μου σημαντικότερες. Στο σημείο αυτό, δράττομαι της ευκαιρίας να ευχαριστήσω την Κλινική, και ιδιαίτερα τον τωρινό διευθυντή της καθηγητή Πέτρο Σφηκάκη, για την μεγάλη τιμή που μου έκανε δίνοντας το όνομά μου στο Ερευνητικό Διαβητολογικό Εργαστήριο της Κλινικής και την λαμπρή τελετή που οργάνωσε για αυτόν τον σκοπό τον Φεβρουάριο 2019 στο αμφιθέατρο του Νοσοκομείου.

ΛΑΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΜΕΡΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

- Στο εξωτερικό Ιατρείο, μετεφέρθη ασθενής 70 ετών με εικόνα ημιπληγίας . Οι συγγενείς του ανέφεραν την ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη για τον οποίο ελάμβανε την σουλφονουλουρία γλιβενκλαμίδα. Σε έλεγχο σακχάρου αίματος από το δάκτυλο βρέθηκε τιμή ιδιαίτερα χαμηλή τιμή,

< 30 mg%. Του χορηγήθη άμεσα πυκνό διάλυμα γλυκόζης (Calorose). Εντός λεπτών της ώρας, η ημιπληγική συνδρομή υπεχώρησε ενώ η υπογλυκαιμία αποκαταστάθηκε πλήρως. Είναι από παλαιότερα γνωστό, ότι η υπογλυκαιμία σε μεγάλα άτομα μπορεί να υποδυθεί διάφορες μορφές εγκεφαλικών επεισοδίων. Σε σχετική δημοσίευσή μας (Ιπποκράτης, 2:385-389,1989) περιγράφονται τρεις παρόμοιες περιπτώσεις που παρατηρήσαμε και θεραπεύσαμε. Σήμερα, έχει δειχθεί με την βοήθεια της λειτουργικής μαγνητικής τομογραφίας, ότι το αίτιο της «υπογλυκαιμικής ημιπληγίας» εντοπίζεται σε προ-υπάρχουσα βλάβη στο επίπεδο της έσω κάψας, που προδιαθέτει σε υποξία εγκεφαλικού ιστού όταν επισυμβεί υπογλυκαιμία.

-Συναφής με την ανωτέρω περίπτωση ήταν η τραγική ιστορία ανδρός 30 ετών, διαβητικού τύπου 1, που προσκομίστηκε ασυνόδευτος σε βαριά κωματώδη κατάσταση λόγω υπογλυκαιμίας. Κατά τις ενδείξεις η υπογλυκαιμική κατάσταση πρέπει να είχε αρχίσει πολλές ώρες πριν. Το σώμα του ασθενούς ήταν σε υπερέκταση το ίδιο και τα άκρα του. Με το παραμικρό ερέθισμα

παρουσίαζε γενικευμένους τονικοκλωνικούς σπασμούς. Υπήρχε σημείο Babinski άμφω. Η όλη κατάσταση ήταν απόλυτα συμβατή με εικόνα απεγκεφαλισμού (Θυμήθηκα το κλασσικό , βάρβαρο, πείραμα της Φυσιολογίας σε απεγκεφαλισμένο βάτραχο). Παρά την έναρξη άμέσου θεραπείας (γλυκόζη ενδοφλεβίως, έγχυση μανιτόλης κ.ά.) ο ασθενής απεβίωσε. Η νεκροτομή έδειξε διάχυτες φλοιώδεις εγκεφαλικές βλάβες ως επί υποξίας. Αυτές οι βλάβες δεν είναι ειδικές και παρατηρούνται σε δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακος, καρδιακή ανακοπή κ.ά.

-Διαβητικός ασθενής τύπου 2 , 60 ετών, παχύσαρκος νοσηλεύθηκε για οξεία εμπύρετη χολοκυστίτιδα. Ο ακτινολογικός έλεγχος έδειξε αέρα εντός της χοληδόχου κύστεως. Αυτή η κατάσταση που είναι γνωστή ως οξεία εμφυσηματώδης χολοκυστίτις (EX) απειλεί την ζωή (διάτρηση, σήψη) αν δεν χειρουργηθεί σχετικά επειγόντως . Ο ασθενής είχε αρχόμενη σηπτική εικόνα και προετοιμάστηκε πολύ γρήγορα για την εγχείρηση με υγρά, ηλεκτρολύτες και χορήγηση ινσουλίνης . Εντός του χειρουργείου, χορηγούσα ενδοφλεβίως bolus ινσουλίνης ανά 30 λεπτά βάσει των ενδείξεων του σακχάρου αίματος (εκτός της ινσουλίνης που υπήρχε ήδη στα υγρά εγχύσεων). Ο ασθενής, χάρις στην σωτήρια χολοκυστεκτομή κυριολεκτικά διεσώθη. Οι ανάγκες σε ινσουλίνη ταχέως σχεδόν μηδενίστηκαν (αναμενόμενο, λόγω υποχωρήσεως του εντόνου stress). Σημειώνεται, ότι η EX είναι αρκετά σπάνια (1% του συνόλου των περιπτώσεων χολοκυστίτιδος) και προκαλείται συνηθέστερα από μικρόβια του τύπου Clostridium sp.

- Γυναίκα 50 ετών, λίαν παχύσαρκη, με διαβήτη τύπου 2, εισήχθη για άλγος δεξιού υποχονδρίου. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος απέβη αρνητικός για χολολιθίαση. Δεν υπήρχαν άλλα ιδιαίτερα κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα πλην σακχάρου αίματος νηστείας με τιμές 130-140 mg %. Η ασθενής παρεπέμφθη για γαστροσκόπηση την οποία όμως ηρνήθη, πράγμα που εδήλωσε ενυπογράφως στο σχετικό βιβλίο των γαστρεντερολόγων. Τέσσερις περίπου μήνες μετά την έξοδό της από την Κλινική, προσήλθε στο γραφείο μου ο υιός της ζητώντας τον φάκελο νοσηλείας με όλα τα στοιχεία , διότι, ως ανέφερε, τον ζητούν σε άλλο Νοσοκομείο. Του εδόθη ο φάκελος . Μετά από αρκετές ημέρες ελάβαμε, εγώ , η αρμόδια επιμελήτρια , και η ειδικευόμενη βοηθός, κλήση διότι ασκήθηκε εναντίον μας ποινική δίωξη για συμβολή στον θάνατο της ασθενούς που είχε προ τριμήνου αποθάνει στο ανωτέρω Νοσοκομείο, από ραγδαία γαστρορραγία. Ετόλμησα να επισκεφθώ τον αρμόδιο δικαστικό λειτουργό. Μετά την έκθεση όλων των δεδομένων, προφανώς αυτός αντελήφθη ότι αδίκως διωκόμεθα , παρέπεμψε την υπόθεση στο Συμβούλιο Εφετών, το οποίο εξέδωσε απαλλακτικό βούλευμα. Γράφω όλα αυτά για να υπενθυμίσω στους νέους συναδέλφους, ότι τα πάντα πρέπει να τεκμηριώνονται γραπτώς. Με άλλα λόγια στην ανωτέρω περίπτωση, αν δεν υπήρχε η γραπτή μαρτυρία περί αρνήσεως της ασθενούς να υποβληθεί σε γαστροσκόπηση θα «τρέχαμε» πιστεύω σε δικαστήρια.

-Ασθενής με διαβήτη τύπου 2 εισήχθη σε ημέρα εφημερίας για οξύ επιγαστρικό άλγος και εμέτους. Τα παγκρεατικά ένζυμα ήταν εξαιρετικά υψηλά. Στο εργαστήριο, μετρήθηκαν τα τριγλυκερίδια εξ αιτίας της γαλακτώδους χροιάς του

ορού αίματος. Η τιμή τους υπερέβαινε τα 2000 mg%. Ακολούθησε λιπαφαίρεση με το ειδικό μηχάνημα σε επαναληπτικές συνεδρίες. Τα έντονα συμπτώματα και τα αυξημένα παγκρεατικά ένζυμα προοδευτικά υποχώρησαν. Ο ασθενής εβελτιώθη σημαντικά.

Τα κυριότερα αίτια της οξείας παγκρεατίτιδος είναι η χολολιθίαση και το οινόπνευμα. Η ΟΠ που οφείλεται σε πολύ μεγάλη αύξηση των τριγλυκεριδίων είναι σχετικά σπάνια.

-Μια παρατήρηση του καθηγητού Δαΐκου που απέτρεψε περαιτέρω θανάτους αφορούσε ένα πολύ θερμό καλοκαίρι σε μεγάλο ψυχιατρείο. Τότε, σημειώθηκαν αρκετοί δυσεξήγητοι θάνατοι σε ψυχιατρικούς ασθενείς. Ο καθηγητής Δαΐκος ήταν εκείνος που επέστησε την προσοχή, στο γεγονός ότι οι λαμβάνοντες μείζονα ηρεμιστικά φάρμακα δεν αντιδρούν επαρκώς στο πολύ θερμό περιβάλλον. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι θερμοπληξία και ενδεχομένως θάνατος. Τα συμπτώματα της θερμοπληξίας περιλαμβάνουν τα εξής :

Διέγερση, σύγχυση, επιληπτικές κρίσεις,
λήθαργος ή κώμα (όλα μπορεί να είναι αρχικές εκδηλώσεις)
Υψηλή θερμοκρασία σώματος (40°C ή μεγαλύτερη)
Αρχικά υψηλή αρτηριακή πίεση (μπορεί να ακολουθήσει shock)

Ταχυσφυγμία

Συχνή ρηχή αναπνοή εάν το άτομο κινείται, αργές και βαθιές αναπνοές εάν το άτομο είναι ακίνητο

Θερμό, ξηρό, κοκκινωπό δέρμα

-Γυναίκα 30 περίπου ετών εισήχθη λόγω παρατεινόμενου διαρροϊκού συνδρόμου. Κατά την εισαγωγή της έκανε εντύπωση ότι είχε υπνηλία και ελαφρά διανοητική σύγχυση, τάση για χαμηλή αρτηριακή πίεση, υπερκαλιαιμία και ελαφρά υπονατριαιμία. Η σκέψη μου εστράφη στη νόσο Addison. Με έκπληξη είδα στον βλεννογόνο του στόματος μαύρες κηλίδες, ενδεικτικές αυτής της νόσου. Στη συνέχεια την εξετάσαμε μαζί με τον ενδοκρινολόγο καθηγητή Παυλάτο . Της εχορηγήσαμε δοκιμαστικά ενδοφλέβια έγχυση υδροκορτιζόνης. Το ίδιο βράδυ είχε συνέλθει, ήταν διαυγής το βλέμμα της έλαμπε και η αρτηριακή πίεση είχε ελαφρώς αυξηθεί
Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε.

-Δύο ασθενείς παραπέμφθησαν, σε χωριστούς χρόνους, από Ψυχιατρικές Κλινικές στη δική μας Κλινική :

α) Η πρώτη ασθενής 45 ετών είχε προηγουμένως εκτιμηθεί από ψυχιάτρους για δήθεν κατάθλιψη. Είχε υπνηλία, ελαφρώς πρησμένο πρόσωπο, απόπτωση τριχών, ανέφερε δυσκοιλιότητα. Με βάση αυτά τα συμπτώματα και τις ορμονολογικές εξετάσεις που ακολούθησαν επιβεβαιώθηκε η πιθανολογούμενη διάγνωση του υποθυρεοειδισμού (υψηλή TSH, χαμηλές τιμές T4 και T3).

β) Η δεύτερη ασθενής, 38 ετών, παρεπέμφθη από Ψυχιατρική Κλινική διότι παρουσίαζε κρίσεις μυϊκού τρόμου, απώλειας της συνειδήσεως και εφιδρώσεων. Η κλασσική δοκιμασία νηστείας επιβεβαίωσε την υποθετική διάγνωση του ινσουλινώματος (αναπαραγωγή των αναφερθέντων συμπτωμάτων, χαμηλές τιμές γλυκόζης με ταυτόχρονα αυξημένες τιμές ινσουλίνης καθώς και άμεση

υποχώρηση των συμπτωμάτων με χορήγηση γλυκόζης ενδοφλεβίως).

Πιστεύω, ότι η λήψη ενός καλού ιστορικού από τους συναδέλφους που την είχαν αρχικά εξετάσει, θα είχε αποτρέψει την σοβαρή πλάνη, της εισαγωγής της ασθενούς σε Ψυχιατρική Κλινική.

-Το αντίστροφο σε σχέση προς την ανωτέρω περίπτωση β, συνέβη σε μια ασθενή 52 ετών η οποία εισήχθη στην Κλινική μας με υπόνοια ινσουλινώματος. Προτού αρχίσουμε τις εξετάσεις, την πρώτη ήδη νύχτα, αισθάνθηκε αδυναμία, τρόμο κ.ά. Κατανάλωσε ένα μεγάλο βάζο γλυκό του κουταλιού. Την άλλη ημέρα ο εξάίρετος νευρολόγος του Λαϊκού, Ντίνης, απεφάνθη με έμφαση : Αυτή η γυναίκα έχει ψυχοπάθεια και όχι ινσουλίνωμα, διότι στην δεύτερη περίπτωση θα έτρωγε 2-3 κουταλιές γλυκού και όχι ολόκληρο το βάζο. Οι εξετάσεις που έγιναν τον επιβεβαίωσαν. Το μεγαλείο της κλινικής σκέψης!....

-Σημειώνω το γεγονός ότι σε κάθε εφημερία μας ενοσηλεύοντο μία έως τρεις περιπτώσεις γαστρορραγίας. Στη μεγάλη τους πλειοψηφία αυτές οφείλονταν σε λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ). Η γαστροσκόπηση σχεδόν πάντα έδειχνε διάχυτη υπεραιμία του γαστρικού βλεννογόνου.

Πιστεύω, ότι χρήση αυτών των πολύτιμων φαρμάκων, που όμως έχουν και αρκετά ανεπιθύμητα, είναι υπερβολική. Εκτός των οξειών αιμορραγιών από το πεπτικό, η χρόνια χορήγηση των ΜSAF μπορεί να προκαλέσει αναιμία λόγω μικρών συνεχιζομένων απωλειών αίματος. Επιπλέον, αυτά τα φάρμακα ενδεχομένως προκαλούν καρδιαγγειακά

επεισόδια κυρίως διότι αυξάνουν την αρτηριακή πίεση. Επίσης, η χρόνια χορήγηση ΜΣΑΦ σε άτομα που λαμβάνουν αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου ή και διουρητικά μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια.

-Ασθενής 38 ετών, πάσχων από 20ετία από διαβήτη τύπου 1, θεραπευόμενος με μίγματα βραδείας και ταχείας ενέργειας ινσουλίνης παρουσίασε κρίση εντόνου διεγέρσεως, συγχύσεως καθώς και εντόνου επιθετικότητας. Προσπάθησε να δείρει τους μεταφορείς του ΕΚΑΒ. Τελικά, μετεφέρθη στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου μας. Με τις ειδικές ταινίες διαπιστώθηκε πολύ χαμηλή τιμή σακχάρου αίματος. Μετά από χορήγηση πυκνού διαλύματος γλυκόζης (Calorse) συνήλθε και ήταν απόλυτα λογικός. Ο ασθενής ατυχώς, είχε αγνοήσει τις οδηγίες και τη σχετική συνταγή ιατρού που του είχε τονίσει : « σε οποιαδήποτε στιγμή που οι συγγενείς σου τον δουν σε σύγχυση και δεν μπορείς να καταπιείς να σου κάμουν αμέσως μια ένεση γλυκαγόνης ενδομυϊκώς ή έστω υποδορείως, και όταν σε λίγα λεπτά συνέλθεις, να πάρεις γλυκόζη ή έστω ζάχαρη από το στόμα».

Σημειώνω, ότι σήμερα κυκλοφορεί γλυκαγόνη υπό την μορφή ρινικού spray. Υπενθυμίζω επίσης, ότι οι ανεπίγνωστες υπογλυκαιμίες συμβαίνουν κυρίως σε ορισμένα διαβητικά άτομα τύπου 1 με μακρά διάρκεια της νόσου. Οι νεότερες ινσουλίνες φαίνεται ότι προκαλούν λιγότερες υπογλυκαιμίες, ιδίως νυκτερινές, απ' ότι οι παλιές.

ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΦΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΜΟΥ
(ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2007) ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

Σε αυτό το χρονικό διάστημα διέκοψα την κλινική μου εργασία, εκτός ενός πολύ βραχέος διαστήματος. Γι' αυτό, δεν υπάρχει πλέον αναφορά μου σε «μικρές κλινικές ιστορίες». Παρά ταύτα, συνέχισα τις επιστημονικές δραστηριότητές μου.

Ιδιαίτερα καρποφόρος ήταν η απασχόλησή μου στο Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής του ΕΚΠΑ, υπό την διεύθυνση της εκλεκτής καθηγήτριας κυρίας Περρέα, που μου προσέφερε στέγην εθελοντικής εργασίας σε αυτό το Εργαστήριο. Εκτός της συμμετοχής μου σε διάφορα ερευνητικά πρωτόκολλα, είχα την ικανοποίηση και την χαρά να προτείνω και επιβλέψω διδακτορικές διατριβές νεοτέρων συναδέλφων κ.ά.

Παράλληλα, παρακολουθούσα κάθε Πέμπτη τις πολύ ενδιαφέρουσες επιστημονικές συγκέντρωσεις της Κλινικής μας .

Επιπλέον , συνέχισα την επιστημονική συνεργασία με τους πολύ άξιους συνεργάτες μου στο Λαϊκό Νοσοκομείο.

Τέλος συνεχίστηκε σε ένα βαθμό η ενεργός συμμετοχή μου σε αρκετά συνέδρια Ελληνικά και ξένα.

ΕΙΜΑΙ ΕΥΓΝΩΜΩΝ ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ ΜΕ
ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΤΗΚΑ

