Ιατρικά Χρονικά
Βορειοδυτικής Ελλάδας

Περιοδικό της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας

Νοέμβριος 2018 - Τόμος 14ος - τεύχος 1ο

Επετειακό τεύχος για τα 120 χρόνια της ΙΧ.Ε.Κ. 1897 - 2017

Iatrika Chronika North - Western Greece

Journal of the Medical and Surgical Society or Corfu

November 2018 - Volume 14th - Number 1st

Edition for the 120 years anniversary of IXEK (1897-2017)

Ιατρικά Χρονικά
Βορειοδυτικής Ελλάδας

Περιοδικό της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας

Νοέμβριος 2018 - Τόμος 14ος - τεύχος 1ο

Διοικητικό Συμβούλιο
Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας
Περίοδος 2017-2020

Πρόεδρος: **Μ. Μάνδυλα-Κουσουνή**
Αντιπρόεδρος: **Κ. Οβάλες**
Γραμματέας: **Β. Πανδής**
Ταμίας: **Γ. Ζαβιτσιάνος**
Εφορος: **Σ. Κοντοστάνου**

Η διεύθυνση μας στο Internet είναι:
http://www.ixek.gr
e-mail: info@ixek.gr

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ: ΦΕΚ1926/Β/18.09.2007
ISSN:1108-4910

Επιτροπή σύνταξης

Πρόεδρος:
Μίλτος Βασιλείου,
Αναπληρωτής Καθηγητής
Πνευμονολογίας.

Μέλη:
Μαρία Μάνδυλα-Κουσουνή
Βασίλειος Πανδής
Γιάννης Ζαβιτσιάνος
Κωνσταντίνος Οβάλες
Σοφία Κοντοστάνου
Ευστάθιος Κουλουρίδης
Καλλίνικος Χριστοδούλου
Χριστίνα Κουρή-Μπάμπαλη
Διονύσιος Κάντας
Νίκος Δελλαπόρτας
Κάρμελος Τσίλιας
Ελένη Κούστα
Γιάννης Αλαμάνος
Παρασκευή Χρίστου
Μιχάλης Τζιλιάνος
Αγαθή Σπιτιέρη
Βασιλική Φατούρου-Πούλου
Γεώργιος Πανουσάκης
Χρίστος Παυλίδης
Σταμάτης Βαρθολομαίος

Εκδότης:
Μαρία Μάνδυλα - Κουσουνή

Επιμέλεια κειμένων:
Αλέξανδρος Κουσουνής

Γραφιστική επιμέλεια:
Ελβίρα Μεταλληνού

ΙΑΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΕΡΚΥΡΑΣ
120 Χρόνια (1897-2017)

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ
ΙΟΝΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΗΜΕΡΙΔΑ:
ΙΑΤΡΙΚΗ & ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ

Σημείωμα της εκδοτικής επιτροπής

Αγαπητοί φίλες και φίλοι

Με ιδιαίτερη ικανοποίηση το επιστημονικό περιοδικό της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας (ΙΧΕΚ), τα «Ιατρικά Χρονικά» προχωρά στην παρούσα έκτακτη έκδοση. Συγκεντρώνει το επιστημονικό υλικό της Ημερίδας: ΙΑΤΡΙΚΗ & ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ, που πραγματοποιήθηκε στις αίθουσες της ΙΧΕΚ στις 15 Νοεμβρίου 2017.

Ουσιαστικά η ημερίδα ήταν ενταγμένη στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα του Ιονίου Πανεπιστημίου: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ και συνέπεσε με τον εορτασμό των 120 χρόνων ύπαρξης και λειτουργίας της ΙΧΕΚ.

Δύσκολα θα μπορούσε να σκεφτεί κανείς -και πολύ περισσότερο να υλοποιήσει- καλύτερο επαιτειακό συντονισμό επιστημονικής δράσης με συνδιοργανωτές τοπικούς φορείς… Όταν, μάλιστα, ο ένας των συμβαλλόμενων είναι το Ιόνιο Πανεπιστήμιο η ικανοποίηση πολλαπλασιάζεται αφού εκφράζει στην πράξη την ενεργό συμμετοχή του στα Κερκυραϊκά κοινά κατά τον πιο επιθυμητό τρόπο διάθεσης των δημιουργικών του δυνάμεων και του παραγόμενου έργου. Η ενεργός ένταξη των Περιφερειακών Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυματων στις τοπικές κοινωνίες αποτελεί μέγα ζητούμενο με σαφές προοδευτικό πρόσημο.

Από την άλλη η ΙΧΕΚ με την δική της συμβολή επιβεβαιώνει, ότι παρά τις τεράστιες δυσκολίες είναι, παραμένει και αναπτύσσεται σαν ζωντανός φορέας επιστημονικής δράσης σε εποχές χαλεπών προϋποθέσεων. Τα κείμενα, που περιλαμβάνονται σε αυτή την έκτακτη έκδοση, με την αρτιότητα, την πρωτοτυπία και την εμβάθυνση στο γνωστικό αντικείμενο θα σας πείσουν για του λόγου το ασφαλές…

Με πολλή χαρά, λοιπόν, παραθέτουμε…

Για την εκδοτική επιτροπή των Ιατρικών Χρονικών

Μίλτος Π. Βασιλείου

Χαιρετισμός

Με την ευκαιρία του εορτασμού των 120 χρόνων της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας (ΙΧΕΚ), θεωρήσαμε σκόπιμο να γίνει μια ημερίδα από κοινού της ΙΧΕΚ με το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών της Ιστορικής Δημογραφίας του Τμήματος Ιστορίας του Ιονίου Πανεπιστημίου, στο πλαίσιο μιας ευρύτερης συνεργασίας της Εταιρείας με το Ιόνιο Πανεπιστήμιο. Στόχος μας είναι να δείξουμε ότι, παρά την απουσία Ιατρικής Σχολής στο εν λόγω Πανεπιστήμιο, στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα της Ιστορικής Δημογραφίας διδάσκεται και η Ιατρική Ιστορική Δημογραφία. Πρόκειται για μια άλλη πτυχή της επιστήμης της Ιατρικής, στο πλαίσιο της οποίας οι φοιτητές, μέσα από την κριτική μελέτη των πηγών, κυρίως των ποσοτικών, τη στατιστική αξιοποίηση των δεδομένων, καθώς και τη διαχρονική μελέτη των δημογραφικών μεταβλητών, αλλά και λαμβάνοντας υπόψη, παράλληλα, την ιστορική πληροφόρηση σχετικά με τις εκάστοτε κρατούσες κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες, μελετούν σημαντικές παραμέτρους της Ιατρικής, όπως την επιδημιολογία των νόσων, την «κίνηση» του πληθυσμού (γεννητικότητα, θνησιμότητα), τις κοινωνικές και ιατρικές αντιλήψεις της εποχής, την κινητικότητα των επιδημιών, θεραπευτικές και διαγνωστικές προσεγγίσεις, εκβάσεις νοσηλευομένων, θεραπευτήρια, κ.ά.

Θεωρούμε, επομένως, ότι η Ιατρική και η Ιστορική Δημογραφία αλληλοσυμπληρώνονται και εφοδιάζουν τους φοιτητές, αλλά και τους γιατρούς, με γνώσεις, μέσα από την επεξεργασία δεδομένων που τους δίνουν τη δυνατότητα να σκιαγραφήσουν διαχρονικά δημογραφικές και ιατρικές παραμέτρους των επιστημών της Ιστορίας και της Ιατρικής στον παγκόσμιο γεωγραφικό χώρο.

Η Πρόεδρος της Ι.Χ.Ε.Κ.
Δρ Μαρία Μάνδυλα-Κουσουνή

Ο Διευθυντής του Μ.Π.Σ.
«Ιστορική Δημογραφία»
Καθηγητής Δημήτριος Ανωγιάτης-Pele

Περιεχόμενα

Προσεγγίζοντας δημογραφικά την ιστορία της υγείας: το παράδειγμα των Bills of Mortality
Αλέξανδρος Αηδονίδης 14

Αρχειακές πηγές και ιστορία της Ιατρικής στην Κέρκυρα
Ιωάννα Αθανασοπούλου 19

Πανδημίες γρίπης στον 20ο αιώνα: Η Ισπανική γρίπη του 1918
Γιαννούλα Σιαμέτη 23

Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα στην Κέρκυρα από την εποχή της Βενετοκρατίας μέχρι την ίδρυση του Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας
Μαρίνα Κουρή 29

Δημογραφική μελέτη ασθενών Κέντρου Υγείας Αγίου Αθανασίου - Αγρού Κέρκυρας, 1990-1994
Ουρανία Μπόικου 37

Θνησιμότητα από κακοήθεις νεοπλασίες στην Κέρκυρα
Μια μελέτη του Ιατρικού Συλλόγου Κέρκυρας 45

Η αντιμετώπιση του πόνου στην αρχαία Ελλάδα κατά την προϊπποκρατική εποχή Γ. Παπαδόπουλος, Χ. Τριανταφύλλου, Μ. Μπόλωση, Π. Τζίμας 49

Νέα περιστατικά καρκίνου στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων 2012-2016, δημογραφικά δεδομένα και ιστολογικά-κυτταρολογικά στοιχεία
Κωνσταντίνος Δασκάλου, Κωνσταντίνος Τσιάμης, Μαρία Μάνδυλα-Κουσουνή, Δημήτριος Ανωγιάτης-Pelé 54

Νοσοκομείο Σωτηρία», 1946-1950: Η Ελλάδα του Εμφυλίου μέσα από το δημογραφικό προφίλ των τοτινών ασθενών του
Χριστίνα Παπαβλασοπούλου 66

Συστηματική θανάτωση ατόμων και ασθενών από επαγγελματίες υγείας
Κυριακή Τσαμανδουράκη 72

Η νοσηρότητα του ελληνικού πληθυσμού στα Επτάνησα (15ος -19ος αιώνας)
Μαρία Μάνδυλα-Κουσουνή, Έφη Πουλάκου-Ρεμπελάκου, Κωνσταντίνος Τσιάμης, Δημήτριος Ανωγιάτης- Pelé 80

"The Foreigner of 1854": a short novel referring to the cholera epidemic of Athens in 1854
E. Poulakou-Rebelakou, M. Mandyla-Koussouni, C. Tsiamis 94

Προσεγγίζοντας δημογραφικά την ιστορία της υγείας: το παράδειγμα των Bills of Mortality

Αλέξανδρος Αηδονίδης
Ιστορικός,
Υποψήφιος Διδάκτορας
Ιονίου Πανεπιστημίου

Λέξεις-κλειδιά
Ιατρική, δημογραφική, ιστορία, Λονδίνο, 18ος αιώνας, πανώλη, Bills of Mortality

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:
Αλέξανδρος Αηδονίδης
alexaitonitis@gmail.com

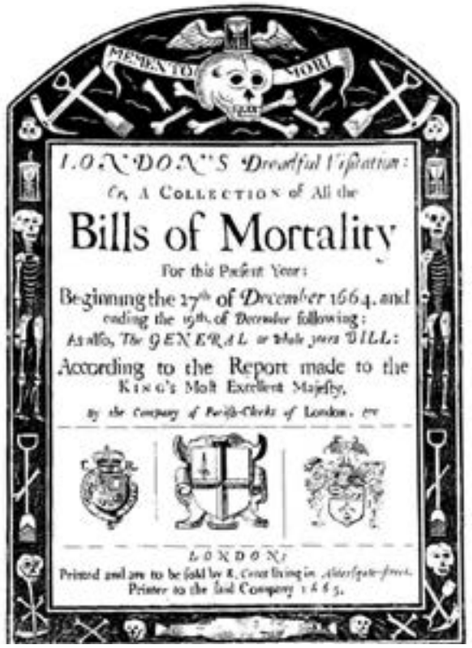
Περίληψη

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη των προβλημάτων και των προκλήσεων τα οποία είναι πιθανό να εμπεριέχονται στη δημογραφική μελέτη μιας ιατρικής πηγής του παρελθόντος. Ως παράδειγμα χρησιμοποιούνται τα Bills of Mortality, δηλαδή η εβδομαδιαία στατιστική καταγραφή των θανάτων των εκκλησιαστικών ενοριών του Λονδίνου του Ηνωμένου Βασιλείου, για το διάστημα των ετών 1657-1758. Μέσα από τη μελέτη των στοιχείων που μας παρέχουν τα Bills of Mortality, θα προσεγγίσουμε τα ζητήματα της θνησιμότητας, των αιτιών θανάτου και των ηλικιακών ομάδων, ενώ θα αναφερθούμε ιδιαίτερα στην επιδημία της Μεγάλης Πανώλης του 1665/66 του Λονδίνου, η οποία, όπως υποδηλώνει και το όνομά της, αν και σχετικά σύντομη σε διάρκεια, ήταν ιδιαίτερα σφοδρή όσον αφορά τον αριθμό των θυμάτων.

Ιστορική Δημογραφία και Ιατρική

Η Ιστορική Δημογραφία, επιστημονικό αντικείμενο που αναπτύχθηκε στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα, εξετάζει την κατάσταση και την εξέλιξη των ιστορικών πληθυσμών, ενώ ταυτόχρονα αναζητά τις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στους πληθυσμούς και το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο αυτοί υφίσταντο. Οι επιστήμες της Ιατρικής και της Ιστορικής Δημογραφίας συναντώνται στο πεδίο της μελέτης και κατανόησης αναπόφευκτων βιολογικών φαινομένων του ανθρώπινου είδους, όπως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα, καθώς και στη συχνότητα εμφάνισης αυτών των παραμέτρων μέσα στο χώρο και το χρόνο, υποδεικνύοντας την άμεση σχέση που υπάρχει μεταξύ της υγείας και της σύνθεσης του πληθυσμού.

Η διαχρονική μελέτη αυτών των βιολογικών φαινομένων γίνεται μέσα από την καταγραφή των παραμέτρων τους σε ατομικό επίπεδο, όταν και εκεί όπου αυτές είναι καταγεγραμμένες - δηλαδή: στα Ιστορικά Αρχεία των Δήμων και των Κοινοτήτων, στα Ληξιαρχεία, στα αρχεία των Εκκλησιών και φυσικά στα αρχεία των Νοσηλευτικών και Υγειονομικών Ιδρυμάτων. Απώτερος σκοπός των μελετών, μέσα από τη δημιουργία και την επεξεργασία ψηφιακών βάσεων δεδομένων, είναι ο εμπλουτισμός της ιστορίας της Ιατρικής με την καταγραφή των νοσημάτων και της θνησιμότητας κατά το εγγύς παρελθόν, η μελέτη και η κατανόηση των αιτιών τους μέσα στο χώρο και στο χρόνο, και ενδεχομένως και η συμβολή στην πρόληψή τους στο μέλλον.


LONDON'S Dreadful Visitation:
Or, A COLLECTION of All the
Bills of Mortality
For this Present Year:
Beginning the 27th of December 1664. and
ending the 19th of December following:
As also, The GENERAL or Whole years BILL:
According to the Report made to the
King's Most Excellent Majesty,
by the Company of Parish-Clerks of London, &c.
LONDON:
Printed and are to be sold by E. Cotes living in Aldersgate-street,
Printer to the said Company 1665.

(εικόνα 1)

Ωστόσο, στη μελέτη των ιστορικών αρχείων και δη των ιατρικών, ανακύπτουν συχνά δυσκολίες, οι οποίες εντοπίζονται κυρίως στην ερμηνεία (και κατ' επέκταση και στην αναγωγή στη σύγχρονή μας εποχή) εννοιών και ορολογιών του παρελθόντος. Σε ένα δευτερεύον επίπεδο, δυσκολίες παρουσιάζονται και στην ταύτιση της μεθοδολογίας της κατηγοριοποίησης των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των ιατρικών δεδομένων ενός πληθυσμού, ανάμεσα στις πρακτικές που εφαρμόζονταν κατά το παρελθόν και στις σημερινές επιταγές των ποσοτικών αναλύσεων. Έχοντας υπόψη μας τις δυσχέρειες αυτές που μπορεί να αναδυθούν κατά τη διαπραγμάτευση μιας ιστορικής πηγής εντός του ιατροδημογραφικού πλαισίου έρευνας, θα εξετάσουμε κάποια από τα θέματα που προέκυψαν κατά τη μελέτη των στοιχείων που εμπεριέχονται στα Bills of Mortality, δηλαδή της εβδομαδιαίας στατιστικής καταγραφής της θνησιμότητας των εκκλησιαστικών ενοριών του Λονδίνου του Ηνωμένου Βασιλείου, για το διάστημα των ετών από το 1657 έως και το 1758.

Τα Bills of Mortality

Η αφορμή για τη δημιουργία ενός εβδομαδιαίου καταλόγου καταγραφής των θανάτων στις ενορίες του Λονδίνου ξεκίνησε στα μέσα περίπου του 16ου αιώνα, εξαιτίας των επιδημιών Πανώλης που έπληττων συχνά την Αγγλία (εικόνα 1). Από το 1570 τα Bills of Mortality ξεκίνησαν να καταγράφουν και τις βαπτίσεις των ενοριών του Λονδίνου, ενώ η συστηματική – εβδομαδιαία πλέον – έκδοσή τους ξεκινά από το έτος 1602. Από το 1629 ξεκινούν να αναφέρονται και οι αιτίες θανάτου, και από το 1728 και οι ηλικιακές ομάδες των θανόντων συνολικά.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα Bills of Mortality κατέγραφαν τις ταφές που τελούνταν στις ενορίες του Λονδίνου και όχι τους θανάτους που συνέβαιναν. Σε συνδυασμό μάλιστα με τη μη καταγραφή ταφών που τελούνταν σε προαστιακά νεκροταφεία, τη μη κάλυψη έξω-συνοικιακών περιοχών του Λονδίνου, καθώς και τη μη καταγραφή των ταφών των Καθολικών και άλλων θρησκειών πέρα της Αγγλικανικής, τα Bills of Mortality δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ακριβώς ως «τέλεια». Επιπλέον, τα στοιχεία τα οποία ανέφεραν εβδομαδιαία οι αγγλικανικές ενοριακές εκκλησίες του Λονδίνου, δεν χαρακτηρίζονταν πάντοτε και ως αξιόπιστα.

Η έκδοση των Bills of Mortality ξεκινά να φθίνει σε συστηματικότητα από το 1819, για να σταματήσει οριστικά το 1858. Πλέον την επίσημη καταγραφή των θανάτων είχε αναλάβει το "General Register Office" (δηλαδή η αντίστοιχη Στατιστική Υπηρεσία του Ηνωμένου Βασιλείου), και το οποίο αντλούσε τα στοιχεία της θνησιμότητας από τα πιστοποιητικά θανάτου και όχι από τις ταφές των εκκλησιών.

Θνησιμότητα

Εξετάζοντας επιλεκτικά ορισμένες από τις πληροφορίες που μας παρέχουν τα στοιχεία των Bills of Mortality, θα ξεκινήσουμε με τη μελέτη της συνολικής θνησιμότητας ανά έτος για το χρονικό διάστημα το οποίο διαπραγματευόμαστε (1657-1758). Όπως φαίνεται και στην εικόνα 2, οι θάνατοι στο Λονδίνο κατά το διάστημα αυτό, παρουσιάζουν μια ομαλή – ελαφρώς ανιούσα – τάση, με μικρές απότομες αυξήσεις ανά σχετικά τακτά χρονικά διαστήματα, και οι οποίες αυξήσεις αποτελούν ενδείξεις επιδημιών ή άλλων ατυχών γεγονότων.

Το έτος το οποίο ξεχωρίζει, καθώς ξεφεύγει εντελώς από τα τυπικά πλαίσια διακύμανσης της θνησιμότητας για το υπό εξέταση χρονικό διάστημα, είναι το 1665, το έτος δηλαδή κατά το οποίο ξέσπασε η επιδημία της Μεγάλης Πανώλης του Λονδίνου. Όπως βλέπουμε, οι θάνατοι κατά τη μεγάλη αυτή επιδημία εκτινάσσονται. Οι συνολικές ταφές κατά το έτος 1665 φτάνουν τις 97.306, εκ των οποίων οι 68.596 οφείλονταν στη βουβωνική πανώλη, για να επανέλθουν πάλι στα τυπικά τους πλαίσια κατά το έτος 1666.

Θα μπορούσαμε με σχετική ασφάλεια να εικάσουμε, ότι οι πραγματικοί θάνατοι που οφείλονταν στην

πανώλη κατά την επιδημία του 1665/66, ήταν περισσότεροι. Ωστόσο, είτε για λόγους άγνοιας, είτε για λόγους σκοπιμότητας, και ας μην ξεχνάμε ότι κατά τη διάρκεια της επιδημίας αυτής στο Λονδίνο επικρατούσε μια χαοτική κατάσταση, πολλοί θάνατοι μπορεί να δηλώθηκαν με διαφορετικό αίτιο. Αυτό είναι κάτι το οποίο δεν πρέπει να μας ξενίζει. Ακόμη και σήμερα, σε μια εποχή που θέλουμε να πιστεύουμε ότι ο κόσμος μας λειτουργεί σωστά οργανωμένος, πολλοί θάνατοι δηλώνονται με διαφορετική από την πραγματική αιτία - ιδίως εάν πρόκειται για θανάτους οι οποίοι δεν επήλθαν εντός κάποιου νοσηλευτικού ιδρύματος.

Αιτίες Θανάτου

Ωστόσο, και για να επιστρέψουμε στο Λονδίνο του 17ου αιώνα, η πανώλη ήταν μία ασθένεια "εύκολα" αναγνωρίσιμη λόγω των συμπτωμάτων της, για αυτό και διατυπώνεται ευθέως στις περιγραφές των αιτιών θανάτου στα Bills of Mortality. Αντίστοιχα και για αρκετές άλλες ασθένειες, η περιγραφή τους είναι ξεκάθαρη και "άμεση" στους καταλόγους των αιτιών θανάτων, έστω και με την ονομασία της εποχής. Για παράδειγμα, η ονομασία "licked by a mad dog" αναφέρεται στο θάνατο από λύσσα, ενώ η ονομασία "french pox", δηλαδή "γαλλική επιδημία" ή λίγο πιο ελεύθερα "γαλλική μάστιγα", αναφέρεται στους θανάτους που οφείλονταν στη σύφιλη.

Όμως, εάν η ιατρική επιστήμη ήταν ακόμη αβέβαιη για πολλές από τις αιτίες θανάτου, οι συντάκτες των Bills of Mortality ήταν ακόμη πιο ανεπίγνωστοι. Ως αποτέλεσμα κάποιες αιτίες θανάτου που συναντώνται, είναι συχνά ασαφείς ή και αλλόκοτες. Για παράδειγμα, η ονομασία "blasted", που σημαίνει "καταραμένος" ή "αναθεματισμένος", μπορεί να αναφέρεται σε οποιαδήποτε λοιμώδη ασθένεια. Τουλάχιστον όμως στην περίπτωση αυτή, μπορούμε να κατατάξουμε την αιτία θανάτου στην κατηγορία των λοιμωδών νοσημάτων. Τα πράγματα δυσκολεύουν περισσότερο στην περίπτωση της ονομασίας "evil", η οποία θα μπορούσε να αποδοθεί στα ελληνικά με τη λέξη "κακό". Η περιγραφή της ασθένειας είναι πολύ γενική, και θα μπορούσε πιθανότατα να αναφέρεται σε σωματικούς πόνους ή και άλλα σωματικά συμπτώματα που οφείλονται σε ψυχοπάθειες. Ένα ακόμη ενδιαφέρον παράδειγμα είναι η ονομασία "died for want", δηλαδή "θάνατος από έλλειψη" και αποτελεί περισσότερο μία λογοτεχνική έκφραση που σχετίζεται με έναν ανούσιο θάνατο. Μπορεί να οφείλεται για παράδειγμα σε έλλειψη τροφής, ή να αναφέρεται σε ένα θάνατο που δεν έπρεπε να συμβεί – ή αυτό που λέμε στα ελληνικά "πήγε άδικα…"

Προκειμένου να καταλάβουμε, ή έστω να εικάσουμε σε ποια πραγματικά ασθένεια αναφέρονται αυτές οι ονομασίες, οφείλουμε να ανατρέξουμε στο γενικότερο κοινωνικό και ιστορικό πλαίσιο της εποχής, διασταυρώνοντας τες και με άλλες τυχόν διαθέσιμες πηγές της εποχής, δίχως βέβαια πάντοτε να είναι απαραίτητο ότι θα καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα.

Ηλικιακές Ομάδες

Περνώντας πολύ σύντομα στην εξέταση των ηλικιακών ομάδων των θανόντων για τα έτη που υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, δηλαδή για τα έτη 1728 έως 1758, παρατηρούμε, όπως φαίνεται και στην εικόνα 3, ότι η παιδική θνησιμότητα είναι ιδιαίτερα υψηλή. Οι θάνατοι κάτω των δύο ετών κυμαίνονται κατά μέσο όρο στο 36,4% επί του συνόλου των θανάτων. Μαζί με τους θανάτους των ηλικιών 2 έως 4 ετών, ο μέσος όρος ανεβαίνει μάλιστα στο 45%.

Ένα πρόβλημα το οποίο ανακύπτει εδώ είναι ότι με το διαχωρισμό αυτό των ηλικιών δεν μπορούμε να γνωρίζουμε τα ποσοστά της βρεφικής θνησιμότητας, τους θανάτους δηλαδή για τις πρώτες 365 ημέρες ζωής, πόσο μάλλον τα ποσοστά νεογνικής και μετά-νεογνικής θνησιμότητας, έννοιες οι οποίες ήταν «άγνωστες» ακόμη κατά τον 18ο αιώνα. Ωστόσο έμμεσες πληροφορίες για τη βρεφική θνησιμότητα μπορούμε να εξάγουμε από τις αιτίες θανάτου. Για παράδειγμα, η αιτία "chrisomes" η οποία αναφέρεται ουσιαστικά στα αβάπτιστα παιδιά, υποδεικνύει θάνατο πριν κλείσει ένας μήνας ζωής. Αντίστοιχα η αιτία "teeth" αναφέρεται στα βρέφη τα οποία δεν είχαν εμφανίσει ακόμη δόντια, οπότε με μία σχετική επιφύλαξη θα μπορούσαμε να την τοποθετήσουμε στη μετα-νεογνική θνησιμότητα (εικόνα 4).

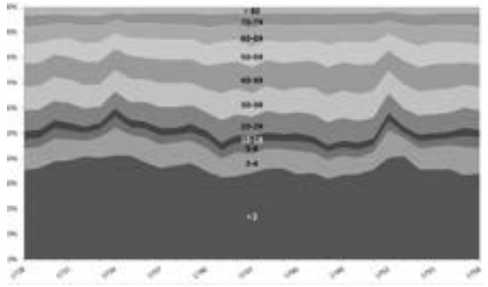
Πανώλη 1665/1666

Επιστρέφοντας στην επιδημία της Μεγάλης Πανώλης του 1665/66, βασιζόμενοι στις αναφορές των Bills of Mortality για τους θανάτους από την πανώλη ανά ενορία, δημιουργήσαμε ένα χάρτη εντάσεων επάνω σε ένα σχεδιάγραμμα που απεικονίζει τις ενορίες του περιτοιχισμένου Λονδίνου όπως αυτές ήταν διαμορφωμένες κατά την εποχή της επιδημίας και πριν η Μεγάλη Φωτιά του 1666 ανοικοδομήσει αναγκαστικά μεγάλο μέρος του Λονδίνου (εικόνα 5). Με το αχνό γκρίζο χρώμα φαίνονται τα σημεία στα οποία η πανώλη άφησε τα λιγότερα σχετικά θύματα, και φτάνοντας με διαβάθμιση μέχρι το μαύρο χρώμα, που αντιπροσωπεύονται οι ενορίες με τα περισσότερα αναλογικά θύματα της επιδημίας.

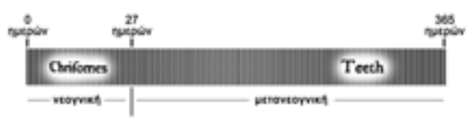
Εκ πρώτης όψεως, φαίνεται ότι οι ενορίες με τη μεγαλύτερη έκταση είχαν και το μεγαλύτερο αριθμό θυμάτων, κάτι το οποίο θα μπορούσε να θεωρηθεί ως φυσιολογικό. Τα όρια της κάθε ενορίας όμως εντός των τειχών του Λονδίνου δεν καθορίζονταν από φυσικά ή τεχνητά σύνορα, αλλά υπάκουαν σε διοικητικές κατατμήσεις - όπως συμβαίνει άλλωστε και σήμερα με τις ενορίες των εκκλησιών. Ξεφεύγοντας λοιπόν από τη λογική των νοητικών αυτών συνόρων, ας αντιπαραθέσουμε επάνω στο χάρτη εντάσεων ένα τοπογραφικό εποχής του Λονδίνου, της αντίστοιχης περιόδου. Με αυτό τον τρόπο έχουμε πλέον μία εικόνα του αντίκτυπου της επιδημίας επάνω στον πολεοδομικό ιστό της πόλης (εικόνα 6).

Η εξέταση μέσα από αυτή τη νέα οπτική μας απο-

(εικόνα 2)



(εικόνα 3)



(εικόνα 4)

καλύπτει ορισμένα σημεία ιδιαίτερου ενδιαφέροντος. Για παράδειγμα, μία ενορία στις όχθες του Τάμεση στην οποία συναντάμε λιμενικές εγκαταστάσεις και κτίρια-αποθήκες, έχει μικρή μεν εδαφική έκταση, αλλά ταυτόχρονα και υψηλά σχετικά αριθμό θυμάτων από την πανώλη. Σε ένα δεύτερο επίπεδο όμως, οι ενορίες οι οποίες βρίσκονται στη μέση του βόρειου τείχους του Λονδίνου, ενώ παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλό αριθμό περιπτώσεων θανάτων από την πανώλη, στην τοπογραφική απεικόνιση παρουσιάζονται ως αραιά οικοδομημένες. Σε τέτοιες περιπτώσεις, τα δημογραφικά δεδομένα, όπως η πυκνότητα του πληθυσμού, της περιοχής ή και το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού εφόσον μάς είναι διαθέσιμο, είναι απαραίτητα προκειμένου να εξηγήσουμε τέτοιου είδους φαινόμενα, ή ακόμη και για να ελέγξουμε και την αξιοπιστία των πηγών μας.

(εικόνα 5)

(εικόνα 6)

Συνοψίζοντας

Στη δημογραφική μελέτη λοιπόν της ιστορίας της υγείας, καλούμαστε ουσιαστικά να εισέλθουμε στο πνεύμα του κάθε ιστορικού πληθυσμού που εξετάζουμε, και να αναπαραστήσουμε μία ολόκληρη εποχή. Συχνά, η μελέτη αποκλειστικά και μόνο της πηγής μας, δεν μπορεί να μας δώσει τις απαιτούμενες απαντήσεις. Απαιτείται η μελέτη, και πάνω από όλα η κατανόηση, της νοοτροπίας και των αντιλήψεων της εκάστοτε κοινωνίας, καθώς κανένα ιστορικό τεκμήριο δεν είναι ποτέ αποκομμένο από την εποχή του. Στο πλαίσιο αυτό λαμβάνονται υπόψη η πληθυσμιακή σύνθεση φυσικά, μαζί με τις συνήθειες της ιατρικής επιστήμης, αλλά είναι απαραίτητος ο συνδυασμός της μελέτης και των περιβαλλοντικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων, όπως για παράδειγμα το γεωγραφικό και το κλιματολογικό τοπίο, ή οι οικιστικές συνθήκες και το επίπεδο διαβίωσης, με απώτερο σκοπό μας μία ολοκληρωμένη δημογραφική προσέγγιση.

Summary

The purpose of this study is to highlight the problems and challenges which are likely to be included in a demographic study of a medical source of the past. As an example we use the Bills of Mortality, the weekly statistical records of deaths of the ecclesiastical parishes of London in the United Kingdom, for the years 1657-1758. Through the study of the elements that the Bills of Mortality provide us, we will approach the issues of mortality, causes of death and also age groups, while we will refer particularly to the outbreak of the Great Plague of London during 1665/66, which as the name suggests, though relatively brief in duration, was especially severe in terms of the number of victims.

Keywords

Medical, demographic, history, London, 18th century, plague, Bills of Mortality

Ενδεικτική βιβλιογραφία:

1. *A collection of the yearly Bills of Mortality from 1657 to 1758 inclusive*, εκδ. A. Millar, Λονδίνο 1759.
2. London Parishes: *Containing the Situation, Antiquity, and Rebuilding of the Churches Within the Bills of Mortality*, εκδ. B. Weed, Λονδίνο 1824.
3. Roy Porter, London: A Social History, εκδ. Penguin, Λονδίνο 2000.
4. Carlo M. Cipolla, *Η Ευρώπη πριν από τη Βιομηχανική Επανάσταση*, Κοινωνία και οικονομία 1000-1700 μ.Χ., μετάφραση Πέτρος Σταμούλης, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα 1988.
5. E.M. Burns, *Ευρωπαϊκή Ιστορία, Ο Δυτικός Πολιτισμός: Νεότεροι Χρόνοι,* μετάφραση Τάσος Δαρβέρης, εκδ. Επίκεντρο, Θεσσαλονίκη 2006 (δ' έκδοση)

Αρχειακές πηγές και ιστορία της Ιατρικής στην Κέρκυρα

Ιωάννα Αθανασοπούλου
Ιόνιο Πανεπιστήμιο

Λέξεις-κλειδιά
αρχειακές σειρές, υγεία, Κέρκυρα

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:
Ιωάννα Αθανασοπούλου
Ιόνιο Πανεπιστήμιο
agianna@ionio.gr

Περίληψη

Στο εν λόγω κείμενο γίνεται μία προσπάθεια «χαρτογράφησης» των αρχείων δημογραφικού ενδιαφέροντος των ΓΑΚ Κέρκυρας, που αφορούν ιατρικά θέματα, συνοδευόμενα από τις αντίστοιχες αρχειακές αναφορές και παραπομπές.

Πηγές αρχειακού ενδιαφέροντος αποτελούν τα αρχειακά τεκμήρια, τα περιηγητικά κείμενα, οι προξενικές αναφορές καθώς και ο Τύπος της εποχής. Όπως είναι γνωστό στα Επτάνησα από την εποχή της Βενετοκρατίας ιδρύονται αρχεία για την τήρηση δημοσίων εγγράφων. Στο νέο ελληνικό κράτος, αν και από νωρίς υπάρχει μέριμνα για τη διατήρηση των αρχείων, εντούτοις δεν τηρείται ενιαία πολιτική από τις εκάστοτε διοικήσεις. Η Αρχειακή Υπηρεσία (ΓΑΚ) ιδρύεται μόλις το 1914 και από το 1830 έως και το 1914 το κενό αυτό καλύπτεται από άλλους φορείς, οι οποίοι προσπαθούν να συλλέξουν συμπληρωματικό αρχειακό υλικό, όπως είναι η Εθνική Βιβλιοθήκη, η Βουλή, η Ιστορική Εθνολογική Εταιρία της Ελλάδος, έχοντας ως σκοπό την εποπτεία, τη διάσωση, τη συγκέντρωση, τη συντήρηση, την καταγραφή, την ψηφιοποίηση, την ταξινόμηση και την ευρετηρίαση του αρχειακού υλικού της χώρας και στη συνέχεια τη διάθεση προς μελέτη όλων των δημοσίων και ιδιωτικών αρχείων, εγγράφων και χειρογράφων που αναφέρονται στην ιστορία και στην πολιτισμική κληρονομιά ενός τόπου ή μίας χώρας.

Ανάμεσα στα ποικίλα αρχεία δημογραφικού ενδιαφέροντος που σώζονται στα ΓΑΚ Κέρκυρας ξεχωριστή θέση κατέχουν και τα ιατρικά αρχεία, τα οποία αφορούν αρχειακό υλικό υγειονομείων, αρχεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων κοινωνικής πρόνοιας και ορφανοτροφείων. Παράλληλα σώζονται αρχεία νοσοκομείων και νοσοκομειακών ιδρυμάτων με ιατρικού περιεχομένου αρχεία, όπως είναι η κίνηση των ασθενών.

Κατά την περίοδο της Βενετοκρατίας ιδρύθηκαν τα πρώτα λοιμοκαθαρτήρια, τα πρώτα νοσοκομεία υγειονομικού χαρακτήρα, χωρίς όμως κάποια συγκροτημένη νομοθετική ρύθμιση. Οι αρχές που ήσαν υπεύθυνες για τη Δημόσια Υγεία στα Ιόνια νησιά ήσαν:

1ον Οι Proveditori alla Sanita.

2ον Ο Διευθυντής του Λοιμοκαθαρτηρίου (Priore

del Lazaretto) και οι φύλακες και οι βοηθοί της κάθαρσης (Guardiani e Fante).

3ον Οι υγειονομικοί αντιπρόσωποι-επιτηρητές (deputati sanitarij).

4ον Ο Ιατρικός Σύλλογος ή Ιατρικό Κολέγιο (Collegio Medico)

5ον Proveditori sopra le strade e le tolelle

Οι Προβλεπτές της Υγείας οι οποίοι συγκροτούσαν το Υγειονομικό Συμβούλιο (Collegietto Sanitario) ήσαν τρεις και ο εκάστοτε Προβλεπτής της Κέρκυρας ήταν και ο προϊστάμενός τους. Στις περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, όπως στην εκδήλωση μιας πανδημίας ή ενός λοιμού, το εν λόγω Συμβούλιο συμπληρωνόταν και από δύο επιπλέον έκτακτους Προβλεπτές. Η έδρα τους ήταν στο Υγειονομείο (Magistrati alla Sanita), το οποίο βρισκόταν στο λιμάνι και σύμφωνα με τις αρχειακές πηγές η πρώτη εκλογή των τριών Proveditori alla Sanita απαντάται το 1543. Από το 1814 οι Προβλεπτές Υγείας αντικαθίστανται από τους Ispettori alla Sanita, οι οποίοι είναι εγκατεστημένοι σε κάθε νησί και έχουν ως επικεφαλής τον Ispettore Generale di Sanita και αποτελούν την ανώτερη υγειονομική αρχή των Ιονίων νήσων και από το 1831 τον Collonello Ispettore dei Porte e delle Coste Ionie. Ο Γενικός Έφορος της Υγείας ήταν ο Ispettore Generale di Sanita.

Η Σύγκλητος του νησιού ψήφισε το 1542 την ίδρυση του Λαζαρέτο, το οποίο διοικούνταν από το Διευθυντή (Priore del Lazaretto), τους φύλακες (Guardiani) και τον κλητήρα του Υγειονομείου (Fante). Στην αρχειακή σειρά Υγειονομείο[1] στα ΓΑΚ Κέρκυρας καταγράφεται η κίνηση, ο έλεγχος των πλοίων και η κάθαρσή τους σε ορισμένες περιπτώσεις από επτά έως σαράντα ημέρες (quarantina).

Παράλληλα λειτουργούσε και η υπηρεσία των υγειονομικών αντιπροσώπων-επιτηρητών (deputati sanitarij), οι οποίοι ήσαν υπεύθυνοι για τα υγειονομοφυλάκεια, δηλαδή τα μεγάλα και μικρά λιμάνια του νησιού, και φρόντιζαν να ενημερώνουν με αναφορές υγειονομικού περιεχομένου τους Προβλεπτές της Υγείας.

Για την υγειονομική φροντίδα των δρόμων και του αποχετευτικού συστήματος ήσαν υπεύθυνοι οι Proveditori sopra le strade e le tolelle, οι οποίοι κατά την περίοδο των Δημοκρατικών Γάλλων συγκροτούσαν μία υπηρεσία με το όνομα το Κομιτάτο της Υγείας (Comitato alla Salute).

Τέλος, το 1802 ιδρύεται ο Ιατρικός Σύλλογος ή Ιατρικό Κολέγιο (Collegio Medico), έργο του οποίου ανάμεσα στα άλλα ήταν η χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος στους αιτούντες ιατρούς και ιατροδικαστικών γνωματεύσεων, ο τρόπος λειτουργίας των φαρμακείων και η μεταβολή του πληθυσμού (γεννήσεις, θάνατοι). Το 1810 απαντώνται τα circondarij

1 Το αρχείο του Υγειονομείου της Κέρκυρας καλύπτει την περίοδο 1635-1858.

Εικόνα 1: Προκηρύξεις και διαταγές που αφορούν ιατρικά θέματα (1660-1695).

medici (υγειονομικές επιτροπές-παραρτήματα του Collegio Medico) που είχαν την ευθύνη και των εμβολιασμών. Οι ιατροί διακρίνονταν σε διπλωματούχους, οι ονομαζόμενοι physici, και πρακτικούς – χειρούργους chirurgi με πρακτικές γνώσεις για την παροχή απλών ιατρικών υπηρεσιών.

Ενδεικτικά αρχεία, τα οποία σχετίζονται με θέματα υγείας και θα μπορούσαν να προκαλέσουν το ενδιαφέρον ενός ιστορικού δημογράφου, απαντώνται στην αρχειακή σειρά "**Ενετοκρατία**" όπου υπάρχουν αντίγραφα διαφόρων υγειονομικών διαταγμάτων (274 φύλλα) κατά την περίοδο 1573-1726 καθώς και προκηρύξεις και διαταγές που αφορούν ιατρικά θέματα (80 φύλλα) κατά την περίοδο 1660-1695. (εικόνα 1)

Εικόνα 2: Εμβολιασμοί για ευλογιά (1817).

Στην αρχειακή σειρά "Γάλλοι Δημοκρατικοί" υπάρχουν αναφορές της Επιτροπής της Δημοσίου Υγείας για τα έτη 1797-1798. Στην αρχειακή σειρά "Αυτοκρατορικοί Γάλλοι" (1807-1815) μπορεί να αντληθούν πληροφορίες από υγειονομικές αναφορές του Υγειονομικού Συμβουλίου και του Ιατροσυνεδρίου καθώς και της Επιτροπής Εμβολιασμού. (εικόνα 2)

Επιπρόσθετα υπάρχει εκτενής αναφορά στην πανώλη που έπληξε τη νότια Κέρκυρα τα έτη 1815-1816 με ονομαστική αναφορά των ασθενών και των νεκρών καθώς και τα σχετικά διατάγματα με τα μέτρα προφύλαξης. Στην ίδια σειρά απαντάται αλληλογραφία για το νομοθετικό σχεδιασμό σε θέματα υγείας, διάφορες εκθέσεις των αρχών αλλά και ιατρών για τη θεραπεία και αντιμετώπιση ασθενειών, καθώς και ποικίλες εκθέσεις του Ιατρικού Συλλόγου. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στον φάκελο 98 της εν λόγω αρχειακής σειράς καταγράφονται οι αρρώστιες των απόρων της εξοχής. Ο υποφάκελος 1097 περιέχει πίνακες που αφορούν σε περιοδική ονομαστική καταγραφή των ασθενών πολιτών καθώς και λίστα με την ποσότητα και την ονομασία των φαρμάκων που χορηγήθηκαν, τη διάρκεια της θεραπείας και το αποτέλεσμά της (1812). Στην αρχειακή σειρά "Ιόνιο Κράτος" υπάρχουν αναφορές και ιατρικές οδηγίες της Υγειονομικής Αρχής. Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αρχειακή σειρά "Εκτελεστική Αστυνομία" καθώς περιέχει αναφορές για νοσηλεία χωροφυλάκων στο νοσοκομείο κατά τα έτη 1846-1854, για εμβολιασμούς, για ιατρούς και μαίες, ονομαστικούς καταλόγους των ιερόδουλων της Κέρκυρας και την υγειονομική τους εξέταση για τα έτη 1817, 1834-1841 και 1846-1851, οικογένειες που έχουν προσβληθεί από ευλογιά 1816-1823, ψυχοπαθείς του νησιού, (εικόνα 4) ασθένειες κρατουμένων, τα φαρμακεία που διανυκτερεύουν και πιστοποιητικά ασθενείας.

Σημαντικότερη δε, πηγή πληροφόρησης αποτελεί το αρχείο του Υγειονομείου της Κέρκυρας, το οποίο καλύπτει την περίοδο 1635-1858 και αποτελείται από

Εικόνα 3: Κατάλογος ιατρών και χειρούργων της πόλης της Κέρκυρας (1815-1816)

Εικόνα 4: Ψυχοπαθείς του νησιού (1833)

280 φακέλους και η αρχειονομική προσέγγιση επιχειρήθηκε στην παρούσα μορφή της από τις αρχειονόμους Σοφία-Αικατερίνη Πανταζή και Μαρία Καμονάχου. Περιέχονται διακηρύξεις, διαταγές, οδηγίες και ποικίλες αποφάσεις για θέματα υγείας των υγειονομικών αρχών της Κέρκυρας και της Βενετίας, όπως για τη λήψη υγειονομικών μέτρων για την αποφυγή μετάδοσης επιδημικών νόσων. Ένας μεγάλος αριθμός φακέλων αφορούν καταχωρήσεις, εκθέσεις και γνωματεύσεις των Προβλεπτών Υγείας για τη χορήγηση ελευθέρας κοινωνίας των πλοίων που προσεγγίζουν την Κέρκυρα. Συναντάμε καταλόγους ιατρών (εικόνα 3) που έχουν άδεια άσκησης του επαγγέλματός τους, ιατρικές διακηρύξεις καθώς και μία εκτενή αλληλο-

Εικόνα 5: Κανονισμός του Υγειονομείου Πάργας 1811 και υγειονομικές διατάξεις (1810-1816)

γραφία με Υγειονομεία μεταξύ των Ιονίων Νήσων, (εικόνα 5) με τη Βενετία και άλλων περιοχών του ελληνικού χώρου. Τέλος, υγειονομικού ενδιαφέροντος πληροφορίες εμπεριέχονται και στις αρχειακές σειρές "Έπαρχος", "Τοπικός Αρχειοφύλακας", "Πάργας" και "Αστυνομική Διεύθυνση Κέρκυρας (1935-2002)".

Έχοντας ο ερευνητής ως παράδειγμα τα ΓΑΚ Κέρκυρας διαπιστώνει τον αρχειακό πλούτο ιατροδημογραφικού ενδιαφέροντος, ο οποίος αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο τόσο για την επιστήμη της ιστορίας όσο και για την αντίστοιχη της ιατρικής. Αρχειακό υλικό με υγειονομικό ενδιαφέρον απαντάται και σε αρχειακές σειρές άλλων περιοχών, το οποίο πιθανόν να παρουσιάζει ιδιαιτερότητες εξαιτίας τόσο του γεωγραφικού αναγλύφου, όσο και της αρχειακής πολιτικής και βούλησης της εκάστοτε Διοίκησης. Μέσα από την ιστορική πληροφόρηση για τις ιατρικές αντιλήψεις του παρελθόντος, ο σύγχρονος μελετητής οδηγείται σε χρήσιμα συμπεράσματα για τις ιατρικές συμπεριφορές ενός πληθυσμού και είναι σε θέση να τις συγκρίνει ενδεχομένως με τις αντίστοιχες του παρόντος.

Summary

In this text an attempt is made to «map» the archives of demographic interest of the General State Archives of Corfu, related to medical issues, accompanied by the corresponding archival reports and references.

Keywords: archives, health, Corfu

Βιβλιογραφία:

1. ΓΑΚ Κέρκυρας, αρχειακή σειρά "Ενετοκρατία", φάκελος 96.
2. ΓΑΚ Κέρκυρας, αρχειακή σειρά "Γάλλοι Δημοκρατικοί", φάκελος. 7, υποφάκελος 12: Αναφοραί της Επιτροπής της Δημοσίου Υγείας (1797-1798).
3. ΓΑΚ Κέρκυρας, αρχειακή σειρά "Γάλλοι Αυτοκρατορικοί", φάκελος 38: Αναφοραί Υγειονομικαί (φυλ. 35-145) κατά τα έτη 1807-1810, φάκελος 39: Αναφοραί Υγειονομικού Συμβουλίου (φυλ. 7-26) και Επιτροπής Εμβολιασμού (φυλ. 611-612) κατά τα έτη 1810-1811, φάκελος 40: Αναφοραί Ιατροσυνεδρίου (φυλ. 287-342) κατά τα έτη 1811-1812, φάκελος 41: Αναφοραί Ιατροσυνεδρίου (φυλ. 385-409) για το έτος 1813, φάκελος 42: Αναφοραί Ιατροσυνεδρίου (φυλ. 237-255) για το έτος 1814, φάκελος 43: Αναφοραί Ιατροσυνεδρίου (φυλ. 273-292) για το έτος 1815, φάκελος 44: Αναφοραί Ιατροσυνεδρίου (φυλ. 330-353) για το έτος 1816, φάκελος 47 έως και φάκελος 52: Υγειονομικαί Αρχαί 1810-1818 και φάκελος 60: Υγειονομικές Εκθέσεις (φυλ. 1-131) κατά τα έτη 1807-1808, φάκελος 71, υποφάκελος 144θ: Ιατροσυνέδριον (φυλ. 219-263)

Πανδημίες γρίπης στον 20ο αιώνα: Η Ισπανική γρίπη του 1918

Γιαννούλα Σιαμέτη
MSc Ιστορική Δημογραφία
Αρχειονόμος-Βιβλιοθηκονόμος

Λέξεις-κλειδιά
Γρίπη, πανδημία, Ισπανική γρίπη, μείωση πληθυσμού, θνησιμότητα

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:
Γιαννούλα Σιαμέτη
Ιάσονος και Σωσιπάτρου 47,
49100, Κέρκυρα
τηλ: 6948174917
e-mail: giannasm@ionio.gr

Περίληψη

Η Ισπανική γρίπη του 1918, προκάλεσε πάνω από 50 εκατομμύρια θανάτους σε παγκόσμιο επίπεδο. Δεδομένα που μελετώνται στην παρούσα εργασία είναι η προέλευση της γρίπης, ο ρυθμός εξάπλωσής της, οι φάσεις εξάπλωσης του ιού, καθώς και η γεωγραφική κατανομή των κρουσμάτων. Η παρούσα εργασία, εστιάζει κυρίως στις δημογραφικές, κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές επιπτώσεις της Ισπανικής γρίπης, η οποία εξαπλώθηκε σε Ευρώπη και Αμερική μέσω της χερσαίας και θαλάσσιας οδού. Δεν μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια ο αριθμός των ατόμων που είχαν νοσήσει από γρίπη την περίοδο 1918-19, ούτε και ο ακριβής αριθμός των ατόμων που έχασαν την ζωή τους λόγω μη καταγραφής των περιστατικών, καθώς ενδέχεται οι θάνατοι που προκάλεσε η Ισπανική γρίπη να είναι πολύ περισσότεροι από τους καταγεγραμμένους. Η ηλικιακή ομάδα που είχε πολύ υψηλά ποσοστά θνησιμότητας ήταν εκείνη μεταξύ 20 και 49 ετών. Η επίδραση της Ισπανικής γρίπης δεν περιορίστηκε χρονικά μόνο κατά τα έτη 1918-19, αλλά θεωρείται η «μητέρα» των μετέπειτα πανδημιών γρίπης όπως της Ασιατικής (1957) και του Χονγκ Κονγκ (1968). Η Ισπανική γρίπη επηρέασε την οικονομία, την πολιτική και κοινωνική ζωή σε κάθε χώρα που έπληξε, καθώς και την δημογραφική σύσταση ολόκληρου του πλανήτη.

Εισαγωγή

Ο 20ος αιώνας σημαδεύτηκε από τρεις μεγάλες πανδημίες γρίπης: 1) Ισπανική γρίπη (1918) 2) Ασιατική γρίπη (1957) 3) Γρίπη του Χονγκ Κονγκ (1968) [1]. Η Ισπανική γρίπη, το 1918, αποτελεί ένα από τα πιο δραματικά γεγονότα στην ιστορίας της ιατρικής. Συγκαταλέγεται ανάμεσα στις μεγαλύτερες επιδημίες που έχουν πλήξει τον πλανήτη και κόστισε την ζωή σε πάνω από 50 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως [2]. Η επιδημία εξαπλώθηκε με πολύ γρήγορους ρυθμούς πλήττοντας διαδοχικά όλες τις ηπείρους του πλανήτη. Η εξάπλωσή της έγινε μέσω της χερσαίας και θαλάσσιας οδού. Τα ιδιαίτερα και μοναδικά χαρακτηριστικά της την διαφοροποιούν από άλλες πανδημίες γρίπης. Όπως, για παράδειγμα, τα διαφορετικά στάδια χρωματισμού του δέρματος του ασθενούς γνωστά ως «ηλιοτρόπιο» ή «βαθιά μπλε κυάνωση» [3]. Η ανησυχητική ένδειξη ότι το 1918 ο ιός προέκυψε από έναν ιό της γρίπης των πτηνών προσαρμοσμένος στον

άνθρωπο, υποχρεώνει την επιστημονική κοινότητα να εξετάζει τις υποθέσεις σχετικά με την προέλευση της γρίπης [4].

Η εξάπλωση της Ισπανικής γρίπης

Στις 4 Μαρτίου του 1918 στο «Camp Funston», Κάνσας, το οποίο ήταν στρατόπεδο εκπαίδευσης στρατού των Η.Π.Α, έκανε την εμφάνισή της η Ισπανική γρίπη. Έως τον Απρίλιο είχε εξαπλωθεί σε Αμερική και Ευρώπη μέσω της πορείας των Αμερικανών στρατιωτών, που διέσχισαν τον Ατλαντικό για τις τελικές επιθέσεις του Α' Παγκοσμίου Πολέμου. Το ανοιξιάτικο κύμα ήταν σαρωτικό, όχι όμως καταστροφικό, και ως τα τέλη του Ιουνίου είχε υποχωρήσει.

Κίνα. Το γεγονός ότι τον Μάρτιο, του 1918 υπήρχαν ήδη κρούσματα στο Ντιτρόιτ (Η.Π.Α.) και στη Νότια Καρολίνα (Η.Π.Α.), αφήνει υπό συζήτηση το ενδεχόμενο, ο τόπος προέλευσης τελικά να ήταν οι Η.Π.Α. Γύρω από τη θεωρία αυτή στηρίχτηκε το φαινόμενο της ταχείας εξάπλωσης της γρίπης, όπως φαίνεται αναλυτικά παρακάτω στην εικόνα 1 [7].

Όπως αναφέρθηκε, η γρίπη εξαπλώθηκε με γρήγορους ρυθμούς ακολουθώντας την πορεία των στρατευμάτων από και προς την Ευρώπη. Παρά την εμπόλεμη κατάσταση, το παγκόσμιο εμπόριο δεν είχε παραλύσει. Οι εμπόλεμες χώρες διατηρούσαν ναυτικές βάσεις σε αποικίες τους ανά τον κόσμο, τα οποία ήταν μεγάλα λιμάνια και ταυτόχρονα τελικός προορισμός πολλών εμπορικών πλοίων. Οι εμπορικές

Παγκόσμιος Χάρτης εξάπλωσης της Ισπανικής Γρίπης
Πηγή: Potter, 2001

Η Ισπανική γρίπη έκανε ξανά την εμφάνισή της ένα μήνα αργότερα. Στις 22 Αυγούστου καταγράφηκε το πρώτο κρούσμα του δεύτερου κύματος στην Ηπειρωτική Ευρώπη, την Βρέστη, Γαλλία, (Brest, France) που ήταν το κυριότερο λιμάνι αποβίβασης των Αμερικανικών στρατευμάτων. Μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα εμφανίστηκε ταυτοχρόνως στη Βοστόνη (Boston, U.S.A), και στη Φριτάουν της Σιέρα Λεόνε (Freetown, Sierra Leone)[5,6]. Ο ιός μεταφέρθηκε σε όλη την Ευρώπη (Ισπανία, Πορτογαλία, Σκανδιναβία, Αγγλία, Γαλλία και Ιταλία) μέσα σε λίγες εβδομάδες. Τα Δυτικοευρωπαϊκά στρατεύματα που συμμετείχαν στις επιχειρήσεις κατά των Μπολσεβίκων, στη διάρκεια της Οκτωβριανής Επανάστασης, μετέφεραν τη γρίπη στην Ρωσία. Η Ισλανδία δέχθηκε τον ιό στα μέσα Οκτωβρίου από τα ευρωπαϊκά και αμερικανικά πλοία. Η Νέα Ζηλανδία την ίδια περίοδο μολύνθηκε από τα αμερικανικά πλοία. Στην Ινδία ο ιός εξαπλώθηκε μέσω του θαλάσσιου και σιδηροδρομικού δικτύου.

Η προέλευση της γρίπης δεν έχει εξακριβωθεί. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι τόπος προέλευσής της ήταν η

θαλάσσιες αρτηρίες αποτέλεσαν έναν εύκολο τρόπο μεταφοράς της γρίπης σε χώρες, οι οποίες δεν είχαν καμία ανάμειξη στον Ευρωπαϊκό πόλεμο. Χαρακτηριστικά αναφέρεται η μεταφορά της γρίπης από εμπορικά πλοία στην Κούβα και το Πουέρτο Ρίκο το καλοκαίρι του 1918. Τον Ιούλιο του ίδιου έτους εμπορικά πλοία από την Ιαπωνία και την Κίνα μετέφεραν τον ιό στην Χαβάη. Η Ισπανική γρίπη άφησε πίσω της αναπάντητα ερωτήματα σχετικά με την προέλευσή της και τα ασυνήθιστα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της [8].

Η επίδραση της Ισπανικής γρίπης δεν περιορίστηκε χρονικά μόνο κατά τα έτη 1918-19, αλλά υπήρξε η «μητέρα» των μετέπειτα πανδημιών γρίπης, δηλ. της Ασιατικής το 1957 και του Χονγκ-Κονγκ το 1968 (το στέλεχος του ιού της Ισπανικής γρίπης ήταν H1N1 και των μετέπειτα πανδημιών H2N2 και H3N3 αντιστοίχως. Ο ατυχής χαρακτηρισμός της γρίπης ως «Ισπανική» δεν συνδέεται με τον τόπο προέλευσης της, αλλά με το γεγονός ότι οι Ισπανικές αρχές ήταν αυτές, που πρώτες ανακοίνωσαν επισήμως το πρόβλημα που υπήρχε.

Η Ισπανική γρίπη στην Ευρώπη

Ισπανία, Αγγλία, Γαλλία, Ελβετία, Δανία μετρούσαν χιλιάδες νεκρούς και εκατομμύρια ασθενείς. Στην Ελβετία τον Ιούλιο του 1918 τα κρούσματα είχαν ανέλθει στα 53.000 μόνο για τον μήνα Ιούλιο του 1918 [9]. Οι Ισπανοί υποστήριξαν ότι η γρίπη προήλθε από τα πεδία μάχης της Γαλλίας και ότι εξαπλώθηκε με τον άνεμο. Η γρίπη δεν έτυχε της δέουσας σημασίας στην Αγγλία μέχρι την κορύφωσή της, τον Ιούνιο του 1918. Αρχικά εμφανίστηκε στο Πόρτσμουθ, πόλη και λιμάνι στην κομητεία Χάμπσαϊρ της νότιας Αγγλίας, στο Ηνωμένο Βασίλειο, και σταδιακά σε πολλές παραλιακές πόλεις του νότου. Όπως ήταν φυσικό, αρχικά έπληξε το στρατό.

Τα υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας στην Ελβετία παρατηρήθηκαν στον ενήλικα πληθυσμό, ιδιαίτερα στην ηλικιακή ομάδα 20-49 ετών, με αυξημένη θνησιμότητα στους άνδρες. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από τις συνθήκες διαβίωσης στον στρατό, συχνά ταξίδια, που ευνοούν τη μετάδοση της γρίπης μεταξύ στρατιωτών που είχαν ήδη εξασθενήσει. Η σοβαρότητα της νόσου μεταξύ εφήβων και νεαρών ενηλίκων συνδέεται με την υπερβολική εργασία, την έλλειψη υγειονομικής περίθαλψης και τις στρατιωτικές συνθήκες. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι μπορούσαν να επωφεληθούν, καθώς είχαν εκτεθεί σε μια σημαντική επιδημία γρίπης που συνέβη τον προηγούμενο αιώνα (1889-91) [10].

Η πανδημία γρίπης του 1918 στην Αμερική

Στην Αμερική, αρχικά δεν έδειξαν την απαιτούμενη προσοχή στην επιδημία. Προφανώς λόγω του πολέμου δεν ήταν ακόμα σε θέση να καταλάβουν ότι οι απώλειες, που είχαν σημειωθεί στο στρατό, έκρυβαν κάτι το ανησυχητικό. Η πρώτη ξεκάθαρη και ανησυχητική εικόνα του ανοιξιάτικου «κύματος γρίπης» έρχονταν από τα ευαγή ιδρύματα, τους κοινωφελείς οργανισμούς και φυσικά τα πολιτικά και στρατιωτικά νοσοκομεία. Εκεί, μπορούσαν να έχουν μία πιο σαφή εικόνα για τα συμπτώματα της γρίπης, τη μεταδοτικότητά της και τέλος για τα επίπεδα θνησιμότητας του πληθυσμού [11].

Παρόλα αυτά όμως, οι γιατροί αρχικά δεν μπόρεσαν να διαγνώσουν την γρίπη ως αίτιο της επιδημίας. Επικρατούσε μεγάλη σύγχυση και υποστήριζαν ότι πρόκειται για πνευμονία και όχι γρίπη. Για πολλές πολιτείες της Αμερικής η κορύφωση της επιδημίας σημειώθηκε τον Απρίλιο του 1918. Για την Νέα Υόρκη όμως ο Μάρτιος ήταν ο μήνας με τα περισσότερα κρούσματα. Τα θύματα ήταν κυρίως οι νέοι [12]. Η κατάσταση στην Αμερική αλλάζει τον Αύγουστο του 1918 και όσα πλοία φτάνουν στο λιμάνι της με κρούσματα ή ύποπτα κρούσματα, υπόκεινται σε καραντίνα. Η μέχρι τότε αδράνεια των κρατικών μηχανισμών έδωσε τη θέση σε μια άνευ προηγουμένου κινητοποίηση. Η κυβέρνηση ζήτησε τη συμμετοχή και τη συνεργασία όλων των φορέων κρατικών και μη, με σκοπό τη διαφύλαξη της Δημόσιας Υγείας και την καταπολέμηση της επιδημίας [13].

Η επιδημία γρίπης στην Αμερική είχε αντίκτυπο σε τρεις ξεχωριστές ομάδες του πληθυσμού: τους στρατιώτες, τους ναυτικούς και βέβαια στους κατοίκους των πόλεων και της επαρχίας. Κάθε μία ομάδα μετρούσε τον δικό της αριθμό θυμάτων, αλλά είχε και μία ανομοιογένεια στην εμφάνιση και εξάπλωση της γρίπης, που μας δημιουργεί αναμφίβολα πολλά ερωτηματικά που χρήζουν περαιτέρω έρευνας. Πρωτίστως, η επιδημία επηρέασε τις Ένοπλες Δυνάμεις της Αμερικής. Αστικές περιοχές κοντά σε στρατιωτικές βάσεις και λιμάνια ήταν αποδέκτες του ιού. Η κυβέρνηση καθυστέρησε να αντιληφθεί τη ρίζα του κακού και όταν πλέον άρχισε να λαμβάνει δραστικά μέτρα, η επιδημία είχε πλέον εξαπλωθεί σχεδόν σε όλες τις πολιτείες της Αμερικής. Η γρίπη έφτασε στο αποκορύφωμά της στο Πολεμικό Ναυτικό τον Σεπτέμβριο του 1918. Παρόμοια ήταν και η κατάσταση που επικρατούσε στο Στρατό Ξηράς. Η επιδημία σημείωσε ραγδαία εξάπλωση στον πληθυσμό των Αμερικάνικων πόλεων και επαρχιών δύο εβδομάδες μετά την κορύφωση, που σημειώθηκε στον στρατό και στο ναυτικό. Σε αντίθεση με την συμπεριφορά των Ευρωπαίων πολιτών, οι Αμερικάνοι δεν συνήθιζαν να συνωστίζονται σε κατασκηνώσεις, όπου ένα απλό φτέρνισμα αρκούσε για να αποβεί μοιραίο για κάποιον που θα ήταν κοντά. Επιπλέον, δεν εγκατέλειψαν κατά ορδές τις πόλεις για να εγκατασταθούν στην εξοχή, πιστεύοντας πως με την απομάκρυνσή τους από το κέντρο ίσως γλίτωναν από τον εφιάλτη και έσωζαν την ζωή τους [14].

Στην πραγματικότητα όμως, οι πολίτες ήταν τρομοκρατημένοι και μέσα στον πανικό τους δεν άκουσαν τις προειδοποιήσεις της κυβέρνησης, που επέμενε πως έπρεπε σε κάθε περίπτωση να αποφευχθεί ο συνωστισμός ατόμων σε χώρους που δεν αερίζονται επαρκώς. Οι Αμερικανοί κλείστηκαν στα σπίτια τους και επιπλέον, πίστευαν πως δεν πρέπει να έχουν καμία επαφή με το μολυσμένο περιβάλλον. Πολλές είναι οι περιπτώσεις όπου σε διάφορες πολιτείες κάθε αρμόδια αρχή είχε εκδώσει τις δικές της οδηγίες και εξηγήσεις για τη μετάδοση της γρίπης, γεγονός που μεγάλωνε τη σύγχυση και τη δυσπιστία των πολιτών. Η κατάσταση στην επαρχία υπήρξε ανυπόφορη για τους πολίτες, τους οδήγησε στην πλήρη αδράνεια, μη έχοντας πια δυνάμεις αλλά και χρήματα για να μπορέσουν να ζήσουν. Ο κυβερνητικός μηχανισμός άργησε να ενεργοποιηθεί στην επαρχία, οι άνθρωποι πέθαιναν αβοήθητοι και τις περισσότερες φορές εγκαταλελειμμένοι από τις οικογένειες τους. Στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας επικρατούσε συνωστισμός από ασθενείς, οι οποίοι λόγω του μεγάλου αριθμού τους ήταν αδύνατον να δεχθούν τη βασική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Επιπλέον, το ίδιο το προσωπικό των νοσοκομείων ήταν εκτεθειμένο και ευάλωτο στην γρίπη. Στις τάξεις

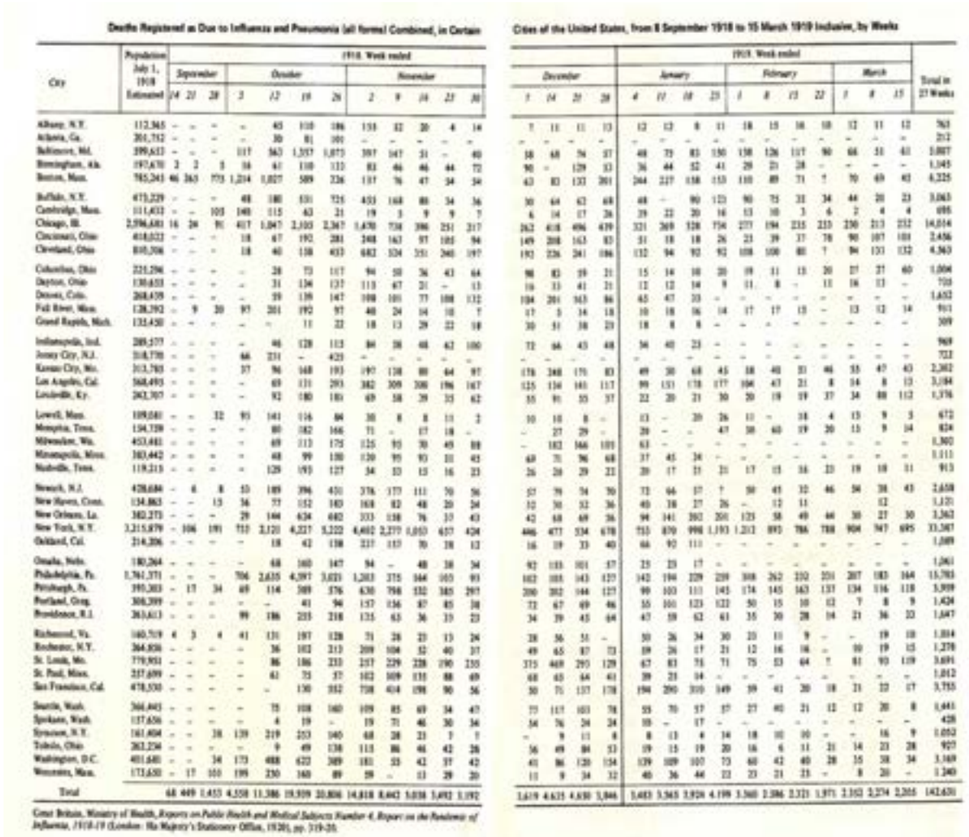
του υγειονομικού σώματος οι απώλειες ήταν βαρύτατες. Πολλές φορές για κάθε νοσοκόμα αναλογούσαν πάνω από πενήντα ασθενείς. Η κατάσταση ήταν απελπιστική. Σε αρκετές περιπτώσεις τα νοσοκομεία σταματούσαν να λειτουργούν. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του Lebanon Hospital στη Φιλαδέλφεια, όπου υπήρχαν 3 νοσοκόμες για 125 περιπτώσεις ασθενών με πνευμονία και γρίπη [15].

Δημογραφικές και Κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της «Ισπανικής Γρίπης στην Αμερική

Η οικονομία της χώρας την περίοδο της επιδημίας διαταράχθηκε εμφανώς. Η πλειοψηφία των ανθρώπων ασχολούνταν με αγροτικές εργασίες και παρήγαγαν τις πρώτες ύλες για τη βιομηχανία. Η νοσηρότητα του εργατικού δυναμικού της χώρας διατάραξε τον κύκλο της παραγωγικής διαδικασίας, του εμπορίου και ως απόρροια αυτού ήταν η διαταραχή της οικονομίας στις πόλεις. Η κοινωνική ζωή και η διασκέδαση ήταν ανύπαρκτη. Θέατρα, εκκλησίες και κάθε είδους κοινωνική εκδήλωση είχε ανασταλεί για ευνόητους λόγους. Τα έξοδα αντιμετώπισης της επιδημίας αυξήθηκαν και η κατάσταση επιβαρύνθηκε με την ανάγκη άμεσης παραγωγής και διάθεσης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Δεν μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια ο αριθμός των ατόμων που νόσησαν με γρίπη την περίοδο 1918-19, όπως επίσης και ο ακριβής αριθμός των ατόμων που έχασαν την ζωή τους. Το προσωπικό των νοσοκομείων και όλων των ιδρυμάτων που βοήθησαν στην περίθαλψη και ανάρρωση των ασθενών δεν ήταν κατάλληλα εκπαιδευμένο και ενημερωμένο να διαχειριστεί τέτοιου είδους καταστάσεις. Κατά συνέπεια πολλά περιστατικά δεν κατεγράφησαν λόγω του πανικού που επικρατούσε. Επιπλέον, το ίδιο το προσωπικό (γιατροί, νοσοκόμες κ.α.) ασθενούσε - η γρίπη δεν αποτελούσε εξαίρεση για κανέναν - και στις θέσεις τους οι εθελοντές δεν ήταν σε θέση να καταγράψουν ή να δηλώσουν τα περιστατικά.

Η τεχνολογία βρίσκονταν σε πρώιμο επίπεδο, δεν υπήρχαν εναλλακτικές λύσεις δήλωσης των στοιχείων και διατήρησή τους, το κράτος και ειδικότερα οι αρμό-



Deaths Registered as Due to Influenza and Pneumonia (all forms) Combined, in Certain Cities of the United States, from 6 September 1918 to 15 March 1919 Inclusive, by Weeks

City	Population July 1, 1918 Estimated	1918. Week ended: September 14	21	28	October 5	12	19	26	November 2	9	16	23	30	1919. Week ended: December 7	14	21	28	January 4	11	18	25	February 1	8	15	22	March 1	8	15	Total in 27 Weeks
Albany, N.Y.	112,365	–	–	–	–	45	110	186	155	32	20	4	14	7	11	11	13	12	12	8	11	18	15	16	10	12	11	12	763
Atlanta, Ga.	201,752	–	–	–	–	30	81	101	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	212
Baltimore, Md.	599,633	–	–	–	117	363	1,357	1,073	397	147	51	–	40	38	68	74	57	68	73	83	130	138	126	117	90	68	51	43	1,007
Birmingham, Ala.	197,670	3	2	5	16	61	110	133	83	46	46	44	72	90	–	129	33	36	44	52	41	29	21	28	–	–	–	–	1,145
Boston, Mass.	785,243	46	363	773	1,234	1,027	589	326	137	76	47	34	34	63	83	133	201	264	227	158	153	110	89	71	7	70	69	41	4,225
Buffalo, N.Y.	473,229	–	–	–	48	180	531	725	453	168	80	34	36	30	64	62	68	68	–	90	123	90	75	33	34	44	20	23	3,063
Cambridge, Mass.	111,403	–	–	103	140	115	43	21	19	3	9	9	7	6	14	17	26	19	22	20	16	13	10	3	6	2	4	4	695
Chicago, Ill.	2,594,681	16	24	91	417	1,047	2,103	2,347	1,470	738	396	251	217	262	418	496	439	321	369	328	754	277	194	235	235	230	213	232	14,014
Cincinnati, Ohio	418,022	–	–	–	18	67	192	281	348	163	97	105	94	149	208	163	83	51	18	18	26	23	39	37	78	90	107	103	2,456
Cleveland, Ohio	810,708	–	–	–	18	40	138	433	682	324	251	240	197	192	226	241	186	132	94	92	92	108	100	80	7	94	133	132	4,363
Columbus, Ohio	221,158	–	–	–	–	28	73	117	94	50	36	43	64	98	83	59	21	15	14	10	20	19	11	13	20	27	27	60	1,004
Dayton, Ohio	130,653	–	–	–	–	31	136	137	113	67	21	–	13	19	33	41	21	12	12	14	9	11	8	–	11	16	13	–	710
Denver, Colo.	268,458	–	–	–	–	59	139	147	108	101	77	108	132	104	201	163	86	65	47	33	–	–	–	–	–	–	–	–	1,632
Fall River, Mass.	128,392	9	20	95	201	192	97	48	24	14	10	7	7	17	5	14	18	10	18	16	14	17	17	13	–	13	12	14	911
Grand Rapids, Mich.	133,458	–	–	–	–	–	11	22	18	13	29	22	18	30	31	38	23	18	8	8	–	–	–	–	–	–	–	–	309
Indianapolis, Ind.	289,577	–	–	–	–	46	128	113	84	38	48	62	100	72	64	43	48	36	40	23	–	–	–	–	–	–	–	–	969
Jersey City, N.J.	318,758	–	–	–	66	231	–	423	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	722
Kansas City, Mo.	313,783	–	–	–	37	96	168	193	197	138	80	64	97	178	248	175	83	69	30	68	45	18	40	31	46	55	47	43	2,362
Los Angeles, Cal.	568,493	–	–	–	–	69	131	293	382	309	200	196	167	125	134	161	117	99	151	178	177	106	43	21	8	14	8	13	3,184
Louisville, Ky.	243,707	–	–	–	–	92	180	181	69	58	29	35	62	55	91	55	37	22	20	21	30	20	19	19	37	34	88	112	1,376
Lowell, Mass.	109,681	–	–	32	93	141	116	86	30	8	8	11	2	10	10	8	–	13	–	20	26	11	–	18	4	13	9	5	672
Memphis, Tenn.	154,759	–	–	–	–	80	182	166	71	–	17	18	–	–	27	29	–	28	–	–	47	38	60	19	20	13	9	14	624
Milwaukee, Wis.	453,681	–	–	–	–	69	113	175	125	93	30	45	88	–	182	166	101	63	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1,302
Minneapolis, Minn.	383,442	–	–	–	–	68	99	130	120	95	93	33	43	69	71	96	68	37	45	34	–	–	–	–	–	–	–	–	1,111
Nashville, Tenn.	118,215	–	–	–	–	129	193	127	34	33	13	16	23	26	28	29	22	20	17	21	21	17	15	16	23	19	18	11	913
Newark, N.J.	428,684	–	6	8	33	189	396	431	376	177	111	70	56	57	79	74	70	72	66	57	?	50	45	32	46	34	38	43	2,658
New Haven, Conn.	134,863	–	–	13	34	77	152	140	168	83	48	20	24	12	30	32	36	40	38	27	26	–	12	11	–	–	12	–	1,121
New Orleans, La.	382,273	–	–	–	29	144	634	682	333	138	76	33	43	42	68	69	36	94	141	202	201	123	58	49	44	30	27	30	3,262
New York, N.Y.	5,215,879	–	106	191	733	2,121	4,227	5,222	4,402	2,277	1,053	657	424	486	677	534	478	733	870	998	1,193	1,212	893	786	788	904	747	695	33,387
Oakland, Cal.	214,206	–	–	–	–	18	42	138	227	137	70	38	13	16	19	33	40	66	92	111	–	–	–	–	–	–	–	–	1,089
Omaha, Nebr.	180,264	–	–	–	–	68	160	147	94	–	48	38	34	92	133	101	57	25	23	17	–	–	–	–	–	–	–	–	1,061
Philadelphia, Pa.	1,761,371	–	–	–	706	2,635	4,397	3,021	1,203	375	164	103	93	102	103	143	127	142	194	229	239	308	262	232	251	207	183	164	15,703
Pittsburgh, Pa.	595,303	–	17	34	69	114	369	576	630	798	532	385	297	200	202	144	127	99	103	111	145	174	145	163	137	134	116	118	5,959
Portland, Oreg.	308,399	–	–	–	–	–	41	94	157	136	87	85	38	72	67	69	46	55	101	123	122	50	15	10	12	7	8	9	1,424
Providence, R.I.	263,613	–	–	–	99	186	233	218	135	63	36	33	23	34	39	45	64	47	59	62	61	35	30	28	14	21	36	22	1,647
Richmond, Va.	160,719	4	3	4	41	131	197	128	71	28	23	13	24	28	36	51	–	30	26	34	30	23	11	9	–	–	19	18	1,014
Rochester, N.Y.	264,806	–	–	–	–	36	102	213	209	104	52	40	37	49	65	87	73	39	26	17	21	12	16	16	–	10	19	15	1,278
St. Louis, Mo.	779,951	–	–	–	–	86	186	233	257	229	228	190	235	275	469	293	129	67	83	75	71	75	53	64	7	81	93	119	3,691
St. Paul, Minn.	237,699	–	–	–	–	61	73	57	102	109	135	88	69	68	65	64	41	39	23	14	–	–	–	–	–	–	–	–	1,012
San Francisco, Cal.	478,550	–	–	–	–	–	130	332	738	414	198	90	56	30	71	137	178	194	290	310	349	59	41	20	18	21	22	17	3,755
Seattle, Wash.	366,843	–	–	–	–	75	108	160	109	85	69	34	47	77	117	103	78	55	70	57	57	27	40	21	12	12	20	8	1,441
Spokane, Wash.	137,636	–	–	–	–	4	19	–	19	71	46	30	36	34	76	24	24	10	–	17	–	–	–	–	–	–	–	–	428
Syracuse, N.Y.	181,404	–	–	38	139	219	253	140	68	28	21	7	7	–	9	11	8	8	13	4	14	18	10	10	–	–	16	9	1,052
Toledo, Ohio	262,236	–	–	–	–	9	49	138	113	86	46	42	28	36	69	84	53	19	15	19	20	16	6	11	21	14	23	28	927
Washington, D.C.	401,681	–	–	34	173	488	622	389	181	53	42	37	42	41	86	120	154	139	109	107	73	60	42	40	28	35	38	34	3,169
Worcester, Mass.	173,650	–	17	101	199	230	160	89	59	–	11	29	20	11	9	34	32	40	36	44	22	23	21	23	–	8	20	–	1,240
Total		68	649	1,453	4,558	11,386	19,939	20,806	14,818	8,442	5,038	3,492	3,192	3,619	4,635	4,630	3,846	3,683	3,565	3,926	4,199	3,360	2,586	2,321	1,971	2,102	2,274	2,265	142,630

Great Britain, Ministry of Health, *Reports on Public Health and Medical Subjects Number 4, Report on the Pandemic of Influenza, 1918-19* (London: His Majesty's Stationery Office, 1920), pp. 319-20.

Εικόνα 2: Αναλυτικός πίνακας με τον αριθμό των ατόμων που νόσησαν από γρίπη και πνευμονία σε 46 πόλεις της Αμερικής από τον Σεπτέμβριο του 1918 έως τον Μάρτιο του 1919
Πηγή: Crosby, 2003

διοι φορείς δεν ήταν σε θέση να το κάνουν. Η U.S.P.H.S (United State Public Health Service) των Η.Π.Α για να εντοπίσει τον αριθμό των ατόμων που νόσησαν, εξέτασε τα στοιχεία από 11 πόλεις και υπολόγισε ότι στα 1.000 άτομα του πληθυσμού τα 280 είχαν νοσήσει [16]. Υπολογίζεται ότι 25 εκατ. Αμερικάνοι νόσησαν με τον ιό της γρίπης την περίοδο 1918-19. Η εικόνα 2 περιλαμβάνει αναλυτικά των αριθμό των ατόμων που νόσησαν από γρίπη και πνευμονία σε 46 πόλεις της Αμερικής από τον Σεπτέμβριο του 1918 έως τον Μάρτιο του 1919, ο υπολογισμός γίνεται ανά εβδομάδα. Ο πίνακας δείχνει πως τα τρία κύματα γρίπης επηρέασαν τον πληθυσμό σε κάθε πόλη ξεχωριστά [17].

Ο αριθμός των ναυτών και των στρατιωτών που έχασαν τη ζωή τους από γρίπη και πνευμονία το 1918 είναι πάνω από 43.000, δηλαδή το 80% των Αμερικάνων νεκρών του Α΄ Παγκοσμίου πολέμου. Τα στοιχεία και οι αριθμοί υπολογίζονται πάντα κατά προσέγγιση (ήδη έχουμε αναφέρει τους λόγους απώλειας δεδομένων, όπως μη καταγραφή και δήλωση στοιχείων, έλλειψη οργάνωσης κ.ά.). Η διοίκηση του στρατού στην Αμερική είχε υπολογίσει ότι το 1918 είχαν απαλλαχτεί από τα καθήκοντά τους λόγω της γρίπης πολλοί αξιωματούχοι και υψηλόβαθμα στελέχη των ενόπλων δυνάμεων. Υπολόγισαν ότι μόνο από την απουσία των αξιωματικών είχαν χαθεί 9.055.659 εργατοημέρες και συνολικά οι ημέρες εργασίες που χάθηκαν από όλες τις βαθμίδες ανέρχονταν στις 14.994.812 [18].

Ένα άλλο ερώτημα που μας απασχολεί είναι πόσοι Αμερικάνοι (πολίτες και στρατιώτες) τελικά έχασαν την ζωή τους από πνευμονία και γρίπη από τον Σεπτέμβρη του 1918 έως τον Ιούνιο του 1919. Η πιο ακριβής προσέγγιση του πραγματικού αριθμού (δεν μπορούμε να υπολογίσουμε με ακρίβεια λόγω έλλειψης στοιχείων) ανέρχεται στα 675.000 άτομα [19,20]. Η ηλικιακή ομάδα 20-40 ετών σημείωσε υψηλά επίπεδα θνησιμότητας, υπάρχει διάσταση απόψεων ανάμεσα στους επιστήμονες και δεν μπορούν να συμφωνήσουν ή να αποδείξουν το λόγο που οδήγησε στην ευαισθητοποίηση αυτής της ηλικιακής ομάδας έναντι της επιδημίας.

Τα σχολεία παρέμειναν κλειστά για αρκετές εβδομάδες. Τα μέσα μεταφοράς δεν εκτελούσαν όλα τα δρομολόγια και οι μετακινήσεις καθώς επίσης και τα ταξίδια των πολιτών είχαν μειωθεί στο ελάχιστο. Πολλές επιχειρήσεις επηρεάστηκαν, κάποιες έκλεισαν από την έλλειψη προσωπικού. Ενώ κάποιες άλλες κερδοσκόπησαν. Συνεπώς εκδηλώθηκαν υψηλά ποσοστά ανεργίας. Όλες οι δημόσιες υπηρεσίες υπολειτουργούσαν λόγω ασθένειας του προσωπικού τους. Αυξήθηκαν τα επίπεδα εγκληματικότητας και αλκοολισμού. Επήλθε χαλάρωση ηθικών αξιών και αποδιοργάνωση της προσωπικότητας (η έξαρση της επιδημίας δημιούργησε ένα αίσθημα πανικού στους πολίτες και πολλές φορές το συναίσθημα αυτό οδήγησε σε ακραίες συμπεριφορές). Πολλές φορές ο τύπος της εποχής (εφημερίδες) έδινε συμβουλές αντιμετώπισης της γρίπης που δεν είχαν καμία ιατρική υπόσταση. Δεν ήταν λίγα τα περιστατικά, όπου η παραπληροφόρηση οδήγησε στο θάνατο. Όπως προαναφέρθηκε εκκλησίες, θέατρα, εστιατόρια και όλοι οι χώροι συνεστίασης και διασκέδασης ανέστειλαν για αρκετές εβδομάδες τη λειτουργία τους.

Συμπεράσματα

Η μείωση του πληθυσμού, η ανατροπή κυβερνητικού προϋπολογισμού, η διαταραχή της πολιτικής ζωής, η ζημία των επιχειρήσεων, η εμφάνιση κερδοσκοπικών τάσεων, η αναστολή λειτουργίας δημοσίων υπηρεσιών καθώς επίσης και η μείωση των μετακινήσεων ήταν μερικές από τις επιπτώσεις της Ισπανικής γρίπης. Η Ισπανική γρίπη, μητέρα των μετέπειτα πανδημιών (Ασιατική γρίπη και γρίπη του Χονγκ Κονγκ), κατάφερε να αφήσει έως σήμερα αναπάντητα ερωτηματικά που αφορούν την προέλευση της. Είναι αποδεκτό από την επιστημονική κοινότητα ότι κάποια στιγμή θα υπάρξει μία νέα πανδημία γρίπης, αλλά το ακριβές χρονικό πλαίσιο όπου θα εκδηλωθεί, καθώς επίσης και η γεωγραφική της εξάπλωση δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί με σαφήνεια

Summary

The Spanish influenza of 1918 caused over 50 million deaths worldwide. Data presented in this paper is the origin of influenza, the spread rate, the phases of spreading and the geographic distribution of cases. This study focuses mainly on the demographic, social, political and economic implications of Spanish influenza which has spread across Europe and America through land and sea routes. It is not possible to accurately calculate the number of people who were infected with influenza in the period 1918-19, nor the exact number of people who lost their lives due to the failure to record the incidents as the deaths caused by Spanish influenza may be far more than those recorded. The age group with very high mortality rates was between 20 and 49 years of age. The effect of Spanish influenza was not limited only in the years 1918-19, as is considered the "mother" of the later influenza pandemics such as the Asian in 1957 and the Hong Kong in 1968. The Spanish influenza affected economic, political, and social life as well as demographic issues worldwide.

Keywords: Influenza, pandemic, Spanish influenza, population decline, mortality

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Kilbourne ED. Influenza Pandemics of the 20th Century. Emerg Infect Dis. 2006;12(1):9-14. DOI: 10.3201/eid1201.051254.
2. Morens DM, Fauci AS. The 1918 Influenza Pandemic: Insights for the 21st Century. J Infect Dis. 2007;195(7):1018-1028. DOI: https://doi.org/10.1086/511989
3. Shanks DG. Insights from unusual aspects of the 1918influenza pandemic. Travel Med Infect Dis. 2015;13(3):217-222. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.tmaid.2015.05.001
4. Vana G, Westover KM. Origin of the 1918 Spanish influenza virus: A comparative genomic analysis. Mol Phylogenet Evol. 2008;47(3):1100-10. DOI: doi: 10.1016/j.ympev.2008.02.003.
5. Taubenberger JK, Morens DM. 1918 Influenza: the Mother of All Pandemics. Emerg Infect Dis. 2006;12(1):15-22. DOI: https://dx.doi.org/10.3201/eid1201.050979.
6. Potter CW. A history of influenza. J Appl Microbiol. 2001;91(4):572-579. DOI: doi:10.1046/j.1365-2672.2001.01492.x
7. Potter CW. ό.π.
8. Crosby A. America's forgotten Pandemic: The influenza of 1918. 2nd ed. New York: Cambridge University Press; 2003:
   17 - 31, 56 - 68, 80, 206 - 207..
9. Ammon CE. Spanish flu epidemic in 1918 in Geneva, Switzerland. Euro Surveill. 2002;7(12):391. DOI: https://doi.org/10.2807/esm.07.12.00391-en
10. Frost W. Statistics of Influenza Morbidity: With Special Reference to Certain Factors in Case Incidence and Case Fatality. Public Health Rep. 1920;35(11):584-597. DOI: 10.2307/4575511

Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα στην Κέρκυρα από την Εποχή της Βενετοκρατίας μέχρι την Ίδρυση Του Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας

Μαρίνα Κουρή

Φιλόλογος – Υποψήφια Διδάκτορας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΙΟΝΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ

Λέξεις-κλειδιά

Κέρκυρα, νοσοκομείο (αστικό στρατιωτικό, αγγλικό), εκθετοκομείο, λοιμοκαθαρτήριο, φρενοκομείο, Γενικό Νοσοκομείο

Υπεύθυνη Επικοινωνίας:

Μαρίνα Κουρή,

Προσαλένδου 41, 49100 Κέρκυρα

Τηλέφωνα: 2661400013 / 6973049988

e-mail: marina_kouri8@yahoo.gr

Περίληψη

Η Βενετία κατέλαβε την Κέρκυρα το 1386 και καθ΄όλη τη διάρκεια της Βενετοκρατίας θεσπίστηκαν κανόνες και ιδρύθηκαν χώροι νοσηλείας για την οργάνωση της Δημόσιας Υγείας. Η προσπάθεια αυτή συνεχίστηκε με την άφιξη των Γαλλικών και εν συνεχεία των Αγγλικών δυνάμεων κατοχής στο νησί.

Εισαγωγή

Στα Ιόνια Νησιά, λόγω της διαφορετικής τους ιστορικής πορείας, τα πρώτα νοσοκομεία και φιλανθρωπικά ιδρύματα ιδρύθηκαν κατά την περίοδο της Βενετοκρατίας. Τα νοσοκομεία της εποχής εκείνης δεν είχαν την έννοια των σημερινών νοσοκομείων και δεν περιέθαλπαν μόνο αρρώστους, αλλά και τους γέροντες, καθώς και τα νόθα παιδιά και τους άστεγους ξένους. Έτσι τα νοσοκομεία της Επτανήσου, τουλάχιστον αρχικά, αποτελούσαν παράλληλα εκθετοκομεία και φτωχοκομεία, για αυτό και χαρακτηρίζονται ως «σπιτάλια» (όρος που παράγεται από τη λατινική λέξη hospitalis που σημαίνει καταφύγιο, άσυλο και ξενώνας).

Νοσοκομεία – ξενώνες (σπιτάλια)

Το πρώτο νοσοκομείο – ξενώνας στην Κέρκυρα δημιουργήθηκε το 1466 από την Αδελφότητα των Αγίων Ιακώβου και Χριστοφόρου, με άδεια του Αρχιεπισκόπου Martinus de Bernardini[1] , με σκοπό «να γίνονται δεκτοί ασθενείς, πτωχοί, μέλη της αδελφότητος και οι διερχόμενοι εκ Κερκύρας και έχοντες ανάγκην στέγης και περιθάλψεως, προσκυνητές των Αγίων Τόπων (pellegrini)». (1)

Νέο παρόμοιο ίδρυμα λειτουργούσε γύρω στο 1600 στο καθολικό μοναστήρι της Αγίας Ιουστίνης (Santa Giustina) στη Γαρίτσα από τους μοναχούς του τάγματος του Αγίου Φραγκίσκου. Εκεί αρχικά νοσηλεύονταν μόνο οι άρρωστοι μοναχοί και παρεχόταν άσυλο στους προσκυνητές των Αγίων Τόπων. Ωστόσο, σύμφωνα με τον από 6 Μαΐου 1628 κανονισμό του απεσταλμένου επιθεωρητή Alivise Civran, επιτρέπονταν να δέχεται και τους ασθενείς ναυτικούς των Βενετικών γαλέρων, οι οποίοι έπασχαν μόνο από πυρετό και οι οποίοι διέθεταν πιστοποιητικό από τον

1 Martinus de Bernardini: Ενετός πολίτης και εφημέριος του ναού του Αγίου Παντελεήμονος επί Πίου ΙΙ.

χαμαιχειρουργό του πλοίου, ο οποίος υποχρεούνταν να παραδίδει τους ασθενείς στον ηγούμενο του μοναστηριού. Το μοναστήρι διαλύθηκε από τους Αυτοκρατορικούς Γάλλους (1807-1814). (1)

Επίσης, σύμφωνα με μαρτυρία του Σ. Κατσαρού (2), λειτούργησε από το 1633 ένα ακόμη νοσοκομείο – σπιτάλι, το οποίο στεγάστηκε σε δύο σπίτια που άφησε με διαθήκη του ο Δημήτριος Παύλου.

Νοσοκομείο – Εκθετοκομείο (Ospitale De Bastardeli)

Στην Κέρκυρα λειτούργησε και ένα αστικό νοσοκομείο – εκθετοκομείο, για να αντιμετωπιστεί το κοινωνικό πρόβλημα των νόθων παιδιών.

Η απόφαση για την ίδρυση του ορφανοτροφείου – εκθετοκομείου πάρθηκε το 1666 μετά από πρόταση των συνδίκων στο Συμβούλιο της Κέρκυρας (3,4), και η κατασκευή του ξεκίνησε το 1671 από τον Προνοητή Domenico Gritti. Το κτίριο ήταν διώροφο και περιελάμβανε από τέσσερα δωμάτια σε κάθε όροφο.

Σύμφωνα με τον Στ. Βλασσόπουλο[2] , το βρεφοκομείο βρισκόταν κοντά στη Βασιλική Πύλη (Porta Reale), συντηρούνταν από τη Διοίκηση και φιλοξενούσε τα χρόνια της Βενετοκρατίας 60-80 έκθετα παιδιά (5).

Η ανώτερη διεύθυνσή του είχε ανατεθεί σε γιατρό και η εσωτερική διεύθυνση σε επόπτρια (Priora). Στο ανώτερο προσωπικό του ανήκε και ο εφημέριος, που εκτελούσε και τα καθήκοντα του δασκάλου. Το κατώτερο προσωπικό αποτελούσαν οι τροφοί, που εκτελούσαν την εσωτερική υπηρεσία του καταστήματος.

Η κατάσταση του ιδρύματος αυτού δεν ήταν καλή μέχρι την άφιξη των Αυτοκρατορικών Γάλλων, οι οποίοι εφάρμοσαν μέτρα για τη βελτίωση της λειτουργίας του. Η θνησιμότητα των νόθων ήταν μεγάλη. Μεταξύ των ετών 1770 και 1820 έγιναν δεκτά στο ορφανοτροφείο της Κέρκυρας 1439 παιδιά, από τα οποία πέθαναν 1088, δηλαδή παρέμειναν 351. Η υψηλή αυτή νεογνική και παιδική θνησιμότητα οφείλεται στις οικονομικές, επιδημιολογικές και περιβαλλοντικές συνθήκες της εποχής. (6)

Στρατιωτικά Νοσοκομεία (Ospital delle Milizie)

Τα δύο στρατιωτικά νοσοκομεία βρίσκονταν στις άκρες των δύο πλατειών της Κέρκυρας (άνω και κάτω πλατεία) και είχαν συνολική δυναμικότητα διακοσίων εβδομήντα έξι κρεβατιών, σύμφωνα με τον Βαρόνο Θεοτόκη.

Το βρισκόμενο στη νότια πλευρά ήταν τριώροφο με 56 κλίνες σε κάθε όροφο και το ευρισκόμενο στη βόρεια πλευρά (εκεί που βρίσκεται σήμερα το Παλάτι των Αρμοστών) ήταν διώροφο με 54 κλίνες σε κάθε όροφο. Στο κτίριο ήταν ενσωματωμένη και η πύλη του Αγίου Νικολάου, η οποία σώζεται μέχρι σήμερα. Εκεί υπηρετούσαν κυρίως Βενετοί στρατιωτικοί γιατροί, αλλά και ντόπιοι, ακόμη και κουρείς φλεβοτόμοι. Ωστόσο, υπάρχουν παραδόσεις ότι στα ιδρύματα αυτά επικρατούσε μεγάλη έλλειψη καθαριότητας. (6)

Λοιμοκαθαρτήριο (Lazzaretto)

Το λοιμοκαθαρτήριο ιδρύθηκε στα 1588 στο μικρό νησάκι Λαζαρέτο[3] , που παλαιότερα ονομαζόταν νησί του Αγίου Δημητρίου από τον ομώνυμο ναό που υπήρχε σε αυτό, με στόχο την προστασία του πληθυσμού και των στρατευμάτων από τα λοιμώδη νοσήματα.

Το κτίριο ήταν τετράπλευρο, σε σχήμα ορθογώνιο. Ήταν περίκλειστο με μία μόνο είσοδο και διέθετε πυργίσκους σε καθεμιά από τις γωνίες του, για καλλίτερο έλεγχο και μεγαλύτερη ασφάλεια.

Αστικό Νοσοκομείο - Πτωχοκομείο

Στις αρχές του 18ου αιώνα ιδρύθηκε και το πρώτο νοσοκομείο της Κέρκυρας κοντά στο παλάτι του Βάϊλου[4] (Δικαστικό Μέγαρο). Τα χρήματα για την ίδρυσή του προέρχονταν από κληροδότημα του ιερέα Νικολάου Δούλη, ο οποίος, τον Ιούλιο του 1715, λίγο πριν πεθάνει, παρέδωσε στον έμπορο Ιωάννη Δηλώτη ποσό για την εξεύρεση οικήματος με σκοπό την περίθαλψη φτωχών ασθενών. Η πολιορκία της Κέρκυρας από τους Τούρκους το 1716, η οποία επέφερε κακουχίες και επιδημικές αρρώστιες στον πληθυσμό της πόλης, ανάγκασε το Δηλώτη να δαπανήσει τα χρήματα για τους δεινοπαθούντες του πολέμου και κατά συνέπεια δεν κατόρθωσε να εκπληρώσει την επιθυμία του εκλιπόντος για ίδρυση νοσοκομείου - πτωχοκομείου. Ωστόσο, το 1726 ο Δηλώτης, αφού πρώτα έλαβε εδαφονομή μικρού οικοπέδου κοντά στο Βαϊλάτο, έκτισε μικρή οικοδομή, δαπανώντας εξ ιδίων χρήματα, την οποία εξόπλισε με έπιπλα, καθώς και με τον απαραίτητο ιματισμό. Επίσης, ανέλαβε την υποχρέωση να εφοδιάζει το νοσοκομείο εφ΄όρου ζωής με τα αναγκαία φάρμακα και να παρέχει τη μισθοδοσία σε δύο ιατροχειρουργούς.

Αρχικά τα πενιχρά οικονομικά μέσα του νοσοκομείου δεν επέτρεπαν την περίθαλψη άνω των δύο ασθενών, ενός ορθόδοξου και ενός καθολικού. Σύμφωνα με μαρτυρία του Στ. Βλασσόπουλου: *«Στην αρχή το φιλανθρωπικό αυτό ίδρυμα προικίσθηκε από τον ιδρυτή του με μικρά εισοδήματα για τη συντήρησή του. Στη συνέχεια όλο και αυξήθηκαν με της διαθήκες πολλών ευσεβών ανθρώπων που πεθαίνοντας άφησαν κληροδοτήματα σε αυτό το νοσοκομείο, τα οποία πρέπει να θεωρηθούν αρκετά, ώστε τώρα να μπορεί άνετα να συντηρεί 18 αρρώστους, ίσως δε και περισσότερους. Γίνονται δεκτοί χωρίς διάκριση τόσο του ενός δόγματος όσο και του άλλου. Οι άρρωστοι έχουν καλή μεταχείριση και επικρατεί σε αυτό η αγάπη και η τάξη»*. (6)

Από το 1758 οι φαρμακοποιοί της πόλης ανέλαβαν την υποχρέωση να χορηγούν στο νοσοκομείο τα αναγκαία φάρμακα δωρεάν, εκ περιτροπής ένα μήνα ο καθένας.

Επίσης, το 1773, ο αιδεσιμότατος Ιάκωβος Φραγκίσκος Κανάλ με την από 6 Ιανουαρίου διαθήκη του, που συντάχθηκε στη Βενετία, άφησε ολόκληρη την περιουσία του στο Νοσοκομείο, υπό τον όρο να τεθεί το κεφάλαιο στο Ενεχυροδανειστήριο[5] και να προστίθενται σε αυτό οι τόκοι μέχρι τη δημιουργία ικανού ποσού για την ανέγερση νέου νοσοκομείου στην πλατεία της πόλης.

Το 1820 η Ιόνιος Βουλή, σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν. 32 (ΦΕΚ 127/22-05-1820), όριζε ότι οι εισπράξεις και οι πληρωμές που έχουν σχέση με τα Εκκλησιαστικά και Αγαθοεργά Καταστήματα θα ορίζονται πλέον από το Ιόνιο Κράτος, μέσω του Γενικού Διαχειριστή – Επιτρόπου (Amministratore Generale). Συνεπεία του νόμου τούτου η περιουσία του νοσοκομείου δημεύτηκε και περιήλθε στην Κυβέρνηση και παραχωρήθηκε για τη χρήση του νοσοκομείου «εκτεταμένον οίκημα εν Μανδουκίω εις θέσιν Καρτέρια». (7) Το οίκημα αυτό ανήκε στην Εγχώριο Διοίκηση.

Το Αστικό Νοσοκομείο τον Ιούλιο του 1851 μεταφέρθηκε από τα Καρτέρια του Μαντουκιού σε οίκημα μπροστά από τις Φυλακές[6] , το οποίο αρχικά προοριζόταν για κατοικία του Διευθυντή των Φυλακών και τελικώς αποφασίστηκε να αποτελέσει νοσοκομείο αποκλειστικά για χρήση των φυλακισμένων (εικ.3). Η μεταφορά του Αστικού Νοσοκομείου κρίθηκε αναγκαία, επειδή ο χώρος που είχε παραχωρηθεί από την Εγχώρια Διοίκηση στο Μαντούκι «κατέστη ανεπαρκής και υπό έποψιν στερεότητος όχι ασφαλής». (1) Επίσης, οικονομικοί λόγοι επέβαλαν τη συστέγαση των δύο νοσοκομείων, προκειμένου να υπάρχει ένας μόνο εσωτερικός γιατρός και να χρησιμοποιούνται ως νοσοκόμοι δύο φυλακισμένοι που είχαν επιδείξει καλή διαγωγή, καταργώντας έτσι τις δύο θέσεις εσωτερικών βοηθών.

Το ισόγειο του κτιρίου χρησιμοποιήθηκε για τη νοσηλεία των φυλακισμένων, των οποίων τα δωμάτια είχαν σιδερένιες πόρτες, ώστε να μην μπορούν να αποδράσουν, αλλά και για αερισμό του χώρου νοσηλείας. Επίσης στο ισόγειο στεγάζονταν οι φρουροί των καταδίκων, το μαγειρείο, τα λουτρά και οι αποθήκες του νοσοκομείου. Ο πρώτος όροφος, ο οποίος διέθετε τέσσερις αίθουσες του ίδιου μεγέθους, μαζί με ένα ακόμη δωμάτιο, αποτέλεσε τους χώρους του νοσοκομείου, στο οποίο νοσηλεύονταν αστυνομικά όργανα, ασθενείς επί πληρωμή και άποροι Κερκυραίοι. Ο δεύτερος όροφος χρησιμοποιήθηκε για νοσηλεία των γυναικών και των εταίρων. Επίσης, στον δεύτερο όροφο στεγάστηκε το φαρμακείο, αίθουσα χειρουργείου, αίθουσα διδασκαλίας καθώς και χώροι για τους υπαλλήλους του νοσοκομείου. Το ανατομείο αποφασίστηκε για λόγους υγιεινής να μην στεγασθεί στο κτίριο, αλλά να οικοδομηθεί μικρό οίκημα για το σκοπό αυτό δίπλα στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με μαρτυρία του Κ.Χ.Μ. Κυριάκη, νοσηλεύονταν κατά μέσον όρο 550 άτομα περίπου το χρόνο, από τους οποίους λίγοι μόνο επί πληρωμή. (8)

Κατά τη διάρκεια του Ελληνοϊταλικού πολέμου 1940-1941, το Αστικό Νοσοκομείο μεταφέρθηκε από τις 2 Νοεμβρίου 1940 στις εγκαταστάσεις των Παιδικών Εξοχών στις Μπενίτσες και το κτίριό του χρησιμοποιήθηκε σαν πρόχειρο νοσοκομείο διακομιδής. Μετά τη συνθηκολόγηση επαναλειτούργησε στο χώρο του και στα 1942 πραγματοποιήθηκε προσθήκη του ισόγειου κτιρίου δεξιά στην είσοδο από τους Ιταλούς κατακτητές. Με τον εμπρησμό της πόλης από την γερμανική αεροπορία στις 13-14 Σεπτεμβρίου 1943, μεταφέρθηκε για ένα διάστημα και λειτούργησε στην Άφρα. (9)

Το 1957 εφαρμόστηκε ο νέος Οργανισμός Λειτουργίας, σύμφωνα με το Ν.Δ. «Περί αναμορφώσεως του Οργανισμού του Αστικού Νοσοκομείου Κερκύρας» (Εφημερίς της Κυβερνήσεως 254/18-09-1957 τ. Α΄) και το νοσοκομείο μετονομάστηκε σε Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας.

Το Γενικό Νοσοκομείο λειτούργησε στον ίδιο χώρο, δίπλα στις φυλακές, μέχρι τις αρχές του έτους 1966, όταν επί των ημερών της διεύθυνσης του Γ. Χρυσικόπουλου, μεταστεγάστηκε στο νέο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας επί της οδού Ιουλίας Ανδρεάδη 1, στο λόφο του παλιού Εβραϊκού νεκροταφείου. (7)

Διοίκηση του Αστικού Νοσοκομείου

Αρχικά η διοίκηση του Αστικού Νοσοκομείου ανατέθηκε από τον Δηλώτη στην Αδελφότητα της Υπερευλογημένης Παρθένου του Rosario[7]. Την Επιτροπή Διοίκησης του ιδρύματος αποτελούσαν ο προϊστάμενος της Αδελφότητας και δύο διαχειριστές, οι οποίοι εκλέγονταν από την Αδελφότητα και ανελάμβαναν

2 Ο Στ. Βλασσόπουλος ήταν Amministratore del Governo επί Αυτοκρατορικών Γάλλων, για αυτό και οι πληροφορίες του είναι υπεύθυνες.

3 Τα Λαζαρέτα ιδρύθηκαν για πρώτη φορά στη Βενετία το 1423 και πιθανώς οφείλουν την ονομασία τους στον Άγιο Λάζαρο, προστάτη των λεπρών.

4 Το αξίωμα του Έπαρχου με διοικητικά και δικαστικά καθήκοντα.

5 Santo Monte di Pieta: Το 1630 ιδρύθηκε με πρωτοβουλία του Γενικού Προνοητή Θάλασσας Antonio Pisani, ενεχυροδανειστήριο στην Κέρκυρα με σκοπό να αποτρέψει την εκμετάλλευση του λαού από την τοκογλυφία. Παρείχε δάνεια με χαμηλό τόκο έναντι ισοδύναμων ενέχυρων.

6 Οι φυλακές Κέρκυρας άρχισαν να οικοδομούνται το 1840 με πρωτοβουλία του Άγγλου Αρμοστή Sir Howard Duglas.

7 Η BeataVergine del Rosario ιδρύθηκε στις 22 Μαΐου 1614 και το ίδιο έτος ανήγειρε ιερό στην εκκλησία της Annunziata (Ευαγγελιστρίας). Η αδελφότητα αναγνωρίστηκε από τον προϊστάμενο των Δομινικανών στη Ρώμη Lucas Castellinus στις 21 Ιουλίου 1628. Το 1744 η αδελφότητα έχτισε δική της εκκλησία, τον ναό της Υπεραγίας Θεοτόκου του Ρόδου στη Σπιανάδα, η οποία κατεδαφίστηκε το 1827 από τους Άγγλους.

χρέη ταμία εναλλάξ κάθε μήνα. Από ορισμένους λογαριασμούς φαίνεται ότι το νοσοκομείο εξακολουθούσε να διοικείται από την ίδια επιτροπή της Αδελφότητας του Ροζάριο μέχρι το 1814 (6). Στη συνέχεια τη διαχείριση των πόρων του Νοσοκομείου ανέλαβε η Κυβέρνηση (σύμφωνα με τον υπ΄αριθ. Ν. 32/30-05-1820 του Α΄ Κοινοβουλίου), ενώ από τις 25 Μαρτίου 1844, σύμφωνα με τον υπ' αριθ. 68 νόμο του Ζ΄ Κοινοβουλίου, το Νοσοκομείο με την ιδιαίτερη περιουσία του περιέρχεται στην Εγχώρια Διαχείριση της Κέρκυρας[8] .

Σύμφωνα με την από 2 Δεκεμβρίου 1846 απόφαση της Γερουσίας, για να συντονισθεί καλύτερα η διεύθυνση και η διαχείριση των νοσοκομείων, των ασύλων, των θεραπευτηρίων και όλων των φιλανθρωπικών ιδρυμάτων, τα ιδρύματα αυτά τέθηκαν κάτω από την άμεση διεύθυνση και διαχείριση επιτροπής από γιατρούς. (6) Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 3 της ίδιας απόφασης, Πρόεδρος της Επιτροπής ορίζεται ο Έπαρχος Κέρκυρας και ο Γενικός Διευθυντής του Υγειονομείου. (1)

Μετά την Ένωση των Επτανήσων με την Ελλάδα (1864), συστάθηκε Διαχειριστική Επιτροπή για τη διοίκηση, διαχείριση και διανομή των προσόδων της Εγχωρίου Διαχειρίσεως. Η Επιτροπή αυτή ανέλαβε και το καθήκον της διαχείρισης των προσόδων του νοσοκομείου. Τελικώς η οριστική διανομή της Εγχωρίου Περιουσίας πραγματοποιήθηκε στις 31 Δεκεμβρίου 1887, σύμφωνα με τον νόμο ΑΦΙ΄/28-05-1887. Βάσει του νόμου αυτού η διοίκηση του νοσοκομείου καθώς και των άλλων αγαθοεργών καταστημάτων, ανατέθηκε σε Αδελφάτο, σύμφωνα με το από 1ης Δεκεμβρίου 1836 Βασιλικό Διάταγμα. (1)

Το Αδελφάτο ήταν αρχικά επταμελές (Ν. 3687/1929, ΦΕΚ 31/29-01-1929, τ.Α΄), αλλά λίγα χρόνια αργότερα, (άρθρο 1 του Ν. 5910/1933, ΦΕΚ 356/1953, τ. Α΄), το Αδελφάτο έγινε πενταμελές με Πρόεδρο τον Δήμαρχο της πόλης. Τα υπόλοιπα τέσσερα μέλη εκλέγονταν από το Δημοτικό Συμβούλιο με μυστική ψηφοφορία μεταξύ εγκρίτων Κερκυραίων πολιτών, εγκατεστημένων στην πόλη της Κέρκυρας ή στα προάστια αυτής. Μέλη του Αδελφάτου, ωστόσο, δεν επιτρεπόταν να γίνουν όσοι ήταν Βουλευτές, Γερουσιαστές, Δημαρχικοί Πάρεδροι, Δημοτικοί ή Κοινοτικοί Σύμβουλοι, υπάλληλοι του ιδρύματος ή Δημόσιοι και Δημοτικοί υπάλληλοι. Τα πρακτικά της εκλογής του Αδελφάτου υποβάλλονταν εντός πέντε ημερών στο Νομάρχη Κερκύρας και εκείνος με τη σειρά του εντός δεκαπέντε ημερών από την υποβολή τους, προέβαινε σε έλεγχο και κατόπιν στην ανακήρυξη των μελών. Η διάρκεια της υπηρεσίας του Αδελφάτου ήταν ισόχρονη με εκείνη των Δημοτικών και Κοινοτικών Αρχών.

8 Η εγχώρια Διαχείριση ήταν από τους πλουσιότερους κλάδους της οικονομίας της Ιονίου Πολιτείας.

Νοσοκομείο του Ιονίου Πανεπιστημίου

Το 1826 ιδρύθηκε το νοσοκομείο της Ιονίου Ακαδημίας, με ενέργειες του Λόρδου Guilford, με σκοπό να καλύψει τις εκπαιδευτικές ανάγκες της Ιατρικής Σχολής. Στο νοσοκομείο αυτό νοσηλεύονταν οξέα σοβαρά περιστατικά, είτε παθολογικά, είτε χειρουργικά, που παράλληλα αποτελούσαν και υλικό κατάλληλο για την εκπαίδευση των σπουδαστών της Ιατρικής Σχολής. Δεν επιτρεπόταν η εισαγωγή ελαφρών περιστατικών, που μπορούσαν εύκολα να νοσηλευτούν στο σπίτι. Στο νοσοκομείο επίσης γινόταν δεκτές γυναίκες για τοκετό, κυρίως εφόσον υπήρχε κίνδυνος ανώμαλου τοκετού. Την εισαγωγή των αρρώστων στο νοσοκομείο επέτρεπαν οι δύο διευθυντές της κλινικής, ενώ τα φάρμακα που χρησιμοποιούσε το νοσοκομείο παρασκευάζονταν στο εργαστήριο του Πανεπιστημίου, αλλά, εάν υπήρχε επείγουσα ανάγκη, μπορούσαν να τα προμηθευτούν από το στρατιωτικό φαρμακείο της Κέρκυρας με κυβερνητική άδεια. Δεν είναι γνωστό πότε σταμάτησε τη λειτουργία του το Νοσοκομείο του Πανεπιστημίου. Πιθανότητα όμως αυτό συνέβη μετά το θάνατο του Guilford, γύρω στο Νοέμβριο του 1827. (6)

ΕΙΚΟΝΑ 1: Το Στρατιωτικό (Αγγλικό) Νοσοκομείο της Κέρκυρας στο Παλαιό Φρούριο.

Το Αγγλικό Νοσοκομείο

Κατά την περίοδο της Αγγλοκρατίας (1815-1864), λειτουργούσαν στην Κέρκυρα δύο στρατιωτικά νοσοκομεία, για την εξυπηρέτηση των στρατευμάτων.

Το πρώτο μεγάλο νοσοκομείο βρισκόταν στο βορειότερο άκρο της πλατείας Σπιανάδας και αποτελούσε το Κεντρικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο. Εκεί υπήρχε η δυνατότητα να εξυπηρετηθούν οι ασθενείς των δύο ταγμάτων και επίσης υπήρχαν οι αποθήκες των φαρμακείων και φαρμακείο για γενικούς σκοπούς. Το νοσοκομείο της Σπιανάδας ή νοσοκομείο της Πόλεως, όπως λεγόταν, φαίνεται ότι ήταν το ίδιο νοσοκομείο που χρησιμοποιήθηκε από τους Βενετούς, τους Γάλλους και τους Ρώσους. Το νοσοκομείο αυτό θεωρείται ότι ήταν ικανό να περιθάλψει 270 ασθενείς. Ήταν χωρισμένο σε επτά θαλάμους διαφόρων μεγεθών, με δέκα κρεβάτια στο μικρότερο και τριάντα έξι στο μεγαλύτερο. Ένας μεγάλος θάλαμος, με κακό αερισμό, χρησιμοποιούνταν ως τραπεζαρία για τους αναρρωνύοντες. Διέθετε επίσης κουζίνες, αποθήκες και αυλή στην οποία υπήρχαν δύο μεγάλα ντεπόζιτα νερού.

Το δεύτερο στρατιωτικό νοσοκομείο (εικ.1) βρισκόταν στην Ακρόπολη (Cittadelle) και οικοδομήθηκε το 1835 από τους Άγγλους, για την περίθαλψη του αγγλικού στρατού στην Κέρκυρα. Είχε τη δυνατότητα να περιθάλψει εκατόν και σε περιπτώσεις ανάγκης έως εκατόν είκοσι ασθενείς. Τα κρεβάτια ήταν κατανεμημένα σε τέσσερις θαλάμους, χωρητικότητας είκοσι έξι έως και είκοσι οκτώ κρεβατιών.

Σύμφωνα με το Statistical Report(1) του 1839 αναφέρεται η λειτουργία ως στρατιωτικού νοσοκομείου ενός ακόμη τριώροφου κτιρίου, κάτω από το προηγούμενο, από τους οποίους οι δύο επάνω χρησιμοποιούνταν για τους ασθενείς και το ισόγειο για αποθήκες.

Επίσης, ως στρατιωτικό νοσοκομείο φέρεται να λειτουργούσαν στη βορειοανατολική πλευρά του φρουρίου, στους πρόποδες του βράχου, δύο διώροφες οικίες, με ένα θάλαμο στον κάθε όροφο.

Σύμφωνα με το ίδιο έγγραφο, το 1829 ιδρύθηκε στην Παλαιοκαστρίτσα ένα ακόμη νοσοκομείο για την ανάρρωση των στρατιωτών. Το νοσοκομείο αυτό ήταν παλαιότερα μοναστήρι και αποτελούνταν από ένα πέτρινο κτίριο με δύο πατώματα. Το πάνω προοριζόταν για την περίθαλψη πενήντα έως εξήντα ασθενών και το κάτω για κουζίνα και δωμάτια της φρουράς ορισμένων στρατευμάτων που κατά περιόδους κατέλυαν εκεί.

Το 1858 κτίσθηκαν στην Ακρόπολη νέα κτίρια του στρατιωτικού νοσοκομείου. (6) Το νοσοκομείο συνέχισε τη λειτουργία του και στα κατοπινά χρόνια. Σύμφωνα μάλιστα με επιγραφή, που βρίσκεται αναρτημένη στον εξωτερικό βορινό τοίχο του νοσοκομείου, αναφέρεται το έτος ίδρυσής του καθώς και η αποκατάσταση και επαναλειτουργία του από το 1917-1918. Στο κτίριο αυτό στεγάστηκε αργότερα και η Σχολή Εφέδρων Αξιωματικών της Κέρκυρας. Το κτίριο του νοσοκομείου εξακολουθεί να στέκεται, αλλά έχει πια παραδοθεί στη φθορά του χρόνου.

Δημόσιο Φρενοκομείο

Το Δημόσιο φρενοκομείο ιδρύθηκε το 1838, όταν αρμοστής ήταν ο Sir H. Douglas και είναι το αρχαιότερο των ψυχοθεραπευτηρίων της Βαλκανικής Χερσονήσου. Πρώτοι διευθυντές του ήταν οι Άγγλοι γιατροί Hadway και Bonici, με υποδιευθυντή τον Επτανήσιο γιατρό Π. Ζαγκαρόλα (11). Το νοσοκομείο ιδρύθηκε στο προάστιο του Αγίου Χαραλάμπους, το γνωστό San Rocco και στεγάστηκε σε κτίριο, το οποίο ανήκε στο συγκρότημα των στρατώνων και των οχυρώσεων του προαστίου Αγίου Ρόκκου και χρησιμοποιούνταν ως στρατώνας Μηχανικού.

Πριν ιδρυθεί το φρενοκομείο, οι φρενοβλαβείς κλείνονταν στις φυλακές. Οι συνθήκες διαβίωσής τους εκεί ήταν ανυπόφορες και όχι μόνο τους έλειπαν οι στοιχειώδεις ανέσεις και η ιατρική θεραπεία, αλλά πολλές φορές υποβαλλόταν σε βάρβαρες σωματικές τιμωρίες. (6)

Υπό τη μορφή αυτή λειτούργησε μέχρι την ένωση της Επτανήσου με την Ελλάδα το έτος 1864, οπότε περιήλθε στο Ελληνικό Δημόσιο, το οποίο ανέλαβε εξ ολοκλήρου τα έξοδα συντήρησης και λειτουργίας αυτού.

Το έτος 1880, λόγω της αλματώδους αύξησης του αριθμού των ψυχοπαθών, κατεβλήθη, από τον τότε Διευθυντή ιατρό Χρήστο Τσιριγώτη, προσπάθεια επέκτασης για την ανέγερση νέων κτιρίων, η οποία ολοκληρώθηκε μόλις το έτος 1904. Σύμφωνα με μαρτυρία του Κ.Χ.Μ. Κυριάκη, τα διαμερίσματα του φρενοκομείου διακρίνονταν σε: «α) τμήμα ησύχων συνεισφορέων και εις ανάρρωσιν, β) τμήμα ηλιθίων και ρυπαρών, γ) τμήμα ανησύχων και ταραξιών και δ) μανιακών και επικινδύνων, κεχωρισμένως κατά φύλον. Προσέτι περιλαμβάνονται Ναός, Διευθυντήριον, υδροθεραπευτήριον, μαγειρείον, πλυντήρια, αποθήκαι, αίθουσαι εργασιών και συναναστροφών, ανθώνες και κήποι.» (8)

Με βασιλικό διάταγμα στις 11-1-1939 (ΦΕΚ 22/Α/1939) ορίσθηκε το καταστατικό του Οργανισμού του Δημόσιου Ψυχιατρείου Κερκύρας με μία Ψυχιατρική Κλινική μέχρι 650 κλίνες, καθώς και προβλεπόμενο Ακτινολογικό και Μικροβιολογικό εργαστήριο. Το 1956 αναμορφώθηκε ο οργανισμός και μετονομάσθηκε σε «Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας» με την ταυτόχρονη σύσταση δύο Ψυχιατρικών Κλινικών, ενώ το 1961 συνεστήθη και Παθολογική Κλινική. Τον Απρίλιο του 1959 ξεκίνησε η λειτουργία του Ακτινολογικού εργαστηρίου και το 1960 του Μικροβιολογικού. (12)

Ως αποτέλεσμα της μακρόχρονης διαδικασίας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, επιτεύχθηκε η παύση της λειτουργίας του ασύλου αυτού στις 10 Οκτωβρίου 2006 και έτσι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας πέρασε στην ιστορία δίνοντας τη θέση του στο «Κοινοτικό Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Κέρκυρας» και σήμερα ανήκει οριστικά στο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας.

Νοσοκομείο για τα αφροδίσια νοσήματα

Ένα μεγάλο πρόβλημα για την Κέρκυρα ήταν τα αφροδίσια νοσήματα και ιδιαίτερα η σύφιλη, λόγω μεγάλου αριθμού ναυτικών καθώς το νησί διαδραμάτιζε σημαντικό ρόλο ως σταθμός για τη διεξαγωγή όχι μόνο ναυτικών πολεμικών επιχειρήσεων αλλά και σημαντικής εμπορικής δραστηριότητας.

Η απόφαση για την ίδρυση νοσοκομείου για τα αφροδίσια νοσήματα πάρθηκε στις 21 Σεπτεμβρίου 1817 από τον Αρμοστή F. Adam και ιδρύθηκε στις 5

Δεκεμβρίου του ίδιου χρόνου. Το νοσοκομείο στεγάστηκε στο Νέο Φρούριο μέσα στην πόλη της Κέρκυρας (1) και προοριζόταν για τη νοσηλεία γυναικών που εκδιδόταν με αμοιβή.

Η Αστυνομία ήταν αυτή που συνέτασσε και παρέδιδε στο νοσοκομείο κατάλογο με τα ονόματα των γυναικών που εκδίδονταν, προκειμένου να τους χορηγηθεί πιστοποιητικό υγείας. Χωρίς αυτό το πιστοποιητικό δεν τους επιτρεπόταν να συνεχίσουν να εξασκούν το επάγγελμά τους. Οι γυναίκες που εκδιδόταν με αμοιβή ήταν υποχρεωμένες να εξετάζονται δύο φορές το μήνα. Εκτός όμως από τις γυναίκες που ήταν γραμμένες στον κατάλογο που διατηρούσε η αστυνομία, αν κάποιος στρατιώτης ενοχοποιούσε κάποια γυναίκα ότι έγινε η αιτία να κολλήσει αφροδίσιο νόσημα, τότε η γυναίκα αυτή φερόταν στο νοσοκομείο για εξέταση.

Στο νοσοκομείο υπήρχε ένας Άγγλος γιατρός και τα φάρμακα προμήθευαν στο ίδρυμα οι αγγλικές αποθήκες. Ωστόσο, παρά τους αυστηρούς περιορισμούς, που επέβαλαν στις εκδιδόμενες γυναίκες, ώστε αυτές να εξετάζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα, φαίνεται ότι τα μέτρα αυτά δεν τηρούνταν πάντοτε με την ίδια αυστηρότητα μέχρι τα τελευταία χρόνια της Αγγλοκρατίας. Από την ίδρυση του ιδρύματος και μέχρι το Μάρτιο του 1822, είχαν εισαχθεί στο νοσοκομείο 292 γυναίκες. Ωστόσο, το Φεβρουάριο του 1822 προσήλθαν για εξέταση μόνο 39, ενώ στον κατάλογο ήταν καταγεγραμμένες 63 γυναίκες. (6)

Ίδρυση Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας

Ο Οργανισμός Διοικήσεως και Λειτουργίας του Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας συστάθηκε το 1957, ύστερα από την αναμόρφωση του Οργανισμού του Αστικού Νοσοκομείου Κέρκυρας, που πραγματοποιήθηκε με το Ν.Δ. 254/18-09-1957 και δημοσιεύθηκε στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης 219/31-10-1957, τ. Α΄.

Ωστόσο, η αλλαγή αυτή ουσιαστικά κυοφορήθηκε μερικά χρόνια πριν, όταν το κράτος στην προσπάθειά του να συστηματοποιήσει την παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, ψήφισε το Σεπτέμβριο του 1953 το Ν.Δ. «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντίληψης» (Εφημερίδα Κυβέρνησης 2592/1953) και τον Οκτώβριο του 1953 το Β.Δ. «Περί διαίρεσης της Επικρατείας σε υγειονομικές περιφέρειες». (10)

Με το Ν.Δ. 2592/1953 καθορίστηκαν μέτρα για την αναβάθμιση του υγειονομικού τομέα ιατρικής περίθαλψης. Το διάταγμα προέβλεπε τη δημιουργία οργάνων σχεδιασμού σε κεντρικό, περιφερειακό και επαρχιακό επίπεδο, καθώς και τη σύσταση περιφερειακών υπηρεσιών του υπουργείου. Συγκεκριμένα θεσμοθετήθηκε η ίδρυση μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Πρόκειται για τους κοινοτικούς υγειονομικούς σταθμούς και τα νοσοκομεία αντίστοιχα, τα οποία διακρίθηκαν σε γενικά και ειδικά.

Επίσης, στο πλαίσιο διεύρυνσης του δημόσιου νοσηλευτικού τομέα, το Ν.Δ. όρισε την αυτοδίκαια υπαγωγή στο νόμο των εξής νοσηλευτικών ιδρυμάτων:

- Των κρατικών, με εξαίρεση τα ιδρύματα του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας
- Των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του Α.Ν. 965/1937
- Των Ν.Π.Δ.Δ. που διέπονταν από ειδικούς νόμους

Επίσης, παρείχε δυνατότητα υπαγωγής στο νόμο στα δημοτικά/κοινοτικά νοσοκομεία, στα πανεπιστημιακά, καθώς και στα Νομικά πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου ή στα νοσηλευτικά ιδρύματα που στηρίζονταν από σωματεία ή άλλες οργανώσεις ιδιωτικής πρωτοβουλίας.

Σύμφωνα λοιπόν με το εν λόγω νομοθετικό διάταγμα, τα νοσηλευτικά ιδρύματα χαρακτηρίσθηκαν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, διοικούμενα από Διοικητικό Συμβούλιο και με προϊστάμενο των υπηρεσιών τους διοικητικό διευθυντή. Τον έλεγχο ασκούσε το Περιφερειακό Συμβούλιο Ιατρικής Αντίληψης, ενώ η εποπτεία ανήκε στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας. Η ιατρική περίθαλψη δεν παρεχόταν δωρεάν. Οι ασθενείς ή οι οριζόμενοι από το νόμο κατέβαλλαν τα νοσήλια ή την αμοιβή των ιατρικών και εργαστηριακών πράξεων στο ίδρυμα. Σε ό,τι αφορά τα εισοδήματα των νοσοκομείων ως Ν.Π.Δ.Δ., οι πόροι τους προέρχονταν κυρίως από:

- Τα νοσήλια των ευπόρων.
- Τα νοσήλια των σχετικώς απόρων ασθενών.
- Τα νοσήλια των ασφαλισμένων.
- Τα νοσήλια των απόρων, που τα κατέβαλλαν αρχικά οι κοινότητες και οι δήμοι και αργότερα το κράτος μέσω ειδικού λογαριασμού του Υπουργείου Πρόνοιας.
- Δωρεές, επιχορηγήσεις, εισφορές, κληρονομιές, κληροδοσίες κ.λ.π.
- Εισοδήματα από την εκμετάλλευση της περιουσίας τους.

Σύμφωνα με την υπ΄αριθ. 40/19-04-1955 απόφαση του Αδελφάτου του Αστικού Νοσοκομείου Κέρκυρας και το Διάταγμα «Περί υπαγωγής του Αστικού Νοσοκομείου Κερκύρας εις τας διατάξεις του Ν.Δ/τος 2592/1953 "Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως"» (Εφημερίς της Κυβερνήσεως 226/24-08-1955, τ. Α΄), το νοσοκομείο μεταβάλλεται σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου υπό την επωνυμία «Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας», ενώ η αναμόρφωση του οργανισμού, πραγματοποιήθηκε λίγα χρόνια αργότερα, το Σεπτέμβριο του 1957.

Ο αριθμός των νοσηλευτικών κλινών του νοσοκομείου ορίστηκε στις ογδόντα (80), ενώ η διεύθυνση του νοσοκομείου ασκούνταν από το Διοικητικό Διευθυντή, τον οποίο αναπλήρωνε σε περίπτωση απουσίας ο Γραμματέας του Νοσοκομείου.

Οι υπηρεσίες του νοσοκομείου διακρινόταν σε:

- Διοικητική Υπηρεσία, η οποία περιελάμβανε

α) τη Γραμματεία και

β) την Οικονομική Υπηρεσία.

- Ιατρική Υπηρεσία, η οποία περιελάμβανε:

Α) Πέντε (5) Κλινικές:

α) Παθολογική, με δυναμικότητα 25 κλινών,

β) Χειρουργική, με δυναμικότητα 25 κλινών,

γ) Μαιευτική – Γυναικολογική, με δυναμικότητα 15 κλινών,

δ) Οφθαλμολογική, με δυναμικότητα 7 κλινών και

ε) Ωτορινολαρυγγολογική, με δυναμικότητα 8 κλινών.

Β) τα Εξωτερικά Ιατρεία, αντίστοιχα των κλινικών και

Γ) τα Εργαστήρια, δηλαδή το Ακτινολογικό και το Μικροβιολογικό.

- Φαρμακευτική Υπηρεσία, η οποία περιελάμβανε το φαρμακείο,
- Νοσηλευτική Υπηρεσία, η οποία περιελάμβανε το νοσηλευτικό προσωπικό και
- Βοηθητική Υπηρεσία, η οποία περιελάμβανε:

α) Μαγειρείο,

β) Ραφείο – Σιδερωτήριο,

γ) Πλυντήριο,

δ) Προσωπικό Καθαριότητας.

Το προσωπικό του νοσοκομείου διακρινόταν σε κατηγορίες ανάλογες των προσόντων του, ως ακολούθως:

I. Διοικητικό Προσωπικό:

α) Μία θέση Διοικητικού Διευθυντή

β) Μία θέση Γραμματέα

γ) Μία θέση Λογιστή

δ) Δύο (2) θέσεις βοηθού λογιστή

ε) Μία θέση Γραφέα-Δακτυλογράφου

στ) Μία θέση Αποθηκάριου –Ιματιοφύλακα

II. Ιατρικό Προσωπικό

α) Πέντε θέσεις Διευθυντών Κλινικών

β) Δύο θέσεις Διευθυντών Εργαστηρίων

γ) Τρεις θέσεις Βοηθών Κλινικών, δηλαδή Παθολογικής, Χειρουργικής και Μαιευτικής – Γυναικολογικής Κλινικής.

III. Έναν Φαρμακοποιό

IV. Νοσηλευτικό Προσωπικό, αποτελούμενο από:

α) Μία θέση Διευθύνουσας Αδελφής,

β) Τρεις θέσεις Προϊσταμένων Αδελφών,

γ) Δεκαπέντε θέσεις Αδελφών Νοσοκόμων,

δ) Μία θέση Μαίας,

ε) Δύο θέσεις αρρένων Νοσοκόμων.

V. Βοηθητικό Προσωπικό (ειδικευμένο και ανειδίκευτο εκτός των ανωτέρων κατά κλάδους θέσεων):

α) Μία θέση Βοηθού Φαρμακείου,

β) Μία θέση Χειριστή Ακτινολογικού Εργαστηρίου,

γ) Μία θέση παρασκευαστή Μικροβιολογικού Εργαστηρίου,

δ) Μία θέση Μαγείρου,

ε) Δύο θέσεις Βοηθών Μαγείρου,

στ) Μία θέση Ηλεκτρολόγου – Υδραυλικού,

ζ) Μία θέση Ράπτριας

η) Μία θέση Σιδερώτριας,

θ) Εννέα θέσεις Καθαριστριών – Πλυντριών

ι) Δύο θέσεις Κλητήρα-Θυρωρού-Νυχτοφύλακα.

Επίσης, ως παράρτημα του νοσοκομείου λειτούργησε Φθισιατρείο (εικ. 2), στο λόφο του Αβράμη. Το κτίριο ήταν ισόγειο πλησίον του οικήματος του Γηροκομείου και διέθετε δυναμικό είκοσι κλινών. (11)

Το Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας λειτούργησε στο κτίριο του παλαιού Αστικού Νοσοκομείου μέχρι το 1965, οπότε και μεταστεγάστηκε στις αρχές του έτους 1966 στο νέο κτίριο επί της οδού Ιουλίας Ανδρεάδη 1. Το 1972 με το υπ.αριθ. 698/14-11-1972 Β.Δ. (ΦΕΚ 200/1972, τ. Α΄) εφαρμόστηκε ο νέος οργανισμός λειτουργίας του νοσοκομείου και το ίδρυμα μετονομάστηκε σε «Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας "Η Αγία Ειρήνη"[9] » (11). Από το Δεκέμβριο του 2010 το Γενικό Νοσοκομείο λειτουργεί υπό νέα σκέπη, στην περιοχή Κοντόκαλι (εικ.5), σε σύγχρονες εγκαταστάσεις, ύστερα από προσπάθειες τριών περίπου δεκαετιών.

9 Το νοσοκομείο ονομάστηκε «Αγία Ειρήνη» προς τιμήν της βασιλοπαίδου της Ελλάδος Ειρήνης, διότι με δική της πρωτοβουλία χρηματοδοτήθηκε από τη «Βασιλική Πρόνοια» η ανέγερση του στην οδό Ι. Ανδρεάδη.

ΕΙΚΟΝΑ 2: Καταγραφή ασθενών Φθισιατρείου στο βιβλίο μητρώου ασθενών του Γ.Ν.Κ. το έτος 1954

ΕΙΚΟΝΑ 3: Κτίριο Αστικού Νοσοκομείου επί της οδού Κολοκοτρώνη (σημερινό 3ο Γυμνάσιο)

ΕΙΚΟΝΑ 4: Κτίριο Γ.Ν.Κ. επί της οδού Ι. Ανδρεάδη

ΕΙΚΟΝΑ 5: Το Γ.Ν.Κ. σήμερα στην περιοχή Κοντόκαλι

Summary:

Venice occupied Corfu in 1386 and throughout the Venetian domination rules were adopted and health institutions were established for the organization of Public Health. This effort continued with the arrival of the French and then the British occupying forces on the island.

Keywords: Corfu, hospital (civil, military, English), orphanage, quarantine station, bedlam, General Hospital

Βιβλιογραφία

1. Κεφαλλονίτης Γ., Η ιστορία του Αστικού Νοσοκομείου Κέρκυρας, Εκδ. Εταιρεία προς Ενίσχυσιν των Επτανησιακών Μελετών, Κέρκυρα 1940, σ.σ. 22,23,55, 56, 64-67
2. Κατσαρός Σπ., Χρονικά των Κορυφών, τ. Β΄, Κέρκυρα 1979, σ. 199
3. Θεοτόκης Σ., Η εκπαίδευσις εν Επτανήσω (1453-1864), Κερκυρα, Κερκυραϊκά Χρονικά, τόμος 5ος, Κέρκυρα 1956, σ. 100
4. Bacchion E., Il dominio Veneto su Corfu (1386-1997), Βενετία, 1956, σελ. 169
5. Βλασσόπουλος Στ., Στατιστικαί – Ιστορικαί περί Κερκύρας ειδήσεις, Κερκυραϊκά Χρονικά, τόμος 21ος, Κέρκυρα 1977, σ.σ. 65,115
6. Λασκαράτος Ι., Πρόληψη της αρρώστιας και κοινωνική προστασία στα Επτάνησα επί Αγγλοκρατίας (1815-1864), Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών, Αθήνα 1984, σ.σ. 27, 29, 56, 214-217, 219 - 224,226,227,230,231,255, 257
7. Αγιούς Α., Οδοιπορικό στην παλιά Κέρκυρα, Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε., Κέρκυρα 2004, σ.σ. 76, 186-188,191
8. Κυριάκης Κ.Χ.Μ., Οδηγός της νήσου Κερκύρας μετά προσθήκης ιστορικών και άλλων ποικίλων ειδήσεων, Εκδ. Τυπογραφείο Α.Ζ. Διαλησμά, Αθήνα 1902, σ.σ. 92, 94
9. Μαντζαρόπουλος Ι., Ζούμπος Γ., Καρατζάς Α., «Το Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας», Ιστορία των ελληνικών νοσοκομείων, Συλλογικό έργο, επιμ. Στάθης Γ., εκδ. Mediforce, σ. 19
10. Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ., Δομή και λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις), τόμος Γ΄, ΕΑΠ, Πάτρα 1999, σ.σ. 117-121
11. Ανώνυμος, «Νοσηλευτικά και φιλανθρωπικά ιδρύματα», Κερκυραϊκά Χρονικά, τόμος (Α΄), 1951, σ.σ. 203,204
12. Γ.Ν.Κ.http://www.psynk.ondsl.gr/ph1.html

Δημογραφική μελέτη ασθενών Κέντρου Υγείας Αγίου Αθανασίου-Αγρού Κέρκυρας, 1990-1994

Ουρανία Μπόικου

Νοσηλεύτρια Τ.Ε. Γ.Ν.Κέρκυρας

McS Ιστορικής Δημογραφίας Ιονίου Πανεπιστημίου

Υποψήφια Διδάκτορας Ιονίου Πανεπιστημίου

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΙΟΝΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ

Λέξεις-κλειδιά

Ιστορική Δημογραφία, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κέντρο Υγείας Αγ.Αθανασίου-Αγρού Κέρκυρας.

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:

Ουρανία Μπόικου

Δ/νση Κατοικίας:

Πολ.Κωνσταντά 16, Σαρόκο, Κέρκυρα

email: vrexn@vahoo.qr

Περίληψη

Στα πλαίσια της μεταπτυχιακής μου μελέτης επικεντρώθηκα στην εξέλιξη νοσηρότητας που παρουσιάστηκε στο Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου/Αγρού Κέρκυρας.

Στόχος της μελέτης είναι να προσδιορίσει και να συσχετίσει δημογραφικούς παράγοντες που επηρεάζουν την προσφορά των Υπηρεσιών Υγείας του συγκεκριμένου Κέντρου Υγείας προς τους πολίτες, που αρχικά διαμένουν μόνιμα ή προσωρινά στην περιοχή δικαιοδοσίας του Κέντρου Υγείας, αλλά και γενικότερα του Νομού Κέρκυρας.

Τα δεδομένα της έρευνας βασίζονται σε πρωτογενείς πληροφορίες από τα βιβλία μητρώων καταγραφής περιστατικών του Κέντρου Υγείας και αφορούν τα έτη 1990-1994.

Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν τη συσχέτιση των δημογραφικών παραγόντων στη διαμόρφωση προσφοράς των Υπηρεσιών Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα από το Κέντρο Υγείας Αγ. Αθανασίου/Αγρού Κέρκυρας.

ΥΠΟΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Το Κέντρο Υγείας Αγίου Αθανασίου-Αγρού Κέρκυρας, για την χρονική περίοδο 1990-1994 που παρουσιάζεται στην παρούσα μελέτη, από την έναρξη σύστασής του και λειτουργίας του (άρ.1.αρ.πρωτ.Α3α/οικ.14801/25-08-1986 Υπουργική Απόφαση) σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο (αρ.15, παρ.1, Ν.1397/83) και τις Υπηρεσίες Υγείας που παρείχε, μπορούσε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες της περιοχής ευθύνης του, η οποία περιλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος του Βόρειου γεωγραφικού διαμερίσματος της νήσου Κέρκυρας.

Σύμφωνα με το αρχείο του Κέντρου Υγείας στην περιοχή επίσημης ευθύνης του ανήκαν 51 χωριά και 16 συνοικισμοί. Επίσης προστίθεται η υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού των Διαπόντιων νησιών (Οθωνοί, Ερείκουσα, Μαθράκι) καθώς και ανεπίσημα η κάλυψη ορισμένων περιοχών εκτός Βόρειου Γεωγραφικού Διαμερίσματος του νησιού. Έτσι, σύμφωνα με την απογραφή του 1991, στο σύνολο επίβλεψης του το Κέντρο Υγείας Αγρού είχε περίπου 30.000 κατοίκους και συγκριτικά με τα υπόλοιπα Κέντρα Υγείας, κάλυπτε σε Πρωτοβάθμια Υγειονομική Φροντίδα, το μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού της νήσου Κέρκυρας.

Στο πλαίσιο αυτό η παρούσα μελέτη έχει ως αντικείμενο τη νοσηλευτική κίνηση του Κέντρου Υγείας Αγίου Αθανασίου Αγρού, ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και αποκεντρωμένης μονάδας του Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας, μέσα από τα μητρώα εξέτασης ασθενών για τη χρονική περίοδο 1990-1994 και αποσκοπεί στη δημογραφική προσέγγιση της Νοσηλευτικής κίνησης του αναφερόμενου Κέντρου Υγείας, προκειμένου να αξιολογηθεί κατά πόσο επιτεύχθηκαν οι στόχοι και ποιοι από τους στόχους και τις διατάξεις καθορίζουν τη σπουδαιότητα σύστασης των Κέντρων Υγείας στις αγροτικές και ημιαγροτικές περιοχές της χώρας μας.

Μέσα από αυτή τη μελέτη θα γίνει η προσπάθεια να εξετασθεί κατά πόσο το Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου Αγρού Κέρκυρας ανταποκρινόταν στις ανάγκες και τους σκοπούς σύστασης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο νομό Κέρκυρας.

Η μελέτη αυτή διαιρείται σε δύο κεντρικά κεφάλαια, εκ των οποίων το πρώτο αναφέρεται σε ιστορικά στοιχεία σχετικά με το ρόλο της ΠΦΥ στη χώρα μας, μέσα από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και στο δεύτερο περιγράφεται η λειτουργία του Κέντρου Υγείας, μέσα από τη δημογραφική αποτύπωση της νοσηλευτικής κίνησης για τη συγκεκριμένη πενταετία 1990-1994 αποτυπώνοντας: την προσέλευση των περιστατικών, το φύλο, τις ηλικιακές ομάδες, τον τόπο διαμονής, το διαχωρισμό των περιστατικών σύμφωνα με το διεθνές σύστημα ταξινόμησης ICD-10 2008.

Τα στοιχεία συγγραφής αυτής της μελέτης προέρχονται από βιβλιογραφικό υλικό της κίνησης ασθενών του Κέντρου Υγείας Αγ. Αθανασίου Κέρκυρας. Προκειμένου να μελετηθεί το υλικό αυτό φωτογραφήθηκε και στη συνέχεια ακολουθήθηκε η αποδελτίωσή του και η καταγραφή του στο Excel, προκειμένου να είναι δυνατή η επεξεργασία και η ανάλυση δεδομένων του.

Όπως είναι φυσικό η ανάγνωση ορισμένων στοιχείων παρουσίασε δυσκολίες λόγω της φθοράς που έχουν υποστεί τα βιβλία μητρώων ασθενών με την πάροδο των ετών.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ιστορικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσα από το Εθνικό Σύστημα Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η όποια διαμόρφωση ενός υγειονομικού συστήματος ακολουθεί κάθε φορά τις ιδιαίτερες κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές συνθήκες από τη δημιουργία του πρώτου ανεξάρτητου Ελληνικού κράτους.

Η πρώτη ουσιαστική όμως ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα μπορεί να χωριστεί σε τρεις μεταρρυθμιστικές περιόδους:

Η πρώτη περίοδος ξεκινά στο δεύτερο ήμισυ του 19ου αιώνα. Μάλιστα κατά την περίοδο 1910-1935

τοποθετείται και η βάση για ένα σύγχρονο υγειονομικό χάρτη στη χώρα. Τότε γίνεται η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια για τη δημιουργία ενός ενιαίου συστή-

ΕΙΚΟΝΑ 1: Νομοθεσία και κύρια σημεία μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την Ελλάδα. Πηγή: http:/www.et.gr/, ανακτήθηκε 05/05/2017.

ΕΙΚΟΝΑ 1: Νομοθεσία και κύρια σημεία μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την Ελλάδα.

ματος υγείας και αυτή η προσπάθεια υπογραμμίζεται από την ομόφωνη ψήφιση του διατάγματος 2592 του 1953 «Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως». Για την εποχή εκείνη, δηλαδή η μετά εμφυλίου περίοδος, αποτελεί ένα πρωτοποριακό σύστημα οργάνωσης της υγείας, καθώς γίνεται και η πρώτη αναφορά για τη δημιουργία ενιαίου ταμείου Υγείας.

Συγκεκριμένα, προβλεπόταν η πρώτη δημιουργία υγειονομικών περιφερειών, η δημιουργία ενός ενιαίου υγειονομικού φορέα, η οργάνωση και λειτουργία κατά ομοιόμορφο τρόπο νοσοκομείων και τέλος η πρώτη αναφορά για τη δημιουργία υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιφέρεια. Το 1955 ψηφίζεται μάλιστα ο νόμος περί Κοινωνικής Ασφαλίσεως των Αγροτών, όπου σύμφωνα με αυτόν προβλεπόταν η ίδρυση ενός δικτύου ιατρείων σε χωριά και κωμοπόλεις, τα Κοινοτικά και Αγροτικά Ιατρεία.

Η δεύτερη περίοδος τοποθετείται μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, που συμπίπτει με την προσπάθεια ελέγχου των λοιμωδών νοσημάτων και ανακούφισης του πληθυσμού.

Και η τρίτη περίοδος τοποθετείται μετά το 1980 (εικόνα 1), όπου γίνεται μία προσπάθεια ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος με την ένταξη της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την ραγδαία εξέλιξη νέων τεχνολογιών και μεθόδων.

Το περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η ΠΦΥ περιλαμβάνει όλες αυτές τις υπηρεσίες που θα διασφαλίσουν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση του πληθυσμού και θα στοχεύσουν στη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας και κοινωνικής ευεξίας.

Ουσιαστικά λοιπόν η ΠΦΥ είναι ένας θεσμός παροχής ιατρικής φροντίδας που περιλαμβάνει τις ακόλουθες λειτουργίες:

- Παρέχει φροντίδα κατά την πρώτη επαφή του ασθενή με τον γιατρό και αποτελεί την πύλη εισόδου του κάθε ανθρώπου στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.
- Παρέχει υψηλού επιπέδου φροντίδα υγείας, η οποία αφορά την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση, καλύπτοντας οξέα ή άτυπα προβλήματα υγείας, αλλά και επιλεγμένα χρόνια νοσήματα, διασφαλίζοντας έτσι την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του ασθενή.
- Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας που απαιτείται και στα υπόλοιπα επίπεδα του συστήματος υγείας (continuity of care).
- Χρησιμοποιεί την προσωποκεντρική μορφή φροντίδας, ώστε να ανταποκρίνεται στον κάθε ασθενή ξεχωριστά, διασφαλίζοντας, σύμφωνα με την ιατρική δεοντολογία, το σεβασμό στην αυτονομία και την αξιοπρέπεια κάθε ατόμου.

Σε όλα σχεδόν τα συστήματα υγείας που βασίζονται στην ΠΦΥ, πρωταρχικό ρόλο για τη σωστή τους λειτουργία παίζει ο Γενικός-Οικογενειακός Ιατρός, που συντονίζει την ομάδα του λοιπού ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας.

Ο ρόλος της ΠΦΥ στην εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβάσεων στην κοινότητα.

Η αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ αποδεικνύεται με τη μέτρηση του οφέλους των ιατρικών παρεμβάσεων που γίνονται στο πλαίσιο λειτουργίας της.

Συγκεκριμένα αυτό περιλαμβάνει:

- Την καλύτερη και μεγαλύτερη διάρκεια ζωής.
- Τη βελτίωση άλλων κλινικών εκβάσεων.
- Ελάττωση πιθανών επιπλοκών ή παρενεργειών
- Την καλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας.
- Τη μείωση του κόστους.

Μάλιστα, σύμφωνα με μελέτες σε περιοχές όπου το σύστημα υγείας βασίζεται περισσότερο στην πρωτοβάθμια φροντίδα, τα αποτελέσματα φαίνονται να είναι καλύτερα για τον πληθυσμό. Σε αυτό ρόλο,

εκτός από τον αριθμό των γιατρών, έχει και ο τρόπος οργάνωσης της φροντίδας και ιδιαίτερα σε ασθενείς με χρόνια και συνδυαστικά νοσήματα, όπου μελέτες έχουν παρατηρήσει ότι ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, αρθραλγίες έχουν ευνοϊκότερα αποτελέσματα όταν η φροντίδα παρέχεται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Έχει παρατηρηθεί ότι η προσωποκεντρική και η σφαιρική προσέγγιση της ΠΦΥ μέσα από την εφαρμογή της πρόληψης (όπως η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, οι βιοχημικές εξετάσεις, τα πιστοποιητικά υγείας και οι παραπομπές σε διάφορες εξετάσεις, όπως μαστογραφίες, test Παπανικολάου, ακτινογραφίες), ελαττώνει τη θνησιμότητα και αυξάνει την προληπτική φροντίδα συγκεκριμένων νοσημάτων.

Επίσης τα συστήματα υγείας που βασίζονται στην ΠΦΥ αποφέρουν με χαμηλότερο κόστος καλύτερα αποτελέσματα, καθώς εμπλέκονται σε ένα πρόβλημα υγείας λιγότεροι ειδικοί, οι ασθενείς πραγματοποιούν περισσότερες επισκέψεις στα κέντρα της ΠΦΥ, ενώ έχουν λιγότερες ημέρες νοσηλείας σε νοσοκομειακές μονάδες και επομένως λιγότερο κόστος.

Όλα τα παραπάνω φέρνουν στο προσκήνιο τη σημασία της ΠΦΥ και το σπουδαίο ρόλο που διαδραματίζει μέσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας μιας χώρας, καθώς αποτελεί τον πυλώνα του ¨νέου¨ Ε.Σ.Υ. και από δευτερεύοντα περνά πλέον σε πρωταγωνιστικό ρόλο.

Πλαίσιο Σύστασης Κέντρου Υγείας Αγίου Αθανασίου – Αγρού Κέρκυρας

Σύμφωνα με το άρθρο 1 της αρ. Πρωτ. Α3α/οικ. 14801/25-08-1986 Υπουργικής Απόφασης, αποφασίστηκε η σύσταση του Κέντρου Υγείας Αγ. Αθανασίου ως αποκεντρωμένη μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας, με έδρα την κοινότητα Αγίου Αθανασίου του Νομού Κέρκυρας.

Σύμφωνα με το άρθρο 2 της παραπάνω απόφασης, η περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας αποτελείται από τις εξής περιοχές: Αγρός, Άγ. Αθανάσιος, Αρκαδάδες, Αρμενάδες, Αφιώνας, Αυλιώτες, Αντιπερνοί, Άγ.Δούλοι, Αγραφοί, Βελονάδες, Βαλανειό, Δροσάτο, Δάφνη, Καββαδάδες, Καβαλούρι, Καρουσάδες, Καστελλάνοι Γύρου, Κληματιά, Μαγουλάδες, Μεσσαριά, Νυμφές, Ξαθάτες, Πάγοι, Περουλάδες, Ραχτάδες, Σιδάρι, Σφακερά, Χωροεπίσκοποι, Ερείκουσα, Μαθράκι και Οθωνοί.

Εν συνεχεία με τα υπόλοιπα άρθρα συνιστώνται τα Περιφερειακά Ιατρεία που λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες του Κέντρου Υγείας, καθώς επίσης και η συγχώνευση των μέχρι τότε Αγροτικών Ιατρείων και Υγειονομικών σταθμών, γίνεται η σύσταση θέσεων προσωπικού, τα προσόντα διορισμού και οι αρμοδιότητες του Κέντρου Υγείας (εικόνα 2).

ΕΙΚΟΝΑ 2: Αρχειακό Υλικό Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου 1994
Αναγραφή Τομέων Ευθύνης του.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Δημογραφική μελέτη Κέντρου Υγείας Αγίου Αθανασίου-Αγρού Κέρκυρας

Σύμφωνα με την απογραφή του Κέντρου Υγείας Αγ. Αθανασίου, αρχείου του 2000, στην περιοχή ευθύνης του ανήκουν: 51 χωριά και 16 συνοικισμοί με πληθυσμό απογραφής σύμφωνα με το έτος του 1991 ίσον με 22.530 άτομα. Αν προσθέσουμε 57 άτομα από τα Διαπόντια νησιά, φτάνουμε σε σύνολο πληθυσμού ευθύνης: **23.106 ατόμων**.

Επίσης, έχοντας ανατεθεί επισήμως από την Νομαρχία και η εξυπηρέτηση του Βυρού και των Καναλίων (ίσον με 4.088 κάτοικοι), Τεμπλονίου (ίσον με 203 άτομα), έφτανε το Κέντρο Υγείας στην εξυπηρέτηση 28.200 ατόμων. Και ανεπίσημα προσθέτοντας τα χωριά Άφρα (793 κάτοικοι), Άγ. Γιάννης (773 κάτοικοι), Κομπίτσι (641 κάτοικοι) και της Αλεπού (1523 κάτοικοι) φτάνουμε **σε σύνολο 30.000 κατοίκων υπό την επίβλεψη του Κέντρου Υγείας Αγρού**, ενώ σύμφωνα με την ίδια απογραφή του 1991, το Κέντρο Υγείας Αγ. Μάρκου εξυπηρετούσε στο σύνολό του 12.050 κατοίκους, το Κέντρο Υγείας Λευκίμμης 23.700 κατοίκους και το Κέντρο Υγείας Παξών 2.500 κατοίκους.

Συγκεκριμένα:

Κέντρο Υγείας Αγ. Αθανασίου Απογραφή 1991

51 χωριά	22.530
16 συνοικισμοί	
Διαπόντια νησιά	57

ΣΥΝΟΛΟ	**23.106 ατόμων Επισήμως:**
ΒΥΡΟΣ & ΚΑΝΑΛΙΑ	4.088
ΤΕΜΠΛΟΝΙ	203
ΣΥΝΟΛΟ	**28.200 ατόμων**
Ανεπίσημα:	
ΑΦΡΑ	793
ΑΓ. ΙΩΑΝΝΗΣ	773
ΚΟΜΠΙΤΣΙ	641
ΑΛΕΠΟΥ	1523
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	**31.930 ατόμων**

Τα μητρώα εξέτασης ασθενών που εξετάσθηκαν, όπως καταγράφονται για την πενταετία που μελετήθηκε 1990-1994, παρουσιάζουν στο σύνολό τους την εξυπηρέτηση στο Κέντρο Υγείας Αγρού 10.243 ατόμων.

Σύνολο Επισκέψεων Ασθενών στο Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου - Αγρού Κέρκυρας

Από τα άτομα που εξυπηρετήθηκαν τη συγκεκριμένη πενταετία που μελετάμε, καταγράφονται 326 άτομα για το 1990 (το συγκεκριμένο έτος ξεκινάει από το μήνα Μάρτιο), 323 άτομα για το 1991, ενώ για τα επόμενα τρία έτη παρουσιάζεται μια κατακόρυφη αύξηση επισκεψιμότητας που αντιστοιχεί σε 3445 άτομα το 1992, 3516 άτομα το 1993 και 2633 άτομα το πέμπτο έτος, το 1994.

Η ανοδική αυτή παρουσίαση πιθανώς οφείλεται στην καλύτερη οργάνωση και λειτουργία του Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου -Αγρού μετά την πρώτη διετία από την έναρξη λειτουργίας του (Γράφημα 1).

Είναι σημαντικό σε αυτό το σημείο να επισημανθεί πως τους καλοκαιρινούς μήνες, ως τουριστικός προορισμός το νησί της Κέρκυρας φιλοξενεί ένα μεγάλο αριθμό πληθυσμού.

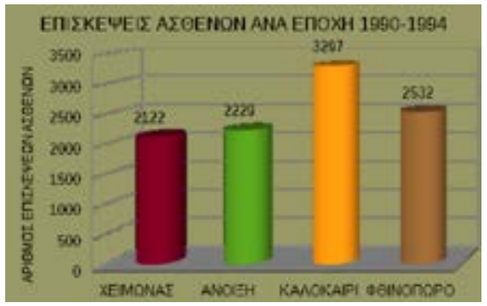
Έτσι, αν οι μήνες ταξινομηθούν με βάση την εποχή, διαπιστώνεται (Γράφημα 2) ότι το μεγαλύτερο ποσοστό επισκέψεων ασθενών στο Κ.Υ. ήταν το Καλοκαίρι και το μικρότερο το χειμώνα.

Φύλο Ασθενών Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου - Αγρού Κέρκυρας.

Όσον αφορά το φύλο των ασθενών που επισκέφθηκαν το Κέντρο Υγείας Αγ. Αθανασίου -Αγρού Κέρκυρας, από το Γράφημα 3, προκύπτει ότι ήταν 5679 άντρες και 4560 γυναίκες.

Δηλαδή το σύνολο των ανδρών αφορά το 55, 44% και το υπόλοιπο 44, 52% αφορά το γυναικείο πληθυσμό, ενώ μόλις το 0, 04% ήταν κενό στα μητρώα ασθενών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Σύνολο Ασθενών ανά έτος σε Κέντρο Υγείας Αγ. Αθανασίου-Αγρού κατά τα έτη 1990-1994
Πηγή: Μητρώο Ασθενών 1990-1994, Αρχείο Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου Αγρού, Ιδία Έρευνα.



ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Αριθμός επισκέψεων ασθενών ανά εποχές για τα έτη 1990-1994.
Πηγή: Μητρώο Ασθενών 1990-1994, Αρχείο Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου Αγρού, Ιδία Έρευνα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3: Ποσοστό επισκέψεων ασθενών ανά φύλο για τα έτη 1990-1994.
Πηγή: Μητρώο Ασθενών 1990-1994, Αρχείο Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου Αγρού, Ιδία Έρευνα.

Ηλικιακές Ομάδες Ασθενών Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου - Αγρού Κέρκυρας.

Σύμφωνα με το γράφημα 4 οι ηλικιακές ομάδες 60-64 και 65-69 συγκέντρωσαν το μεγαλύτερο αριθμό περιστατικών. Μην ξεχνάμε πως αυτές οι ηλικιακές ομάδες παρουσιάζουν συνήθως και τα περισσότερα προβλήματα υγείας, που πολλές φορές είναι και συνδυαστικά και αφορούν παραπάνω από ένα νόσημα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4: Αριθμός ασθενών άνδρες και γυναίκες ανά ηλικιακές ομάδες για τα έτη 1990-1994.
Πηγή: Μητρώο Ασθενών 1990-1994,
Αρχείο Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου Αγρού, Ιδία Έρευνα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 6: Ασφαλιστική Ιδιότητα ασθενών για τα έτη 1990-1994.
Πηγή: Μητρώο Ασθενών 1990-1994, Αρχείο Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου Αγρού, Ιδία Έρευνα

Τόπος Διαμονής Ασθενών που εξετάσθηκαν στο Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου -Αγρού Κέρκυρας.

Η πλειονότητα των περιστατικών που επισκέφθηκε το Κέντρο Υγείας ήταν από 71 διαφορετικές περιοχές της Κέρκυρας, κυρίως όμως της Βόρειας Κέρκυρας και κατόπιν από περιοχές της Πόλης και της υπόλοιπης Κέρκυρας.

Στο γράφημα 5 φαίνονται συγκριτικά για την συγκεκριμένη πενταετία τα περιστατικά που επισκέφθηκαν το Κ.Υ. ανάλογα με τον τόπο διαμονής τους.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5: Τόπος διαμονής ασθενών για τα έτη 1990-1994.
Πηγή: Μητρώο Ασθενών 1990-1994, Αρχείο Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου Αγρού, Ιδία Έρευνα

Ασφαλιστική Ιδιότητα Ασθενών του Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου -Αγρού Κέρκυρας.

Στην Ελλάδα η κάλυψη των υπηρεσιών υγείας από τα ασφαλιστικά ταμεία είναι φαινομενικά καθολική και πλήρης.

Στο Κέντρο Υγείας Αγ. Αθανασίου εξυπηρετήθηκαν την πενταετία 1990-1994 όπως απεικονίζεται από το 6 γράφημα: 3821 άτομα ασφαλισμένοι του ΟΓΑ, που αντιστοιχούν στο 53%, 2225 ασθενείς ασφαλισμένοι του ΙΚΑ, που αντιστοιχούν στο 31%, 508 άτομα Δημοσίων Υπαλλήλων, που αντιστοιχεί στο 7% επί του συνόλου ασφαλισμένων, 381 ασθενείς Ταμείου Ξενοδοχοϋπαλλήλων, που αντιστοιχεί στο 5% και 290 άτομα υπόλοιπων ταμείων, που αντιστοιχούν στο 4% επί του συνόλου ασφαλισμένων για τα έτη 1990-1994.

Μάλιστα, όπως αναδεικνύεται από τον Πίνακα 1 σε ένα συνολικό αριθμό 10243 ατόμων που μελετήθηκαν, οι 7221 βρέθηκαν με καταγεγραμμένο ασφαλιστικό ταμείο, ενώ οι 2591 χωρίς ασφαλιστική αναφορά, οπότε μέσα σε αυτό το ποσοστό που αντιστοιχεί στο 25, 30% περίπου, ένα μεγάλο μέρος αφορά και κοινωνικά ανασφάλιστους.

Ομάδες Νοσημάτων που εξετάσθηκαν στο Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου-Αγρού Κέρκυρας.

Οι ομάδες νοσημάτων και γενικότερα περιστατικών που μελετήθηκαν για τα έτη που εξετάζουμε, (εικόνα 2) διαχωρίστηκαν σύμφωνα με τον κατάλογο κατηγοριών ICD-10 (Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, έκδοσης 2008).

Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών προβλημάτων Υγείας (ICD-10), αποτελεί μία κωδικοποίηση από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και ως σκοπό έχει την καλύτερη ανάλυση και επεξεργασία των ιατρικών διαγνώσεων παγκοσμίως και είναι χρήσιμη στην ομαδοποίηση και ανάλυση διαγνώσεων.

	1990	1991	1992	1993	1994	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ	215	96	2470	2502	1938	7221
ΧΩΡΙΣ ΑΝ/ΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	106	218	815	860	592	2591

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συγκριτικός Αριθμός Ασφαλισμένων Ασθενών και χωρίς αναφορά ασφάλισης ετών 1990-1994.
Πηγή: Αρχείο Κ.Υ.Αγίου Αθανασίου, Μητρώα Ασθενών 1990-1994, Ιδία Έρευνα.

Λοιμώδη & παρασιτικά νοσήματα	21	18	125	115	96
Νεοπλάσματα	1	1	36	21	12
Νοσήματα αίματος-αιμοποιητικών οργάνων	3	3	32	20	16
Ενδοκρινικά-Διατροφικά-Μεταβολικά	20	3	140	96	45
Ψυχικές Διαταραχές και συμπεριφοράς	39	11	109	97	66
Νοσήματα νευρικού συστήματος	5	6	37	47	23
Νοσήματα οφθαλμού & εξαρτημάτων του	6	0	66	48	43
Νοσήματα ωτός & μαστοειδούς απόφυσης	4	8	47	57	54
Νοσήματα κυκλοφορικού	29	25	521	376	242
νοσήματα αναπνευστικού	64	39	556	716	536
Νοσήματα πεπτικού	11	14	167	151	87
Νοσήματα Δέρματος & υποδόριου ιστού	7	7	157	141	81
Νοσήματα μυοσκελετικού & συνδετικού ιστού	16	9	265	229	156
Νοσήματα ουρογεννητικού	11	12	85	113	79
Κύηση-τοκετός-λοχεία	1	1	0	1	3
Καταστάσεις περιγεννητικής περιόδου	0	1	2	0	0
Συγγενείς,δυσπλασίες,χρωμοσωμικές ανωμαλίες	3	1	2	4	1
Παθολογικά-κλινικά συμπτώματα & σημεία	36	32	353	378	300
Τραυματισμοί & Δηλητηριάσεις	19	75	422	483	437
Εξωτερικά αίτια νοσηρότητας-θνησιμότητας	4	23	175	190	210
Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας	37	52	426	380	324
Κωδικοί για ειδικούς σκοπούς	0	0	0	0	0
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	**337**	**341**	**3723**	**3663**	**2811**

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Αναφορά περιστατικών σύμφωνα με την ομάδα ταξινόμησης ICD-10 ετών 1990-1994.
Πηγή: Αρχείο Κ.Υ.Αγίου Αθανασίου, Μητρώα Ασθενών 1990-1994, Ιδία Έρευνα.

Στο γράφημα 7 σύμφωνα με τα κεφάλαια ICD -10, έκδοσης 2008, αποτυπώνονται τα περιστατικά που εξετάσθηκαν στο Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου -Αγρού για τα έτη 1990-1994.

Παρατηρούμε πως καταγράφεται αύξηση των περιστατικών που αφορούν:

Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (Χ κεφάλαιο), όπου καταμετρούνται 1911 περιστατικά που αφορούν βρογχίτιδες, φαρυγγίτιδες, αμυγδαλίτιδες, λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού, γριπώδεις συνδρομές, κρυολογήματα.

Ακολουθούν τραυματισμοί, δηλητηριάσεις και νοσήματα από εξωτερικά αίτια (XIX Κεφάλαιο), όπου καταμετρούνται 1436 περιστατικά από θλαστικά τραύματα, απλούς τραυματισμούς, εκδορές, εγκαύματα, δηλητηριάσεις, αλλά και πολλαπλά τραύματα από τροχαία ατυχήματα και πτώσεις.

Σε ένα καλό ποσοστό καταγράφονται περιστατικά που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επαφή με τις υπηρεσίας υγείας (XXI Κεφάλαιο), όπου εξυπηρετούνται 1219 περιστατικά. Σε αυτά ανήκουν: η ανοσοποίηση, οι εμβολιασμοί (κυρίως σε ευπαθείς ομάδες για αντιγριπικά εμβόλια), οι εκδόσεις πιστοποιητικών υγείας σε μαθητές, αθλητές και άλλες ομάδες, συνταγογράφηση, αλλαγές, περιποίηση και κοπή ραμμάτων.

Επίσης στα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (IX Κεφάλαιο), καταγράφονται 1193 περιστατικά, στα οποία μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στις εξετάσεις Αρτηριακής Υπέρτασης καθώς και περιστατικά Στεφανιαίας νόσου.

Με 1099 περιστατικά που αποδίδονται σε συμπτώματα, σημεία και παθολογικά, εργαστηριακά ευρήματα (XVIII Κεφαλαίου), παρουσιάζονται περιστατικά εμπύρετα, έμετοι, βήχας, κοιλιακά άλγη και άλλα περιστατικά που δεν ταξινομούνται αλλού προς εξέταση και περαιτέρω διερεύνηση.

Και ένα ακόμα κεφάλαιο με υψηλά περιστατικά αφορά τις εξωτερικές αιτίες νοσηρότητας-θνησιμότητας (XX Κεφάλαιο), όπου παρουσιάζονται 602 περιστατικά, στα οποία εμφανίζονται δήγματα εντόμων, κυνός, είσοδος ξένου σώματος όπως καρφιά και άλλα αιχμηρά αντικείμενα, χτυπήματα από καθορισμένα μέσα (όπως κλαδιά ελιάς), αντιτετανικοί ορροί και εμβόλια μετά από τραυματισμούς.

ΓΡΑΦΗΜΑ 7: Περιστατικά ταξινομημένα σύμφωνα με τα κεφάλαια ICD-10 για τα έτη 1990-1994.
Πηγή: Μητρώο Ασθενών 1990-1994,
Αρχείο Κ.Υ. Αγίου Αθανασίου Αγρού, Ιδία Έρευνα

Συμπέρασμα

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ουσιώδη φροντίδα για την υγεία και εκπληρώνει το στόχο αποκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί επένδυση για κάθε κράτος και αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας μιας χώρας.

Κατά την καταγραφή και μελέτη συνολικά 10.243 ατόμων που επισκέφθηκαν το Κ.Υ. Αγ. Αθανασίου από το 1990 ως το 1994, διαπιστώνεται πως εκπληρώνεται ο ρόλος και η ανάγκη λειτουργίας του.

Summary:

Though my past graduate study I focused on the measurement of the declared morbidity and its involvement in the health care unit named Agios Athanasios- Agros of Corfu.

Moreover, the target was to determine and correlate demographic factors which affect the provision of health services at the specific clinic, to patients who live permanently or temporarily in the region, firstly, in the above unit and then in the prefectural part of Corfu.

The data of the survey is based on original information from the records of the emergency registration observed a tour clinic in the last five years time from the beginning of 1990 to the end of 1994.

Finally, the results of the study breakdown the demographic factors in order to shape the overall health services as the primary care from the health center of Agios Athanasios – Agros of Corfu.

Keywords: Historical Dimograpfy, Rrimary Care, Helth Center of Agios Athanasios-Agros of Corfu.

Βιβλιογραφία

1. Βελονάκη Β., Καλοκαιρινού Α., 2006, ΄Ιστορική εξέλιξη υγεινομικού συστήματος και νοσηλευτικής στην Ελλάδα¨, Νοσηλευτική, τεύχος 45 (4), σσ.491-499. Έλληνας Δ., 2009
2. ¨Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας¨, Ιατρικά θέματα, τεύχος 48, σ.17, 2009
3. Crawford D.A., 2002, " Keep the focus on the family. J. Child Health Care, κεφ. 6 (2), σσ. 133-146.
4. Ν.3235/2004, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ΦΕΚ 53, τεύχος Α, 18 Φεβρουαρίου, 2004.
5. Ferrer R, Hambidge S. J. & Maly R.C., 2005, " The essential role of generalists in health care systems.", Ann Intern Med, κεφ.142 (8), σσ.691-699.
6. Gullbrandsen P, Hjortdahl P & Fugelli P, 1997, "General practitioners knowledge of their patients phychosocial problems: multipractice questionnaire survey", κεφ. 314(7086), σσ 1014-1018.
7. Δημητρακόπουλος Χ., Μρατσόλη Θ., 2007, «Ανάλυση Δημογραφικών στοιχείων και της γεωγραφικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα στην περιφέρεια Αττικής», κεφ.1.1.1., σ4.

Θνησιμότητα από κακοήθεις νεοπλασίες στην Κέρκυρα

Ιωάννης Αλαμάνος
Ιατρός Κοινωνικής Ιατρικής
π. Αναπληρωτής
Καθηγητής Επιδημιολογίας

Μια μελέτη
του Ιατρικού Συλλόγου Κέρκυρας

Λέξεις-κλειδιά
θνησιμότητα, κακοήθεις νεοπλασίες, Κέρκυρα

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:
Ιωάννης Αλαμάνος
ialamano@upatras.gr

Περίληψη

Ο Ιατρικός Σύλλογος Κέρκυρας πραγματοποίησε μια μελέτη θνησιμότητας στους Δήμους Κέρκυρας και Παξών για τη χρονική περίοδο 2007-2016, με στόχο τη διερεύνηση πιθανών τοπικών διαφοροποιήσεων από το εθνικό μοντέλο θνησιμότητας. Στο άρθρο παρουσιάζονται δεδομένα από αυτή τη μελέτη, που αφορούν την θνησιμότητα από κακοήθεις νεοπλασίες στην Κέρκυρα και τους Παξούς. Χρησιμοποιήθηκαν δύο πηγές στοιχείων: α. τα αρχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ), β. τα αρχεία των ληξιαρχείων όλων των Δημοτικών Ενοτήτων του Δήμου Κέρκυρας, καθώς και του ληξιαρχείου του Δήμου Παξών. Η μέση ετήσια προτυπωμένη ως προς την ηλικία θνησιμότητα από κακοήθεις νεοπλασίες για την περίοδο 2007-2014, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, ήταν στον Νομό Κέρκυρας 252,9 θάνατοι ανά 105 κατοίκους (320,6 στους άνδρες και 187,3 στις γυναίκες). Η συνολική εικόνα της θνησιμότητας από κακοήθεις νεοπλασίες στην Κέρκυρα προσομοιάζει με την αντίστοιχη εικόνα για το σύνολο της Ελλάδας, σε ότι αφορά την κατανομή κατά φύλο, ηλικία και συχνότερες εντοπίσεις νεοπλασιών. Η θνησιμότητα αυτή εμφανίζει τα τελευταία χρόνια ετήσιες διακυμάνσεις, που είναι αναμενόμενες. Φαίνεται να υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε περιοχές του νησιού. Το προφίλ θνησιμότητας από νεοπλασίες στην Κέρκυρα παρέχει μια ισχυρή ένδειξη για το πού χρειάζεται να εστιάσει η πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη.

Εισαγωγή

ΟΙ κακοήθεις νεοπλασίες αντιπροσωπεύουν τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου στην Ελλάδα και μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου σε όλο τον κόσμο. Η διαχρονική εξέλιξη της θνησιμότητας από κακοήθεις νεοπλασίες στη χώρα μας χαρακτηρίζεται από ταχεία αύξηση στη διάρκεια του δεύτερου μισού του 20ου αιώνα και σχετική στασιμότητα στη συνέχεια. Πέρα από το συνολικό μοντέλο θνησιμότητας που χαρακτηρίζει μια χώρα ή μια περιοχή, μπορεί να εμφανίζονται διακυμάνσεις και ιδιαιτερότητες σε τοπικό επίπεδο, ανάλογα και με την έκθεση του πληθυσμού διαφόρων περιοχών σε διαφορετικούς καρκινογόνους παράγοντες. (1,2)

Στη χώρα μας δεν έχουν αναπτυχθεί εθνικά και περιφερειακά αρχεία καταγραφής νεοπλασιών, κάτι που

περιορίζει σημαντικά τις δυνατότητες επιδημιολογικής και κλινικής έρευνας σ' αυτό το αντικείμενο. (3,4) Στα πλαίσια αυτά ο Ιατρικός Σύλλογος Κέρκυρας πραγματοποίησε μια μελέτη θνησιμότητας στους Δήμους Κέρκυρας και Παξών για τη χρονική περίοδο 2007-2016, με στόχο τη διερεύνηση πιθανών τοπικών διαφοροποιήσεων από το εθνικό μοντέλο θνησιμότητας.

Στο άρθρο παρουσιάζονται δεδομένα από αυτή τη μελέτη, που αφορούν τη θνησιμότητα από κακοήθεις νεοπλασίες στην Κέρκυρα και τους Παξούς και ειδικότερα την εκτίμηση της συνολικής θνησιμότητας από κακοήθεις νεοπλασίες, τη διαχρονική της εξέλιξη, καθώς και την ανάλυση κατά φύλο και ομάδες ηλικιών, την ανάλυση κατά σημαντικότερες μορφές κακοήθων νεοπλασιών, τη σύγκριση με αντίστοιχα εθνικά δεδομένα, και τη σύγκριση ανάμεσα σε περιοχές της Κέρκυρας.

Υλικό- Μέθοδος

Για τη μελέτη της θνησιμότητας από κακοήθεις νεοπλασίες χρησιμοποιήθηκαν δύο πηγές στοιχείων.

α. Από τα αρχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) ελήφθησαν όλοι οι καταγεγραμμένοι θάνατοι από κακοήθεις νεοπλασίες στον Νομό Κέρκυρας (Κέρκυρα και Παξοί) για την περίοδο 2007-2014, με στοιχεία για το φύλο, την ηλικία, και τον τόπο μόνιμης κατοικίας.

β. Επίσης από τα αρχεία των ληξιαρχείων όλων των Δημοτικών Ενοτήτων του σημερινού Δήμου Κέρκυρας, καθώς και από το ληξιαρχείο του Δήμου Παξών καταγράφηκαν από τα πιστοποιητικά θανάτου όλοι οι θάνατοι που σχετίζονταν με κακοήθεις νεοπλασίες που συνέβησαν κατά την περίοδο 1/1/2007-31/12/2016 με στοιχεία για το φύλο, την ηλικία, τον τόπο μόνιμης κατοικίας και την εντόπιση της κακοήθους νεοπλασίας. Ελήφθησαν υπ' όψη μόνο οι θάνατοι που αφορούσαν μόνιμους κατοίκους της Κέρκυρας και των Παξών και εξαιρέθηκαν όλοι οι θάνατοι που αφορούσαν κατοίκους άλλων περιοχών της Ελλάδας ή του εξωτερικού.

Τα στοιχεία θνησιμότητας για το σύνολο της χώρας προέρχονται από την ΕΛΣΤΑΤ.

Δημογραφικά στοιχεία για την Κέρκυρα και τους Παξούς ελήφθησαν από τα στοιχεία της Απογραφής Πληθυσμού 2011 της ΕΛΣΤΑΤ.

Με βάση τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν υπολογίστηκαν δείκτες ετήσιας θνησιμότητας από κακοήθεις νεοπλασίες κατά φύλο, ομάδες ηλικιών, τόπο μόνιμης κατοικίας και εντόπιση κακοήθους νεοπλασίες (αριθμός θανάτων ανά 100.000 κατοίκους, ανά έτος). Επίσης υπολογίστηκαν προτυπωμένοι ως προς την ηλικία δείκτες με τη μέθοδο της άμεσης προτύπωσης προς τον ελληνικό πληθυσμό της απογραφής 2011. Με βάση το συνολικό αριθμό των θανάτων από όλες τις αιτίες υπολογίστηκαν αναλογικοί δείκτες θνησιμότητας από κακοήθεις νεοπλασίες (σύνολο θανάτων από κακοήθεις νεοπλασίες/ σύνολο θανάτων από όλες τις αιτίες εκπεφρασμένο σε ποσοστό %).

Στην ανάλυση της θνησιμότητας κατά περιοχές ως «Νότος» θεωρήθηκαν οι Δημοτικές Ενότητες Λευκιμμαίων και Κορισίων, ως «Μέση» οι Δημοτικές Ενότητες Μελιτειέων, Αχιλλείων και Παρελίων και ως «Βορράς» οι υπόλοιπες Δημοτικές Ενότητες (πλην Δ.Ε. Κερκυραίων).

Αποτελέσματα

Η μέση ετήσια προτυπωμένη ως προς την ηλικία θνησιμότητα από κακοήθεις νεοπλασίες για την περίοδο 2007-2014, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, ήταν στον Νομό Κέρκυρας 252,9 θάνατοι ανά 105 κατοίκους (320,6 στους άνδρες και 187,3 στις γυναίκες). Για την ίδια χρονική περίοδο και σύμφωνα με την ίδια πηγή η μέση ετήσια θνησιμότητα από κακοήθεις νεοπλασίες στο σύνολο της Ελλάδας ήταν 256,1 θάνατοι ανά 106 κατοίκους (319,7 στους άνδρες και 256,1 στις γυναίκες).

Η κατανομή της θνησιμότητας από κακοήθεις νεοπλασίες κατά ομάδες ηλικιών φαίνεται στον πίνακα 1. Οι αδροί δείκτες θνησιμότητας που εμφανίζονται στον πίνακα για το σύνολο των ηλικιών είναι ελαφρά υψηλότεροι από τους προτυπωμένους δείκτες που αναφέρθηκαν προηγουμένως, καθώς ο πληθυσμός της Κέρκυρας είναι ελαφρά γηραιότερος από το συνολικό πληθυσμό της χώρας.

Η ετήσια αναλογική θνησιμότητα από κακοήθεις νεοπλασίες (θάνατοι από νεοπλασίες/ σύνολο θανάτων από όλες τις αιτίες) στην Κέρκυρα και στο σύνολο της Ελλάδας κατά την περίοδο 2007-2014 φαίνεται στον πίνακα 2. Στην Κέρκυρα ο δείκτης αναλογικής θνησιμότητας παρουσιάζει μιαν ετήσια διακύμανση μεταξύ 21% και 25% περίπου, ενώ στο σύνολο της χώρας ο αντίστοιχος δείκτης κυμαίνεται γύρω στο 25%.

Η διαχρονική εξέλιξη της ετήσιας θνησιμότητας (θάνατοι/105 κατοίκους) για την περίοδο 2007-2014 στην Κέρκυρα φαίνεται στο διάγραμμα 1. Παρατηρούνται ετήσιες διακυμάνσεις και στα δύο φύλα.

Η συχνότερη αιτία θανάτου στους άνδρες ήταν ο καρκίνος του πνεύμονα και στις γυναίκες ο καρκίνος του μαστού, τόσο στην Κέρκυρα, όσο και στο σύνολο της χώρας. Το συνολικό προφίλ σε ότι αφορά τις συχνότερες αιτίες θνησιμότητας από κακοήθεις νεοπλασίες ήταν παρεμφερές στην Κέρκυρα με το σύνολο της Ελλάδας, με μικρές διαφοροποιήσεις στις γυναίκες. Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η μέση ετήσια θνησιμότητα για την Κέρκυρα κατά την περίοδο 2007-2016, όπως προέκυψε από τα στοιχεία των ληξιαρχείων, και η ετήσια θνησιμότητα το 2014 για το σύνολο της χώρας (τελευταία χρονιά που υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία από την ΕΛΣΤΑΤ).

Η μέση ετήσια θνησιμότητα από κακοήθεις νεοπλασίες κατά περιοχές της Κέρκυρας και για τους Παξούς φαίνεται στο Διάγραμμα 2. Οι υψηλότεροι δείκτες εμφανίζονται στο Βορρά και στην πόλη της Κέρκυρας για τους άνδρες, ενώ για τις γυναίκες οι υψηλότεροι δείκτες εμφανίζονται στο Νότο και την πόλη της Κέρκυρας.

Συζήτηση

Από τα αποτελέσματα της μελέτης του Ιατρικού Συλλόγου Κέρκυρας προκύπτει ότι η συνολική εικόνα της θνησιμότητας από κακοήθεις νεοπλασίες στην Κέρκυρα προσομοιάζει με την αντίστοιχη εικόνα για το σύνολο της Ελλάδας, σε ότι αφορά την κατανομή κατά φύλο, ηλικία και συχνότερες εντοπίσεις νεοπλασιών. Η θνησιμότητα από νεοπλασίες εμφανίζει τα τελευταία χρόνια ετήσιες διακυμάνσεις, που είναι αναμενόμενες σε έναν σχετικά μικρό πληθυσμό. Σε ότι αφορά την κατανομή ανά περιοχές φαίνεται να υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις περιοχές της Κέρκυρας, που χρειάζονται περισσότερη διερεύνηση.

Τα στοιχεία θνησιμότητας παρουσιάζουν από τη φύση τους περιορισμούς στην ανάδειξη του επιδημιολογικού προφίλ μιας νόσου σε μια περιοχή. Βασίζονται στα πιστοποιητικά θανάτου, τα οποία συμπληρώνονται από γιατρό σε κάθε περίπτωση θανάτου. Είναι γνωστό ότι ένα ποσοστό των πιστοποιητικών συμπληρώνεται χωρίς ιδιαίτερη επιμέλεια. Επί πλέον τα πιστοποιητικά θανάτου χρειάζονται αξιολόγηση προκειμένου να καταγραφεί τελικά η κύρια αιτία θανάτου, καθώς αναφέρουν διάφορες συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις. Επίσης η θνησιμότητα δεν μας δίνει σαφή εικόνα για την επίπτωση και τον επιπολασμό μιας νόσου καθώς επηρεάζεται και από την θνητότητα κάθε νοσήματος, τη μέση διάρκεια επιβίωσης και άλλες παραμέτρους. Στην περίπτωση των κακοήθων νεοπλασιών οι διαφορετικές εντοπίσεις της νόσου παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές σε ότι αφορά την θνητότητα και την διάρκεια επιβίωσης.

Με τη διπλή διερεύνηση της θνησιμότητας, αφ' ενός από τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ που χρησιμοποιούν ως πρωτογενή πηγή στοιχείων τα πιστοποιητικά θανάτου, αφ' ετέρου με την απ' ευθείας πρόσβαση στα πιστοποιητικά θανάτου από τα ληξιαρχεία, επιδιώχθηκε η διασταύρωση των στοιχείων θνησιμότητας για την Κέρκυρα. Επί πλέον με την απ' ευθείας πρόσβαση στα πιστοποιητικά θανάτου έγινε δυνατή η συγκέντρωση στοιχείων ηλικίας, φύλου, εντόπισης της νόσου και τόπου κατοικίας για κάθε θάνατο, ενώ η ΕΛΣΤΑΤ δεν παρέχει αναλυτικά στοιχεία σε αυτό το επίπεδο. Η συλλογή στοιχείων από τα ληξιαρχεία έγινε για την δεκαετία 2007-20016, ενώ η ΕΛΣΤΑΤ παρείχε στοιχεία μέχρι και το 2014, κατά το χρόνο ολοκλήρωσης της μελέτης (2017). Σε κάθε περίπτωση οι δύο μέθοδοι διερεύνησης της θνησιμότητας απέδωσαν παρεμφερή αποτελέσματα, τόσο για το σύνολο του σημερινού Δήμου Κέρκυρας, όσο και για τις επί μέρους Δημοτικές Ενότητες και το Δήμο Παξών.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει ότι ο πληθυσμός της Κέρκυρας, όπως και όλης της Ελλάδας, εμφανίζει ιδιαίτερα υψηλή θνησιμότητα από κακοήθεις νεοπλασίες που σχετίζονται με την καπνιστική συνήθεια. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι πρώτη αιτία θανάτου από νεοπλασίες στους άνδρες και δεύτερη αιτία θανάτου στις γυναίκες στην Κέρκυρα (στο σύνολο της χώρας αντιπροσωπεύει την τρίτη αιτία θανάτου στις γυναίκες). Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι γνωστό ότι παρουσιάζει πολύ υψηλή συσχέτιση με το κάπνισμα και στα δύο φύλα. (5) Αλλά και για τις άλλες μορφές νεοπλασιών με υψηλούς δείκτες θνησιμότητας το κάπνισμα, καθώς επίσης και η παχυσαρκία, η μειωμένη φυσική άσκηση και οι διατροφικές συνήθειες είναι ιδιαίτερα σημαντικοί παράγοντες κινδύνου (6,7,8). Το προφίλ θνησιμότητας από νεοπλασίες στην Κέρκυρα παρέχει επομένως μια ισχυρή ένδειξη για το πού χρειάζεται να εστιάσει η πρωτογενής πρόληψη. Σε ότι αφορά τη δευτερογενή πρόληψη, τα αποτελέσματα της μελέτης υποδεικνύουν τη σημασία του συστηματικού προσυμπτωματικού ελέγχου σύμφωνα με διεθνή πρωτόκολλα για τον καρκίνο του μαστού (μαστογραφία μετά την ηλικία των 40 ετών) και του καρκίνου του παχέος εντέρου (κολονοσκόπηση μετά την ηλικία των 50 ετών και στα δύο φύλα) (8,9)

Summary

The Medical Association of Corfu conducted a mortality study in the Municipalities of Corfu and Paxos for the time period 2007-2016, in order to investigate possible differences between the local and the national mortality profile. The article presents data of this study concerning the cancer mortality in Corfu and Paxos. Mortality data were recorded from two sources: a. the registries of Hellenic Statistical Authority, b. the files of deaths of the registry offices in the municipalities of Corfu and Paxos. The mean age-adjusted cancer mortality in the Prefecture of Corfu for the period 2007-2014, was 252, 9 deaths per 105 inhabitants (320, 6 for men and 187, 3 for women), according to data of the Hellenic Statistical Authority. The overall cancer mortality profile was similar to the respective national profile, as concerning age and sex distribution and the most common types of cancer. Cancer mortality in Corfu during the last years presents annual variations, as expected. Variations are observed also among different areas of the island. The cancer mortality profile suggests the main directions for primary and secondary prevention in the population of Corfu.

key words: cancer, epidemiology, mortality, health statistics)

Βιβλιογραφία

1. (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/el)
2. http://www.keelpno.gr/Portals/0/Newsletter/2013/Ενημερωτικό_δελτίο_ΚΕΕΛΠΝΟ_Δεκέμβριος_2013.pdf
3. (CDC and National Cancer Registrars Association-Quality cancer data saves lives. http:// www.ncra-usa.org/files/public/NPCR30Minute.pptx).
4. Brownson RC, Davis JR, Chang JC, Dilorenzo TM, Keefe TJ, Bagby JR. JR. A study of the accuracy of cancer risk factor information reported to a central registry compared with that obtained by interview. American Journal of Epidemiology, 1988; 129, 616-24.
5. O'Keeffe LM, Taylor G, Huxley RR, Mitchell P, Woodward M, Peters SAE.Smoking as a risk factor for lung cancer in women and men: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2018 Oct 3;8(10):e021611.
6. Cumberbatch MGK, Jubber I, Black PC, Esperto F, Figueroa JD, Kamat AM, Kiemeney L, Lotan Y, Pang K, Silverman DT, Znaor A, Catto JWF. Epidemiology of Bladder Cancer: A Systematic Review and Contemporary Update of Risk Factors in 2018. Eur Urol. 2018 Sep 26. pii: S0302-2838(18)30651-1
7. Drouillard A, Manfredi S, Lepage C, Bouvier AM. Epidemiology of pancreatic cancer Bull Cancer. 2018 Jan;105(1):63-69
8. Brenner H, Chen C. The colorectal cancer epidemic: challenges and opportunities for primary, secondary and tertiary prevention. Br J Cancer. 2018 Oct 4
9. Broeders MJM, Allgood P, Duffy SW, Hofvind S, Nagtegaal ID, Paci E, Moss SM, Bucchi L. The impact of mammography screening programmes on incidence of advanced breast cancer in Europe: a literature review. BMC Cancer. 2018 Sep 3;18(1):860.

Πίνακας 1. Θνησιμότητα από κακοήθεις νεοπλασίες στην Κέρκυρα κατά φύλο και ομάδες ηλικιών, 2007-2014 (Αριθμός θανάτων και δείκτες μέσης ετήσιας θνησιμότητας/10^5) Στοιχεία ΕΛΣΤΑΤ *

Ομάδες ηλικιών	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	Θάνατοι	Δείκτες	Θάνατοι	Δείκτες	Θάνατοι	Δείκτες
0-14	2	3,5	2	3,7	4	3,6
15-44	24	15,8	24	15,3	48	15,5
45-64	289	252,5	174	151,5	463	201,9
65+	1098	1422,3	651	663,2	1749	997,4
Σύνολο	1413	352,2	851	200,7	2264	274,3

* Για αποφυγή τυχόν ενικών τιμών, χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή των τελευταίων 8 ετών για όλες τις ηλικιακές ομάδες

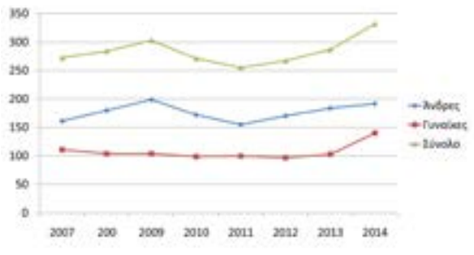
Πίνακας 2. Αναλογικοί δείκτες θνησιμότητας (Θάνατοι από Ca/σύνολο θανάτων) Στοιχεία ΕΛΣΤΑΤ

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2007-2014
Κέρκυρα	272/1240	284/1337	303/1282	271/1069	255/1151	267/1291	287/1279	332/1300	2271/9949
	21,9%	21,2%	23,6%	25,3%	22,2%	20,7%	22,4%	25,5%	22,8%
Ελλάδα									
	24,4%	25,4%	25,0%	24,7%	24,6%	24,2%	25,8%	25,5%	24,9%

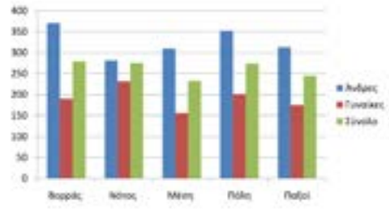
Πίνακας 3. Συχνότερες αιτίες θανάτου από κακοήθεις νεοπλασίες

Άνδρες (Ελλάδα 2014)	Άνδρες (Κέρκυρα 2007-2014)	Γυναίκες (Ελλάδα 2014)	Γυναίκες (Κέρκυρα 2007-2014)
1. Πνεύμονα (108,0 Θάν./10^5)	1. Πνεύμονα (112,3 Θάν./10^5)	1. Μαστού (36,2 Θάν./10^5)	1. Μαστού (32,7 Θάν./10^5)
2. Προστάτη (32,0 Θάν./10^5)	2. Προστάτη (29,7 Θάν./10^5)	2. Πνεύμονα (24,6 Θάν./10^5)	(3). Πνεύμονα (21,2 Θάν./10^5)
3. Παχέος εντέρου (29,3 Θάν./10^5)	3. Παχέος εντέρου (27,9 Θάν./10^5)	3. Παχέος εντέρου (21,7 Θάν./10^5)	(2). Παχέος εντέρου (19,4 Θάν./10^5)
4. Ουροδ. Κύστης (19,7 Θάν./10^5)	4. Ουροδ. Κύστης (20,3 Θάν./10^5)	4. Παγκρέατος (15,1 Θάν./10^5)	4. Παγκρέατος (16,0 Θάν./10^5)
5. Ήπατος (18,2 Θάν./10^5)	5. Ήπατος (17,7 Θάν./10^5)	5. Ωοθηκών (10,1 Θάν./10^5)	5. Λευχαιμίες (9,6 Θάν./10^5)
6. Παγκρέατος (17,5 Θάν./10^5)	6. Παγκρέατος (15,7 Θάν./10^5)	6.Λευχαιμίες (9,6 Θάν./10^5)	6. Ωοθηκών (12,4 Θάν./10^5)

Διάγραμμα 1. Διαχρονική εξέλιξη ετήσιου αριθμού θανάτων από κακοήθεις νεοπλασίες, Κέρκυρα 2007-2014 (Στοιχεία ΕΛΣΤΑΤ)



Διάγραμμα 2. Μέση ετήσια θνησιμότητα από κακοήθεις νεοπλασίες κατά μεγάλες περιοχές της Κέρκυρας (Θάνατοι/10^5) (ΕΛΣΤΑΤ 2007-2014)



Η αντιμετώπιση του πόνου στην αρχαία Ελλάδα κατά την προϊπποκρατική εποχή

Γ. Παπαδόπουλος
Χ. Τριανταφύλλου
Μ. Μπόλωση
Π. Τζίμας

Αναισθησιολογική Κλινική
Ιατρικό Τμήμα
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Λέξεις-κλειδιά
Ιστορία πόνου, Θεραπεία πόνου, αρχαία Ελλάδα

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:
Γεώργιος Παπαδόπουλος
Καθηγητής Αναισθησιολογίας,
Ιατρικό τμήμα Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
geopapad@cc.uoi.gr

Περίληψη

Ο στόχος αυτής της ιστορικής μελέτης είναι να παρουσιάσει τις θεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιούσαν οι αρχαίοι Έλληνες για την ανακούφιση του πόνου κατά την προϊπποκρατική εποχή.

Υλικό και Μέθοδοι:

Χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία της ιστορικής έρευνας. Χρησιμοποιήθηκαν δημοσιεύσεις και άρθρα που αφορούσαν το θέμα.

Αποτελέσματα:

Στην αρχαία Ελλάδα ο πόνος απασχόλησε γιατρούς, ιστορικούς, τραγωδούς και φιλοσόφους. Ο πιο γνωστός θεραπευτής του πόνου κατά την προϊστορική περίοδο θεωρείται ο Ασκληπιός, ο οποίος θεοποιήθηκε μετά το θάνατό του. Τα Ασκληπιεία που ιδρύθηκαν προς τιμή του αποτέλεσαν τα πρώτα σπουδαστήρια της ιατρικής τέχνης.

Πέρα από τη θεουργική προέλευση και αντιμετώπιση του πόνου, χορηγούνταν βότανα, σε διάφορες μορφές και οδούς χορήγησης, εφαρμόζονταν η αφαίμαξη, ενώ υπάρχουν αναφορές για την εφαρμογή θεραπευτικού αγγίγματος από θεούς. Η απαρχή της μετάβασης από τη θεουργική στην επιστημονική αντιμετώπιση του πόνου παρουσιάζεται τον 7ο π.Χ. αιώνα με την εμφάνιση των προσωκρατικών φιλοσόφων, που ασχολήθηκαν με την θεωρία της αρχής και της δομής του κόσμου και με τη διερεύνηση της υγείας των ανθρώπων για να εξηγήσουν τη φύση τους με βάση τη λογική. Από τον 6 π.Χ. αιώνα ιδρύονται οι πρώτες σημαντικές Ιατρικές Σχολές. Είναι η εποχή κατά την οποία αρχίζει να εφαρμόζεται ο καυτηριασμός, όπως επίσης τα λουτρά, η γυμναστική και η μάλαξη για την αντιμετώπιση του πόνου.

Συμπεράσματα:

Εκτός από τη θεουργική προέλευση και αντιμετώπιση του πόνου, τα βασικά στοιχεία της αντιμετώπισης του πόνου στην αρχαία Ελλάδα ήταν τα βότανα με τα τα παράγωγά τους σε διάφορες μορφές χορήγησης, η αφαίμαξη, το θεραπευτικό άγγιγμα, ο καυτηριασμός, η γυμναστική και η μάλαξη.

Εισαγωγή

Σύμφωνα με το Διεθνές Ινστιτούτο για τη Μελέτη του Πόνου (IASP) ο πόνος ορίζεται ως «μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστού ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης».(1)

Κάθε ανθρώπινη ύπαρξη διατρέχει την πορεία της από τη γέννησή της έως τον θάνατο, στενά συνυφασμένη με τη διεισδυτική παρουσία του πόνου. Χωρίς αυτόν, το ανθρώπινο γένος δεν θα είχε επιζήσει, αφού ο οξύς πόνος αποτελεί ένα σημαντικό μηχανισμό άμυνας του οργανισμού Αντίθετα ο χρόνιος πόνος, η έντασή του οποίου αυξάνει προοδευτικά, εξακολουθεί να υπάρχει και μετά τον αναμενόμενο χρόνο αποδρομής της νόσου που τον προκάλεσε ή παρατείνεται για τουλάχιστον 3 – 6 μήνες από την αρχική προσβολή. Η μη αντιμετώπιση του πόνου θεωρείται εγκληματική αμέλεια και έλλειψη σεβασμού προς τον άνθρωπο.

Ο στόχος αυτής της ιστορικής μελέτης είναι να παρουσιάσει τις απόψεις και τις αντιλήψεις που επικρατούσαν κατά την προϊπποκρατική εποχή στον αρχαίο ελληνικό πολιτισμό σχετικά με την προέλευση, την αιτιολογία του πόνου, καθώς και τις θεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιούσαν οι αρχαίοι Έλληνες για την ανακούφιση του πόνου. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία της ιστορικής έρευνας. Χρησιμοποιήθηκαν δημοσιεύσεις και άρθρα από το Pubmed και βιβλία που αφορούσαν το θέμα.

Ο πόνος μέσα από τους μύθους στην Αρχαία Ελλάδα

Σύμφωνα με την αρχαία Ελληνική μυθολογία, ο πόνος αναφέρεται ως γιος της Έριδας και εγγονός της Νύχτας, ο οποίος δόθηκε στους ανθρώπους για την κλοπή της φωτιάς από τον Προμηθέα. Θεραπευτής θεών και θνητών ήταν ο Απόλλωνας, ο οποίος παρασκεύαζε και χρησιμοποιούσε παυσίπονα βότανα, μια τέχνη που δίδαξε στο γιο του Ασκληπιό. (2)

Από τη μυθική εποχή υπάρχει η πρώτη αναφορά αβάστακτου, ανυπόφορου πόνου. Αφορά τον Κένταυρο Χείρωνα, που είναι γνωστός σαν ο «Πληγωμένος Θεραπευτής». Όταν πληγώθηκε μ' ένα φαρμακερό βέλος στο πόδι από τον Ηρακλή, στη μάχη των Τιτάνων, ένιωσε αβάστακτο πόνο και η πληγή του ήταν αγιάτρευτη. Την ίδια στιγμή ήταν ανίκανος να πεθάνει με φυσικό τρόπο, όντας αθάνατος. Έτσι ζήτησε από τον Δία να τον απαλλάξει από την αθανασία για να απαλλαγεί από τον πόνο. (4) Ο Κένταυρος Χείρων ήταν ο πιο φημισμένος γιατρός της μυθολογίας, ο οποίος καλλιεργούσε φαρμακευτικά βότανα και δίδασκε τη χρήση τους στον Ασκληπιό και σε Ήρωες, όπως τον Ιάσονα, τον Ηρακλή, τον Αχιλλέα.(3)

Ο μαθητής του Χείρωνα, Ασκληπιός, που διδάχθηκε την Ιατρική από τον πατέρα του Απόλλωνα, σύντομα απέκτησε φήμη κορυφαίου θεραπευτή που περιφέρεται ανά την Ελλάδα, θεραπεύοντας «πάσας τας νόσους δι΄ επωδών, διά φαρμάκων και δι΄ εγχειρήσεων», ανάσταινε δε ακόμη και νεκρούς. (5,6) Η δύναμη του έργου του δίνει την αίγλη θεού στον κόσμο των θνητών. (3,4) Από τον Ορφικό ύμνο για τον Ασκληπιό προκύπτει ότι η κύρια αρμοδιότητά του ήταν η αντιμετώπιση του πόνου: «θεραπευτή των πάντων Ασκληπιέ, Δέσποτα Παιάνα, που ανακουφίζεις τους πολλούς πόνους που οι βασανιστικές αρρώστιες προκαλούν στους ανθρώπους, ισχυρέ που χαρίζεις την ανακούφιση». (5)

Εικόνα 1. Ο Ασκληπιός εμφανίζεται στον ύπνο ασθενούς και ακουμπάει τα χέρια του πάνω της για την θεραπεύσει: (Αρχαιολογικό Μουσείο Πειραιά)

Μετά το θάνατό του θεοποιήθηκε και προς τιμή του ανεγέρθηκαν τα Ασκληπιεία, που μετατράπηκαν σε σπουδαστήρια της ιατρικής τέχνης. Εκεί, για την αντιμετώπιση του πόνου, γινόταν καθαρμοί σε ιαματική πηγή, χορηγούνταν βότανα, προτεινόταν δίαιτα, εφαρμόζονταν χειρουργικές επεμβάσεις και αφαίμαξη και η χαλάρωση σε καθαρό περιβάλλον με την παρακολούθηση θεατρικών και μουσικών παραστάσεων. Τελική θεραπευτική παρέμβαση ήταν η «εν-κοίμησις» με χαλαρωτικά ποτά κατά την οποία ο ασθενής ενώ κοιμάται στο άβατο έρχεται σε επαφή με τον Ασκληπιό, τους βοηθούς του, τα ιερά του ζώα, για να επέλθει η ίασις. Η δομή του Ασκληπιείου καθοδηγείται από το ιερατείον, το οποίο ως ιατρείον προσφέρει τη θεραπεία μέσω του θεού Ασκληπιού. (3-7)

Χαρακτηριστικό ανάγλυφο που βρίσκεται στο Αρχαιολογικό Μουσείο του Πειραιά και χρονολογείται τον 5ο π.Χ. αιώνα, απεικονίζει τον Ασκληπιό που εμφανίζεται στον ύπνο ασθενούς στο άβατο του Ασκληπιείου και τοποθετεί τα χέρια του στους ώμους γυναικείας μορφής που είναι ξαπλωμένη σε κλίνη και καλυμμένη με δορά ζώου, για να τη θεραπεύσει. (εικόνα1) .Αναφορά θεραπευτικού αγγίγματος υπάρχει και στην Ιλιάδα: Όταν η θεά Κύπρη τραυματίστηκε στο χέρι από ένα «μακρύ δόρυ» και πονούσε φοβερά (Ιλ. Ε-330-360], ο θεός Άρης την οδήγησε στον Όλυμπο κι εκεί «η υπέροχη θεά Διώνη» με τα δύο χέρια σκούπισε το αθάνατο αίμα από το χέρι της Κύπρης και το χέρι γιατρεύτηκε και οι βαριοί πόνοι μαλάκωσαν». (9)

Η αντιμετώπιση του πόνου μέσα από τα έργα αρχαίων συγγραφέων

Η λέξη πόνος, μέσα από τα έργα του Ομήρου, σημαίνει κάθε δραστηριότητα που απαιτεί κοπιαστική προσπάθεια. Ο πόνος ανήκει στη ζωή των ανθρώπων. Αντίθετα, το άλγος είναι ο διαρκής και επαναλαμβανόμενος πόνος που εκτείνεται σε όλο το σώμα. (Ιλ. Ε-321). (8). Στην Ιλιάδα ο πόνος δεν περιγράφεται σε σχέση με την ένταση ή την ψυχική εμπλοκή, αλλά ανάλογα με το βαθμό εμπλοκής του υποκειμένου σε αυτόν και ανάλογα με τη χρονική του διάρκεια (οξύς ή χρόνιος πόνος), όπως επίσης με το μέσο ή την πηγή που τον προκάλεσε, π.χ. ένα τέμνον όργανο ή τα προβλήματα της ζωής. Τη λέξη οδύνη, που αποτελεί την κύρια ιατρική λέξη για τον πόνο, θα συναντήσουμε ελάχιστεςφορές ενώ ο Σοφοκλής προτιμά τη λέξη άλγος/αλγώ και τα παράγωγά της. Ακολουθεί σε συχνότητα η λέξη πόνος και ελάχιστες φορές η λέξη πήμα. (8, 10)

Στην Ομηρική Ιατρική, οι θεοί τιμωρούν στέλνοντας τον πόνο και την ασθένεια, αρμόδιοι για την αντιμετώπιση του πόνου είναι θεοί και θνητοί. Στη Ραψωδία Ε, στ. 401–2, ο Παιήων, ο οποίος ταυτοποιήθηκε αργότερα με τον Απόλλωνα, ο ιατρός των θεών, χρησιμοποιεί φάρμακα «οδυνήφαγα», που «σκοτώνουν» τον πόνο όταν θεραπεύει το θεό Άρη: «τον γιάτρεψε ο Παιήονας, βοτάνια βάζοντάς του, παυσίπονα, γιατί θνητός αυτός δεν ήταν βλέπεις».(8) Όταν μάλιστα τραυματίστηκε ο Αινείας, η θεά Αφροδίτη θεράπευσε τα τραύματα του με δίκταμο που είχε συλλέξει από την Κρήτη. Μάλιστα με το ίδιο φυτό, αφού το συνέλεξε μόνη της από το όρος Ίδη, έκανε κατάπλασμα και απάλυνε τους πόνους του τοκετού της. (8)

Στην Ιλιάδα περιγράφεται ένας μεγάλος αριθμός τραυμάτων, η αντιμετώπισή τους και η θεραπεία του πόνου. Μεταξύ των γιατρών που έλαβαν μέρος σαν χειρουργοί και πολεμιστές κατά τη διάρκεια του Τρωικού πολέμου αναφέρονται ο Μαχάων και ο Ποδαλείριος. Ήταν γιοί του Ασκληπιού και της Ηπιόνης, η οποία σύμφωνα με τη μυθολογία θεράπευε επίσης τους πόνους. (8,9) Αυτοί εφάρμοζαν παυσίπονα βότανα πάνω στην πληγή και έκαναν αφαιμάξεις για την αντιμετώπιση του πόνου. Ο Στέφανος ο Βυζαντινός αναφέρει ότι ο Μαχάων και ο Ποδαλείριος είναι οι εφευρέτες της αφαίμαξης. Στην Ιλιάδα Δ, στ. 190-191, αναφέρεται ότι τον Μαχάονα κάλεσε ο Αγαμέμνων για να εξετάσει τον Μενέλαο που τραυματίστηκε από το βέλος του Πανδάρου και ο οποίος το αφαίρεσε, έκανε αφαίμαξη (ρούφηξε το αίμα) και έβαλε βότανα πάνω στην πληγή για να απαλύνει τους πόνους, που είχε δώσει ο Κένταυρος Χείρων στον πατέρα του. (8,9)

Για τον Ποδαλείριο αναφέρεται ότι, κατά την επάνοδό του από την Τροία ξέπεσε στην Καρική χερσόνησο, όπου ένας ποιμένας τον οδήγησε στον Βασιλιά Δάμαθο, του οποίου η κόρη έπεσε από την οροφή της οικίας και έπαθε εξάρθρημα του βραχίονα. Ο Ποδαλείριος, μετά από ανωφελείς προσπάθειες ανάταξης, έκανε φλεβοτομία και στους δύο βραχίονες και μόνο έτσι κατόρθωσε να ανατάξει το εξάρθρημα, πιθανότατα λόγω αναλγησίας. (8,9)

Αναφορά για την αντιμετώπιση τραύματος και τη χορήγηση αναλγησίας υπάρχει για τον Ευρύπυλο, στον οποίο ο Πάτροκλος, που διδάχθηκε την Ιατρική από τον Αχιλλέα, αφού έβγαλε με μια νυστεριά από το μηρό το βέλος από το μηρό, ξέπλυνε το τραύμα με χλιαρό νερό κι έτριψε με τα χέρια μια ρίζα πικρή πάνω από το τραύμα που παύει τους πόνους. (8)

Εκτός από την αντιμετώπιση του οξέος πόνου, κυρίως από τραυματισμούς, τυπικό παράδειγμα αναφοράς χρόνιου πόνου, που προκαλείται από μια παλιά αθεράπευτη πληγή και εκδηλώνεται με εξάρσεις και υφέσεις, περιγράφεται στην τραγωδία του Σοφοκλή «Φιλοκτήτης»: ο τραγικός ήρωας θρηνεί για τους αβάσταχτους πόνους στο πόδι από πληγή από δάγκωμα φιδιού που δεν κλείνει εννέα χρόνια: (στ.649). Ο Νεοπτόλεμος του υπόσχεται ότι θα τον μεταφέρουν στην Τροία «σε κείνους, που απ' τους πόνους θα σε σώσουν» (στ.1379). Εκεί αναφέρεται ένα μαγικό βότανο, που είναι το μόνο που ανακουφίζει τον πόνο:

«Έχω ένα φύλλο που μ΄ αυτό κοιμίζω κάθε φορά τ' αγρίεμα της πληγής μου και τη μερώνω. (10)

Στα έπη του Ομήρου υπάρχει αυτούσια η λέξη φάρμακο, τα οποία παρασκεύαζαν θεοί, ημίθεοι και θνητοί. Υπάρχουν φάρμακα ήπια- οδυνηφάγα, φάρμακα εσθλά (καλά) και λυγρά (ολέθρια), θνητοφάγα και ανδροφόνα, αλλά και φάρμακα μητιόεντα (έξυπνα). Θα συναντήσουμε επίσης τα χειρόνια βότανα που κλείνουν τις πληγές, φάρμακα αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά, αντισηπτικά, παραισθησιογόνα και ναρκωτικά και αντίδοτα που προέρχονται από τα βότανα. Το αντίδοτο των λυγρών φαρμάκων, που το έδωσε ο Ερμής στον Οδυσσέα για να αποφύγει την επίδρασή τους, ήταν το μώλυ, το οποίο είχε μαύρη ρίζα και γαλακτόχροα άνθη. (8)

Στα έπη του Ομήρου θα συναντήσουμε διάφορες μορφές φαρμάκων, όπως τα έλαια, τις αλοιφές, τις σκόνες επιπάσεως και τα διαλύματα. Αναφέρονται διάφορα είδη χορήγησης, που παρασκευάζονται από κονιοποιημένες ρίζες, από άνθη και καρπούς. Εκεί θα συναντήσουμε και το μυστηριώδες φυτό "νηπενθές.» (Οδ. Δ 220-226). Πρόκειται για ένα μείγμα οίνου και βοτάνου, που η Ωραία Ελένη έδωσε στον Τηλέμαχο και τους συντρόφους του για να απαλύνουν την οδύνη τους από την ανάμνηση του Οδυσσέα.

Η χρήση του οπίου στην αρχαία Ελλάδα ανέρχεται στην Μινωική περίοδο. Σε άγαλμα της Μινωϊκής εποχής (1450 π.χ.) αναπαριστάνεται η θεά των Μηκώνων και των Ιαμάτων, με την κεφαλή του αγάλματος να είναι στολισμένη με τρεις καρφίδες, που παριστάνουν κεφαλές της μήκωνος της υπνοφόρου, γνωστής στη Βοτανολογία ως Papaver Somniferum. Το άγαλμα αυτό βρίσκεται στο μουσείο του Ηρακλείου. Η πρώτη γραπτή αναφορά για την μήκωνα την υπνοφόρο, το φυτό από όπου εξάγεται το όπιο, υπάρχει στη Θεογονία του Ησίοδου (8ος αιώνας π.Χ.). Υπάρχουν όμως και άλλα φαρμακευτικά φυτά με παυσίπονη δράση, που η ιστορία τους χάνεται στα βάθη των αιώνων. Στον Αργοναυτικό κύκλο η Μήδεια προμήθευσε τον Ιάσονα με φυαλίδιο που περιείχε κολχικό κρόκο, για να αλειφτεί και να μην τον κάψουν τα χνώτα των ταύρων του Υφαίστου. (11) Ο κρόκος της Κολχίδας, σύμφωνα με την Μυθολογία, φύτρωσε από τις σταγόνες του αίματος του Προμηθέα που έπεφταν στο χώμα. Το φυτό αυτό έχει πλήθος θεραπευτικών ιδιοτήτων από την αρχαιότητα έως τα τέλη του 20ου αιώνα. Η κολχικίνη που περιέχει είναι αποτελεσματική για την αντιμετώπιση της ουρικής αρθρίτιδας

Από το 886. π.Χ., μετά από νομοθέτημα του Λυκούργου, υπάρχουν γιατροί στο στράτευμα για την αντιμετώπιση των τραυμάτων και του πόνου. Υπήρχαν και γιατροί, οι Π α ι δ ο τ ρ ί δ α ι, οι οποίοι θεράπευαν τους αθλητές κατά τη διάρκεια των γυμνασίων. Εκτός από την αντιμετώπιση των τραυμάτων, έκαναν φλεβοτομίες και χορηγούσαν εμετικά καὶ καθαρκτικά, αυτοί είχαν και την επιτήρηση των θερμών καὶ ψυχρών λουτρών. (9)

Από τη θεουργική στην επιστημονική αντιμετώπιση του πόνου

Από τον 7ο π/Χ. αιώνα εμφανίζονται οι Προσωκρατικοί φιλόσοφοι, που ασχολήθηκαν κυρίως με την θεωρία της επιστήμης. Αυτό που τους απασχόλησε περισσότερο ήταν το ζήτημα της αρχής και της δομής του κόσμου, ενώ επεκτάθηκαν και στη διερεύνηση σε θέματα που αφορούν την υγεία του ανθρώπου για να εξηγήσουν τη φύση της με βάση τη λογική. Στον πυρήνα της θεωρίας των ήταν η θεωρία των τεσσάρων θεμελιακών – βασικών στοιχείων: ο αέρας, η φωτιά, το νερό και η γη. Από αυτά, τις αλληλεπιδράσεις και τις αναμείξεις τους οικοδομούνται όλα τα υλικά και άϋλα, ορατά και αόρατα αντικείμενα του Σύμπαντος. Μία δυσαρμονία των τεσσάρων βασικών στοιχείων δημιουργούσε ασθένεια ή πόνο. (12 - 13)

Παράλληλα, ανεξάρτητα από τα Ασκληπιεία, τον 6ο και τον 5ο αιώνα π.Χ., αναπτύχθηκαν ιατρικές σχολές, στην Κνίδο, στην Κω, στην Κυρήνη της Λιβύης, στη Ρόδο, στον Κρότωνα της Μεγάλης Ελλάδας και στον Ακράγαντα στη Σικελία. (9) Εκεί δίδασκαν οι Ασκληπιάδες και εκπαιδεύονταν αρχικά συγγενικά τους πρόσωπα και σταδιακά και άλλοι. Έτσι από τον 6ο π.Χ. αρχίζουν να εμφανίζονται επίσημοι γιατροί. Μεταξύ αυτών ο Ευρυφώνας, δάσκαλος της Ιατρικής Σχολής της Κνίδου, ο οποίος χρησιμοποιούσε τον καυτηριασμό για την αντιμετώπιση του πόνου ή για την απαγωγή των υγρών από φλεγμαίνοντα εσωτερικά όργανα. (9) Ένας άλλος ιατροφιλόσοφος, ο Ηρόδικος από την Σαλυμορία, δάσκαλος του Ιπποκράτη, θεωρείται ότι χρησιμοποίησε πρώτος τη σωματική άσκηση ως ιαματικό μέσο και τις μαλάξεις για να γιατρέψει τον πόνο και τις ασθένειες.(9)

Ωστόσο, για την εξέλιξη της ιατρικής και την αντιμετώπιση του πόνου, ήταν αναγκαίος ένας μεγάλος νους, μια επιστημονική μορφή, που θα μπορούσε να δώσει την ανατροπή. Αυτός ήταν ο Ιπποκράτης, ο οποίος ήταν ο πρώτος που έφτασε να θεραπεύει τον πόνο, όχι από εύνοια των θεών, αλλά επειδή συνειδητοποίησε τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος. (14,15)

The treatment of pain in pre-ippocratic era

Summary

The purpose of the historical study is to present the therapeutic techniques used by ancient Greeks in order to relief pain, as they were stated in the pre-Hippocratic era.

Material and Methods:

The methodology of the historical research was used. Publications and articles considering the subject were used.

Results:

In Greek antiquity understanding pain had the same value as treatment and occupied many historians, tragedians and philosophers. Asclepius was the first recorded pain therapist during the pre-historic period, who after his death was worshiped like God. The "Asclepieia" sanctuaries that were founded in his honor were the first schools of medical art.

Beyond the theurgical pain origin and treatment, it was stated the supply of herbs in various forms and administration routes, along with the application of bleeding and healing touch. The transition from metaphysical to scientific practices in pain management appears from the 7the century B.C. with the presocratic philosophers and their theory on the origins and structure of the world. They also explored the human phenomena and in particular the health of the human being trying to make a logical explanation of its nature. The first medical schools are founded in the 6th century B.C, in an era when the cauterization is beginning to be applied, as well as the hydrotherapy, the gymnastics and the massage to soothe the pain.

Conclusions:

Beside the theurgical pain origin and treatment, basics in pain management in ancient Greece, were the herbs and their derivatives in various forms of administration, the bleeding, the healing touch, the cauterization, the gymnastics and the massage.

Key-words: Pain treatment, history, ancient Greece.

Βιβλιογραφία

1. IASP Sub-committee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Pain 1980; 8: 249-52
2. Rey R. Histoire de la douleur. La Decouverte, Paris, 1993, 5
3. Bagley A., Chiron the Educator, University of Minnesota (2000)
4. Hart, G. Asclepius: The God of Medicine (Royal Society of Medicine Press, 2000)
5. The Hymns of Orpheus Translated by Thomas Taylor London [1792]
6. Riethmüller, JW. Asklepios: Heiligtümer und Kulte, Heidelberg, Verlag Archäologie und Geschichte, 2005, ISBN 3-935289-30-8
7. Edelstein Λ, Edelstein E. Asclepius: Collection and Interpretation of the Testimonies. JHU Press, 1998.
8. L' Iliade et l' Odyssee par Homere Ebooks LivreS et Gratuits. ht ppp :/ www. ebooksgratuits.com
9. Aretaios Th. The surgery of the ancient Greeks (in Grieck) Athen 1864
10. Sofocles Philoktetes English translation by Thomas Francklin (Internet Classics Archive): http://classics.mit.edu/Sophocles/philoct.html
11. Apollonius of Rodes Argonautika. English, Greek and Ancient Greek Edition, Translator R. C. Seaton Loeb Classical Library, 1990
12. Kingsley P. Ancient philosophy, mystery, and magic: Empedocles and Pythagorean tradition. Oxford University Press, Oxford, 1995
13. Burkert W, Lore and Science in Ancient Pythagoreanism, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts 1972.
14. Kiapokas MS. Hippocrates of Kos. Heptalophos, Athens, 2003
15. JONES WHS. Hippocrates collected works I. Harvard University Press, Cambridge, 1868. Available at: http://daedalus.umkc. edu/ ppocrates/HippocratesLoeb1/page.ix.php
16. Craik E.M. Hippocratic Bodily "Channels" and Oriental Parallels. Med Hist. 2009 Jan; 53(1): 105–116.

Νέα περιστατικά καρκίνου στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων 2012-2016, δημογραφικά δεδομένα και ιστολογικά-κυτταρολογικά στοιχεία

Κωνσταντίνος Δασκάλου [1,2]
Κωνσταντίνος Τσιάμης [1,3]
Μαρία Μάνδυλα-Κουσουνή [1,4]
Δημήτριος Ανωγιάτης-Pelé [1]

[1] Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Ιστορική Δημογραφία», Τμήμα Ιστορίας, Ιόνιο Πανεπιστήμιο.

[2] Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων.

[3] Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

[4] Ιατροχειρουργική Εταιρεία Κέρκυρας

Λέξεις-κλειδιά

Δημογραφία υγείας, Επιδημιολογική μετάβαση, Μη μεταδοτικά νοσήματα, Καρκίνος, Μητρώο νεοπλασιών.

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:
Κωνσταντίνος Δασκάλου
ΜΠΣ Ιστορική Δημογραφία
Τμήμα Ιστορίας
Ιόνιο Πανεπιστήμιο,Κέρκυρα
E-mail: h15dask@ionio.gr

Περίληψη

Τα μη μεταδοτικά νοσήματα κατέχουν πλέον ηγετικό ρόλο στη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα του πληθυσμού παγκοσμίως και την Ελλάδα. Ο καρκίνος, αντιπροσωπεύοντας ως δεύτερη αιτία κατάταξης αυτά, αποτελεί την κυριότερη επιβάρυνση σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο, με βάση και το γενικότερο φορτίο που επιφέρει. Πέραν των στατιστικών σχετικά με τη θνησιμότητα από τη νόσο, η καταγραφή των νέων περιστατικών από μητρώα καρκίνου αποτελεί τη βέλτιστη πρακτική για τον έλεγχο της.

Για τις ανάγκες της εργασίας ανασκοπήθηκε το σύνολο των παθολογοανατομικών και των κυτταρολογικών απαντήσεων του νοσοκομείου για το χρονικό διάστημα της πενταετίας, με στόχο την αποτύπωση και την ανάλυση δημογραφικών και επιδημιολογικών δεδομένων για τη νόσο, με λειτουργία που ομοιάζει αυτής του παθολογοανατομικού αρχείου καταγραφής νεοπλασιών. Η κωδικοποίηση των καρκίνων σε επίπεδο πρωτοπαθούς εστίας και μορφολογικών στοιχείων έγινε με βάση το ICDO-3 (Διεθνής Ταξινόμηση για τον Καρκίνο – 3η έκδοση) που αποτελεί το εργαλείο ταξινόμησης για τα μητρώα καρκίνου.

Οι κατανομές των αναλύσεων, ανέδειξαν τους άνδρες να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά, ενώ τα νέα περιστατικά συνολικά ακολουθούν περίπου σταθερό αριθμό διαγνώσεων σε κάθε έτος. Τα νέα περιστατικά προέρχονται κυρίως από το νομό Ιωαννίνων και ευρύτερα την περιφέρεια της Ηπείρου. Το κύριο βάρος σε ηλικιακό επίπεδο δέχονται οι μεγάλες ηλικίες, ενώ στις γυναίκες υπάρχουν σημαντικές κατανομές νέων περιστατικών και στη μέση ηλικία. Κύριες ομαδοποιημένες τοπογραφίες (εξαιρώντας αυτή του δέρματος) αποτέλεσαν οι καρκίνοι του πεπτικού συστήματος (15,9%), του μαστού (13,3%), των ανδρικών γεννητικών οργάνων (11,4%), του αναπνευστικού συστήματος (10,9%) και της ουροποιητικής οδού (10,5%).

Η λειτουργία μητρώου καρκίνου σε πληθυσμιακό επίπεδο μπορεί να ενισχυθεί και να συμπληρωθεί από επιμέρους καταγραφές σε επίπεδο νοσοκομείου. Η βάση δεδομένων της παρούσας εργασίας μπορεί να αποτελέσει για το χρονικό διάστημα εξέτασης μια πρώτη τέτοια προσπάθεια.

Εισαγωγή

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί για τον 21ο αιώνα τη σημαντικότερη δημογραφική μεταβολή, ενώ οι προβολές για το μέλλον των διεθνών οργανισμών αναφέρουν πως επίκειται διπλασιασμός των ήδη αυξημένων ποσοστών των ατόμων >65 ετών. Η γήρανση αποτελεί πλέον παγκόσμιο φαινόμενο με διαφορετικό χρονισμό και δυναμική για κάθε χώρα. Οι δημογραφικές αλλαγές σε σχέση με την υγεία και την ευημερία (π.χ. υγιής γήρανση) των πολιτών βρίσκεται πλέον στο επίκεντρο των κεντρικών πολιτικών σχεδιασμών, με αναλύσεις, συμπεράσματα και προτάσεις σε αρκετά επίσημα κείμενα για την πρόληψη, την ανίχνευση και την αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών δυσμενών προβλέψεων και τη συνέχιση της ανάπτυξης.

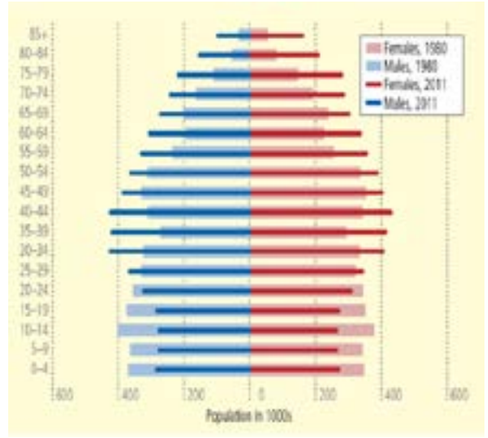
Τα μη μεταδοτικά νοσήματα (NCDs) αποτελούν την πλειοψηφία των αιτιών παγκοσμίως που συνεισφέρουν στη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα του πληθυσμού, σε αντίθεση με τα στοιχεία των προηγούμενων αιώνων, όπου κυρίαρχο ρόλο έπαιζαν τα μεταδοτικά και μολυσματικά νοσήματα.

Οι θάνατοι από καρκίνο αποτελούν παγκοσμίως τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θνησιμότητας με πρώτη τους θανάτους από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος. Τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα και με τη μείωση της θνησιμότητας από λοιμώδη (μεταδοτικά) νοσήματα, ο καρκίνος αποτελεί πλέον το σημαντικότερο θέμα δημόσιας υγείας. Η εντυπωσιακή αύξηση στη θνησιμότητα από καρκίνο (σε σχέση και με τις άλλες αιτίες θανάτου) οφείλεται τόσο στη γήρανση του πληθυσμού όσο και στην καλύτερη αντιμετώπιση των άλλων προβλημάτων υγείας και την ευχερέστερη διάγνωση τους (πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας κ.τ.λ). Η αλλαγή του τρόπου ζωής με την αστικοποίηση του πληθυσμού καθώς και περιβαλλοντικοί παράγοντες συνέβαλαν στην αύξηση της νοσηρότητας από καρκίνο. Σε Ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο ο καρκίνος αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση υγείας, διότι, τόσο η θνησιμότητα του πληθυσμού από τη νόσο του καρκίνου, όσο και η νοσηρότητα, δημιουργούν συνθήκες πίεσης σε πολλαπλά επίπεδα, σε συνδυασμό με τη δημογραφική πρόκληση της γήρανσης.

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, η αύξηση που παρατηρείται στη θνησιμότητα από καρκίνο τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα ανησυχητική. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το από 15/12/2016 Δελτίο Τύπου της αρχής με τίτλο «Αιτίες θανάτων έτους 2014», οι θάνατοι από νεοπλασματικές ασθένειες αντιστοιχούν στο 25,6% των συνολικών θανάτων που σημειώθηκαν το 2014 στη χώρα μας ενώ το 1938 το ποσοστό των νεοπλασματικών ασθενειών ήταν μόλις 4% .

Δημογραφία, Δημόσια υγεία και καρκίνος

Σε παγκόσμιο επίπεδο η γήρανση του πληθυσμού τον 21ο αιώνα αναδύεται ως η μεγαλύτερη δημογραφική πρόκληση. Σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, με κάποιες διαφορές σε χρονικό επίπεδο, η λεγόμενη δημογραφική μετάβαση ακολούθησε τρία κύρια στάδια : α) γονιμότητα και θνησιμότητα σε ισορροπημένα πολύ υψηλά επίπεδα, β) αρχή μείωσης της θνησιμότητας και στη συνέχεια μείωση και της γονιμότητας και γ) ασθενική ή και μηδενική πληθυσμιακή ανάπτυξη με χαμηλά ποσοστά γεννήσεων και θανάτων. Η δημογραφική μετάβαση για την Ελλάδα δεν διαφοροποιείται στις γενικές τρείς φάσεις. Η παρατήρηση και η σύγκριση των πληθυσμιακών της πυραμίδων την τελευταία 30ετία παρουσιάζει σοβαρές μεταβολές με αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των νέων και παραγωγικών ηλικιών και αύξηση των ατόμων στη μέση και τις μεγάλες ηλικίες (γράφημα 1).

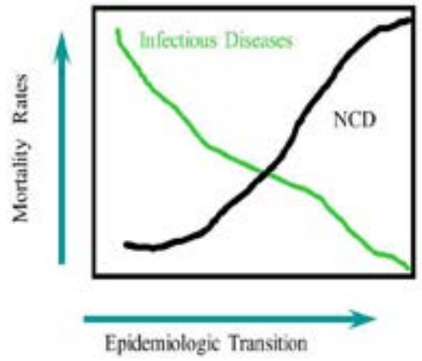


Γράφημα 1. Πληθυσμιακές Πυραμίδες της Ελλάδας 1980 vs 2011
Πηγή: WHO Regional Office for Europe, 2016

Η δημογραφία και η δημόσια υγεία βρίσκονται σε ευθεία και άμεση σχέση μεταξύ τους. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά μιας κοινωνίας καθορίζουν τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες για τη δημόσια υγεία και ο σχεδιασμός για αυτή δεν μπορεί να είναι αποδοτικός χωρίς την κατανόηση κύριων δεδομένων σχετικά με την ηλικία, το φύλο και τις γενικότερες κατανομές. Οι ανάγκες υγείας διαφέρουν σε κάθε φύλο και ηλικία, ενώ μεταβάλλονται από τα δημογραφικά δεδομένα (π.χ. γήρανση). Οι ρυθμοί αύξησης του πληθυσμού αυξάνουν τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης ενώ μια ξαφνική αύξηση του πληθυσμού λόγω μαζικών μεταναστευτικών εισροών δημιουργεί συνθήκες κρίσης στα υγειονομικά συστήματα και τους προγραμματισμούς.

Παράλληλα και σε άμεση σχέση με τη δημογρα-

φική μετάβαση, στον τομέα της δημόσιας υγείας και της επιδημιολογίας, παρουσιάστηκε η θεωρία της επιδημιολογικής μετάβασης. Διατυπώθηκε αρχικά από τον Omran το 1971, έχοντας ως βασική αλλαγή στα επιδημιολογικά δεδομένα τη μετάβαση από την υψηλή θνησιμότητα από μεταδοτικές ασθένειες (μολυσματικές) στην υψηλή θνησιμότητα από μη μεταδοτικές ασθένειες (χρόνια νοσήματα). Το γενικό μοντέλο περιγράφει τη μετάβαση από την περίοδο των μεταδιδόμενων νοσημάτων στην περίοδο των επισφαλών επιδημιών και πανδημιών και τέλος στην περίοδο των εκφυλιστικών και ανθρωπογενών ασθενειών (εικόνα 1).



Εικόνα 1. Η Επιδημιολογική Μετάβαση
Πηγή: Κουρέα-Κρεμαστινού Τ., Μετάβαση Υγείας «Το Σύγχρονο Σκηνικό»

Τα νεότερα στοιχεία του Π.Ο.Υ. σχετικά με τα χρόνια νοσήματα αποδεικνύουν τη μετάβαση της υγείας που έχει επέλθει παγκοσμίως σε άμεση συνάρτηση με τη δημογραφική και την επιδημιολογική μετάβαση. Συγκεκριμένα, από τους συνολικά 56,4 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως το 2015, τα 39,5 εκατομμύρια θάνατοι ή το 70% οφειλόταν σε μη μεταδοτικές ασθένειες (NCDs / M.M.N.).

Τα τέσσερα κύρια μη μεταδοτικά νοσήματα είναι: οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος, οι χρόνιες παθήσεις των πνευμόνων και ο διαβήτης. Οι αριθμοί και τα ποσοστά όπως τα παραθέτει ο Π.Ο.Υ. για τις κύριες αυτές αιτίες των θανάτων από M.M.N. το 2015 ήταν : 1) καρδιαγγειακές παθήσεις 17,7 εκατομμύρια θάνατοι ή 45% όλων των θανάτων από M.M.N., 2) καρκίνοι 8,8 εκατομμύρια ή 22% όλων των θανάτων από M.M.N. , 3) αναπνευστικές παθήσεις (περιλαμβάνει το άσθμα και τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια) 3,9 εκατομμύρια θάνατοι, 4) διαβήτης 1,6 εκατομμύρια θάνατοι. Το σημαντικό στους αριθμούς αυτούς είναι πως το 67% των M.M.N. για το 2015 αφορά τις δύο πρώτες αιτίες, δηλαδή τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τους καρκίνους.

ΕΤΟΣ 2015		ΕΤΟΣ 2000	
ΚΑΤΑ-ΤΑΞΗ	ΑΙΤΙΑ	ΚΑΤΑ-ΤΑΞΗ	ΑΙΤΙΑ
1ο	Ισχαιμική καρδιακή νόσος	1ο	Ισχαιμική καρδιακή νόσος
2ο	Εγκεφαλικό	2ο	Εγκεφαλικό
3ο	Λοιμώξεις κατ. αναπνευστικού	3ο	Λοιμώξεις κατ. αναπνευστικού
4ο	Χρόνια Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)	4ο	Χρόνια Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)
5ο	Καρκίνος πνεύμονα, τραχείας, βρόγχων	5ο	Διαρροϊκές νόσοι
6ο	Σακχαρώδης διαβήτης	6ο	Φυματίωση
7ο	Νόσος Alzheimer και άλλες άνοιες	7ο	HIV/AIDS
8ο	Διαρροϊκές νόσοι	8ο	Πρόωροτοκετικές επιπλοκές
9ο	Φυματίωση	9ο	Καρκίνος πνεύμονα, τραχείας, βρόγχων
10ο	Τροχαία	10ο	Λοιμώξεις και τραύμα κατά τη νεογνική
11ο	Καρκίνος του ήπατος	11ο	Τροχαία
12ο	Λοιμώξεις των νεφρών	12ο	Σακχαρώδης διαβήτης
13ο	HIV/AIDS	13ο	Καρκίνος ήπατος
14ο	Πρόωροτοκετικές επιπλοκές	14ο	Ελμινθίαση
15ο	Υπερτασική καρδιακή νόσος	15ο	Δυσπεπτικοπεπτικός
16ο	Καρκίνος ήπατος	16ο	Ίλαρα
17ο	Δυσπεπτικοπεπτικός	17ο	Καρκίνος του στομάχου
18ο	Καρκίνος στομάχου και οισοφάγου	18ο	Λοιμώξεις των νεφρών
19ο	Καρκίνος του στομάχου	19ο	Τροχαίες συναρπάλιες
20ο	Λοιμώξεις και τραύμα κατά τη νεογνική	20ο	Καρκίνος ήπατος
	Μη μεταδοτικά νοσήματα		Μεταδοτικά νοσήματα

Πίνακας 1. Κατάταξη αιτιών θανάτου (20 κυριότερες) παγκοσμίως και για τα δύο φύλα τα έτη 2000 και 2015
Πηγή : WHO, 2015, Ιδία επεξεργασία

Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται η κατάταξη των αιτιών θανάτου παγκοσμίως και για τα δύο φύλα. Τα αίτια αφορούν και υποκατηγορίες νοσημάτων και δεν ακολουθούν την κατάταξη στις γενικές κατηγορίες, όπως αυτές αναφέρθηκαν στην προηγούμενη παράγραφο. Στη χρονοσειρά των 15 ετών, από το 2000 στο 2015, ο καρκίνος του πνεύμονα από την 9η θέση στην παγκόσμια κατάταξη αιτιών θανάτου ανέβηκε στην 5η θέση και ο καρκίνος του ήπατος από την 20η στην 16η. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου – ορθού κατατάχθηκε στην 18η θέση το 2015, ενώ το 2000 δεν εμφανιζόταν στις 20 κυριότερες αιτίες θανάτου και του στομάχου έχασε δύο θέσεις από το 2000 στο 2015. Στις κυριότερες αιτίες θανάτου τα νοσήματα στην κατηγορία των M.M.N. το 2000 ήταν 9/20, ενώ το 2015 12/20, ενώ για τα μεταδοτικά νοσήματα από τα 6/20 το 2000 έπεσαν στο 4/20 το 2015, αποτυπώνοντας πλήρως την εικόνα της επικράτησης τον 21ο αιώνα των M.M.N. ως την κυριότερη κατηγορία που αφορά τη θνησιμότητα του πληθυσμού παγκοσμίως.

Ο Π.Ο.Υ. αντιλαμβανόμενος την παγκόσμια μεταστροφή στην επιδημιολογία των νόσων, από τις αρχές της προηγούμενης δεκαετίας (2000), ξεκίνησε να θέτει στόχους για όλες τις περιφέρειες του και τα κράτη μέλη σχετικά με τα M.M.N. Οι οδηγίες και οι στρατηγικές που ανέπτυξε και αναπτύσσει έχουν ως στόχο την πρόληψη και τον έλεγχο των νοσημάτων αυτών σε βραχυχρόνιο και μακροχρόνιο επίπεδο. Η Διακήρυξη της Μόσχας το 2011, όπου συμμετείχαν όλοι οι Υπουργοί Υγείας των κρατών μελών, ΄΄δέσμευσε΄΄ τα κράτη μέλη για κοινές στρατηγικές και έλεγχο των εφαρμογών σχετικά με τα M.M.N., έθεσε στόχους σε παγκόσμιο και εθνικό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο Υπουργείων Υγείας, ενώ η εν λόγω κατηγορία νοσημάτων βρίσκεται στις 6 προτεραιότητες του Π.Ο.Υ. για την πενταετία 2014-2019 (εικόνα 2), ώστε η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα και οι διαμορφωτές των πολιτικών υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και παγκόσμιο επίπεδο να δώσουν λύσεις στις προκλήσεις που αυτά δημιουργούν.

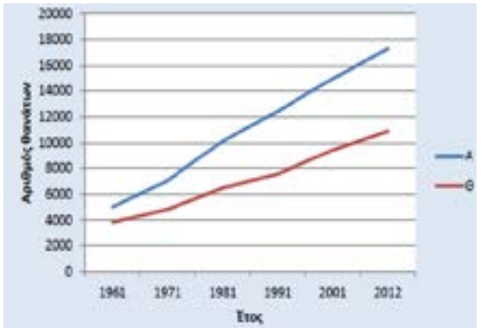
Εικόνα 2. Οι κύριες προτεραιότητες του Π.Ο.Υ. για την Υγεία 2014-2019
Πηγή: WHO, 2014, ΄΄Not merely the absence of disease΄΄

Για την αντιμετώπιση της νόσου του καρκίνου ο Π.Ο.Υ. θέτει την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση στις βασικές στρατηγικές του. Ο κεντρικός ρόλος αυτών έχει αναγνωριστεί ευρέως σχεδόν για όλες τις νόσους και για τον καρκίνο αποτέλεσε βασική στοχοθεσία στις πολιτικές δηλώσεις των Η.Ε. το 2011 που συμφώνησαν όλα τα κράτη μέλη. Η πρόληψη χαρακτηρίστηκε ως «ακρογωνιαίος λίθος της παγκόσμιας αντίδρασης».

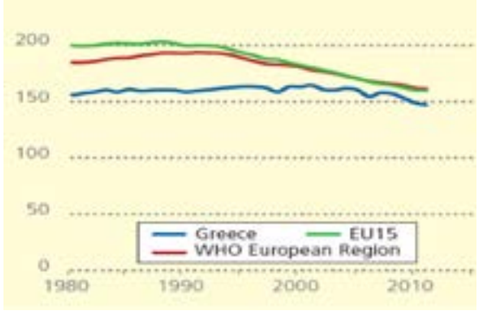
Επιπλέον των ανωτέρω η τελευταία έκθεση για τον καρκίνο (World Cancer Report 2014) του Οργανισμού, έθεσε για ακόμη μία φορά την αναγκαιότητα της συλλογής ακριβών και αξιόπιστων δεδομένων, σχετικά με την εμφάνιση του καρκίνου, με τη λειτουργία πληθυσμιακών μητρώων καταγραφής. Ο Π.Ο.Υ. ουσιαστικά θέτει την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την αξιόπιστη πληθυσμιακή καταγραφή της συχνότητας του καρκίνου στη βάση των κατευθυντήριων οδηγιών, σε συνέχεια και συνέργια με τους στόχους που είχε θέσει τις προηγούμενες δεκαετίες σχετικά με τη οικονομικά προσιτή και αποτελεσματική θεραπεία καθώς και τις εξελίξεις της ιατρικής και των βιοεπιστημών για την περαιτέρω κατανόηση των μηχανισμών και των γεγονότων που συμβαίνουν στην ανάπτυξη των νεοπλασμάτων σε μοριακό και κυτταρικό επίπεδο.

Ο καρκίνος αποτελεί και για την Ελλάδα βασική πρόκληση στον τομέα της υγείας στις μέρες μας, τόσο σε σχέση με τη θνησιμότητα, που αποτελεί βασικό δείκτη της αξιολόγησης της υγείας ενός πληθυσμού, όσο και σε σχέση με το φορτίο νοσηρότητας (Burden of Disease) που περιλαμβάνει τις συνέπειες στην υγεία, στις κοινωνικές πτυχές και στις δαπάνες από μία νόσο που προκαλούνται από τις ανικανότητες που προκύπτουν από αυτή και επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής. Με βάση και τα δημογραφικά δεδομένα της χώρας, η γήρανση του πληθυσμού της χώρας δημιουργεί συνθήκες ιδιαίτερου βάρους - κυρίως από τα νέα περιστατικά καρκίνου- σε σχέση με τη νοσηρότητα και την επιβάρυνση που δίδει αυτή σε όλα τα επίπεδα (σύστημα υγείας, ασφαλιστικά ταμεία, κοινωνία κ.α.).

Η αύξηση του αριθμού των θανάτων από καρκίνο διαχρονικά μετά τα μέσα του προηγούμενου αιώνα έως και τον αιώνα που διανύουμε (Γράφημα 2), ακολούθησε την πληθυσμιακή αύξηση της χώρας γενικά, ενώ τα πρότυπα θνησιμότητας από καρκίνο, με βάση την ηλικία τα έτη 1980-2010 για την Ελλάδα αποδεικνύουν μικρή μείωση των ποσοστών, αρκετά διαφοροποιημένη από τη σημαντική μείωση που επιτεύχθηκε σε Ευρωπαϊκό επίπεδο το ίδιο διάστημα -ξεκινώντας όμως από μεγαλύτερες βάσεις - (Γράφημα 3.).



Γράφημα 2. Αριθμός θανάτων από καρκίνο (όλοι οι τύποι) ανά φύλο στην Ελλάδα 1961-2012
Πηγή: WHO,Cancer Mortality Database http://www-dep.iarc.fr/WHOdb/WHOdb.htm ,Ιδία επεξεργασία



Γράφημα 3. Πρότυπο θνησιμότητας με βάση την ηλικία από κακοήθη νεοπλάσματα, όλων των ηλικιών ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα, την Ε.Ε. των 15 χωρών και την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του Π.Ο.Υ., 1980-2011 Πηγή: WHO Regional Office for Europe, 2016

Σε επίπεδο τοπογραφιών της νόσου, στην Ε.Ε. των 28 χωρών και τη χώρα μας σχετικά με τον αριθμό θανάτων και τις νέες περιπτώσεις, ο καρκίνος του πνεύμονα συμβαδίζει με την πρωτιά που κατέχει στον αριθμό των θανάτων παγκοσμίως. Σε επίπεδο νέων περιστατικών στην Ε.Ε. ως πρώτη αιτία σημειώνεται ο καρκίνος του μαστού (έχει ξεπεράσει τους αριθμούς του καρκίνου του πνεύμονα με βάση τους υπολογισμούς για το 2012), ενώ στην Ελλάδα ως πρώτη τοπογραφία νέων περιστατικών υπολογίζεται ο καρκίνος του πνεύμονα 4.

Η καταγραφή των νέων περιστατικών καρκίνου

Ο μηχανισμός που έχει επικρατήσει παγκόσμια για την καταγραφή των νέων περιστατικών καρκίνου σε μια χώρα ή την περιφέρεια αυτής, είναι τα μητρώα καρκίνου. Η εγκυρότερη μέθοδος είναι η λειτουργία πληθυσμιακών μητρώων, παρόλο που στη διεθνή πρακτική και εμπειρία παρουσιάζονται και μητρώα που λειτουργούν σε νοσοκομειακό ή εργαστηριακό επίπεδο. Τα αρχεία καταγραφής των νέων περιστατικών καρκίνου αποτελούν οργανωμένα συστήματα συλλογής, αποθήκευσης, ανάλυσης και ερμηνείας διαφόρων πληροφοριών για τους ασθενείς που εμφανίζουν καρκίνο.

Το πρώτο πληθυσμιακό μητρώο καρκίνου (PBCR) δημιουργήθηκε στο Αμβούργο της Γερμανίας το 1929, όπου τρεις νοσηλεύτριες επισκέπτονταν νοσοκομεία και ιατρούς στην πόλη σε τακτά χρονικά διαστήματα, καταγράφοντας τα ονόματα των νέων ασθενών με καρκίνο και τα μεταφέρανε στο κεντρικό υγειονομικό τμήμα όπου μία φορά την εβδομάδα τα συνέκριναν με τα επίσημα πιστοποιητικά θανάτου. Έως το 1955 οργανώθηκαν και σε άλλες χώρες πληθυσμιακά αρχεία καταγραφής του καρκίνου και το 1955 λειτουργούσαν 18 τέτοιες δομές, με την έρευνα να διεξάγεται είτε σε υποχρεωτική είτε σε εθελοντική βάση. Το Δανέζικο μητρώο καρκίνου που λειτούργησε για πρώτη φορά το 1942 είναι το παλαιότερο λειτουργικό αρχείο που καλύπτει έναν εθνικό πληθυσμό 5 .

Η Διεθνής Υπηρεσία Έρευνας για τον Καρκίνο (I.A.R.C.) και ο Π.Ο.Υ. έθεσαν έντονα, μετά το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα, το θέμα της ανάπτυξης αξιόπιστων PBCR των νέων περιστατικών καρκίνου με στόχο την ανάπτυξη και την τυποποίηση των μεθόδων συλλογής στοιχείων από τα μητρώα, ώστε να τα καταστήσουν όσο το δυνατόν συγκρίσιμα μεταξύ τους παγκοσμίως.

Στο πρώιμο στάδιο τα μητρώα που δημιουργήθηκαν παρήγαγαν δεδομένα για την τοπογραφία της νόσου (τύποι καρκίνου), ενώ αργότερα σε κάποιες χώρες έγινε προσπάθεια να παρακολουθήσουν τους καταχωρημένους ασθενείς και να υπολογιστούν στοιχεία σχετικά με την επιβίωση. Τα τελευταία 20 χρόνια ο ρόλος των μητρώων διευρύνθηκε περαιτέρω για να συμπεριλάβει το σχεδιασμό και την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων ελέγχου του καρκίνου (προληπτικά και προσυμπτωματικά προγράμματα, θεραπείες, αποκατάσταση και υποστήριξη), καθώς και τη φροντίδα μεμονωμένων ασθενών και περιπτώσεων καρκίνου, με αποτέλεσμα η καταγραφή των νέων περιστατικών να αποτελεί στοχευμένη επιστημονική παγκόσμια δραστηριότητα στη βάση των κεντρικών οδηγιών για την καταπολέμηση του φορτίου των κοινωνιών από M.M.N..

Τα PBCRs των νέων περιπτώσεων καρκίνου αποτελούν την πιο έγκυρη μεθοδολογία συλλογής στοιχείων και στις μέρες μας αριθμούνται σε περίπου 700 παγκοσμίως. Τα περισσότερα ανεπτυγμένα κράτη υιοθέτησαν την ανάπτυξη τέτοιων μητρώων με αποτέλεσμα να ενοποιήσουν τυχόν περιφερειακά αρχεία που λειτουργούσαν ήδη και να τα μετατρέψουν σε μητρώα καταγραφής για όλη τη χώρα.

Στην Ευρώπη και ειδικά στην Ε.Ε., κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών, η καταχώριση των νέων περιστατικών καρκίνου αποτέλεσε σημαντικό στοιχείο της στρατηγικής της κατά της νόσου, πέραν των εθνικών ενεργειών και πολιτικών που είχαν εφαρμοσθεί κυρίως στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα από την κάθε χώρα μεμονωμένα για τη δημιουργία και την καθιέρωση των μητρώων καρκίνου. Η Ένωση ενέταξε διάφορες δράσεις και ερευνητικές προσπάθειες σε ευρωπαϊκά προγράμματα από τη δεκαετία του 1990 και έπειτα, ενώ εξέδωσε και πολιτικά κείμενα για την εφαρμογή εθνικών σχεδίων δράσης για τη νόσο που συμπεριελάμβαναν διαπιστώσεις και παροτρύνσεις για την περαιτέρω ανάπτυξη Εθνικών Αρχείων Καταγραφής νεοπλασιών. Σήμερα στην Ε.Ε. δραστηριοποιούνται 200 PBCRs και ανήκουν όλα ως μέλη στο Ευρωπαϊκό Δίκτυο Μητρώων Καρκίνου (ENCR), καλύπτοντας περίπου το 60% συνολικά του ευρωπαϊκού πληθυσμού στην καταγραφή νέων καρκίνων (έχοντας αυξητική τάση) και εστιάζοντας πλέον στην ποιότητα και την πολυπλοκότητα (συσχετίσεις) των δεδομένων.

Παγκόσμια η αποτύπωση της συχνότητας της νόσου και των νέων περιστατικών πραγματοποιείται από την IARC και τον Π.Ο.Υ. μέσω του σχεδίου Globocan όπου δημοσιεύει ηλεκτρονικές και έντυπες εκτιμήσεις-αναλύσεις σχετικά με την επίπτωση, τη θνησιμότητα και τα ποσοστά επικράτησης κύριων τύπων καρκίνου σε 184 χώρες του κόσμου. Οι εκτιμήσεις υπολογίζονται βάσει δεδομένων που παρέχονται από τα PBCRs και τις στατιστικές υγείας κάθε χώρας, ενώ τα νέα περιστατικά για χώρες που δεν διαθέτουν αρχεία ή αξιόπιστα δεδομένα υπολογίζονται στη βάση στατιστικών αναλύσεων, έχοντας ως παραμέτρους τη θνησιμότητα από καρκίνο στη χώρα και τα νέα περιστατικά από πληθυσμιακά αρχεία γειτονικών χωρών. Τελευταία έκδοση του προγράμματος σχεδίου ήταν για το έτος 2012.

Στην εικόνα 3 αποτυπώνονται παγκοσμίως στις περιφέρειες του Π.Ο.Υ. (έχοντας ως υπόβαθρο και το επίπεδο ανάπτυξης κάθε χώρας) το μέγεθος των ποσοστών που συνεισφέρουν στην καταγραφή των νέων περιπτώσεων καρκίνου, με βάση εάν τα στοιχεία αφορούν υψηλού επίπεδου PBCRs σε συνδυασμό με καταγραφές θνησιμότητας από τη νόσο.

Εικόνα 3. Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμιακής κάλυψης καταγραφής νέων περιστατικών καρκίνου από πληθυσμιακά αρχεία καρκίνου και μητρώα θανάτων, ανά περιοχή του Π.Ο.Υ. για το έτος 2012 (με υπόβαθρο το επίπεδο ανάπτυξης κάθε χώρας)

Πηγή : American Cancer Society (2014)

Οι ανισοκατανομές είναι εμφανείς ανάμεσα στις περιοχές, ενώ ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά κατέχουν η Αφρική, η Ασία και η Λατινική Αμερική.

Η Ελλάδα συμμετέχει ως μέλος στον Π.Ο.Υ. (και σε άλλους διεθνείς οργανισμούς) και αποτελεί μέλος της Ε.Ε. με αποτέλεσμα και οι πολιτικές υγείας που ακολουθούνται στη χώρα να λαμβάνουν ισχυρές δεσμεύσεις από τις ευρύτερες πολιτικές που συμφωνούνται και υπαγορεύονται από τις παραπάνω συμμετοχές. Η χώρα ακολουθεί τα κείμενα πολιτικών υγείας που συμφωνούνται στον Π.Ο.Υ. και λαμβάνει εμπειρογνωμοσύνη σε αρκετά θέματα, ενώ υποχρεούται κάθε φορά να ενσωματώνει στο εθνικό θεσμικό πλαίσιο τις νομοθεσίες που ψηφίζονται και δεσμεύουν όλες τις χώρες της Ε.Ε..

Στον τομέα των στατιστικών για την υγεία η Ελλάδα διαχρονικά δεν έχει καταφέρει να παράσχει ολοκληρωμένα και αξιόπιστα στοιχεία με αποτέλεσμα αρκετές ελλείψεις, ασυνέχειες ή και απουσία κυρίως δεδομένων για τη συχνότητα και την εμφάνιση νοσημάτων, ενώ σε καλύτερο επίπεδο βρίσκονται τα στοιχεία που αφορούν τη θνησιμότητα που εκδίδονται από την Ε.Λ.ΣΤΑ.Τ. (τα στοιχεία χαρακτηρίζονται ως χαμηλής ποιότητας από τον Π.Ο.Υ.).

Η Ελλάδα αποτελεί το μοναδικό παράδειγμα ανεπτυγμένης χώρας που ενώ πολύ έγκαιρα θεσμοθέτησε την υποχρεωτική καταγραφή των περιστατικών καρκίνου (ν. 3941/08-03-1959 «Περί οργανώσεως του Αντικαρκινικού αγώνος», όπου στα άρθρα 2 και 12 του νόμου αναφερόταν στην υποχρέωση των ιατρών να καταγράφουν κάθε νέο ασθενή με καρκίνο και να αποστέλλουν τα στοιχεία αυτά στα τοπικά υγειονομικά κέντρα, με στόχο τη μελέτη και την ανάλυση των στοιχείων που αφορούν τον καρκίνο, τον καθορισμό της φύσης και της έκτασης του προβλήματος, δεν έχει καταφέρει έως και τις μέρες μας να παράξει έργο στην απόδοση έγκυρων και επίσημων στοιχείων για τη συχνότητα της νόσου του καρκίνου (η IARC το 2014 αναφέρει δεν διαθέτει PBCR και απλά παρατηρείται κινητικότητα για το θέμα). Η αποτύπωση σε ευρωπαϊκό επίπεδο (εικόνα 4) δεν συμπεριλαμβάνει τη χώρα σε αυτές που διαθέτουν μητρώο και για στοιχεία που αφορούν τα νέα περιστατικά μπορεί κανείς να ανατρέξει μόνο σε αυτά που παράγονται από το πρόγραμμα Globocan της IARC που αποτελούν στατιστική προσέγγιση (χρησιμοποιούνται στοιχεία της θνησιμότητας στη χώρα από καρκίνο και συνδυάζονται με στατιστικά μοντέλα σε σχέση με τη συχνότητα από τα αρχεία της κεντρικής Σερβίας, της Βουλγαρίας και της Κύπρου).

Εικόνα 4. Χάρτης των μητρών καρκίνου στην Ευρώπη
Πηγή : http://eco.iarc.fr/eureg/LinksMap.aspx

Σκοποί και στόχοι

Έχοντας ως βασική παράμετρο την απουσία καταγραφής στην Ελλάδα των νέων περιστατικών καρκίνου, αποτελεί ιδιαίτερης σημασίας προσπάθεια να γίνει κάτι τέτοιο ακόμη και σε πολύ μικρότερο επίπεδο από ότι προσδιορίζει η αποτύπωση της γενικής κατάστασης της συχνότητας της νόσου του καρκίνου από ένα πληθυσμιακό ή περιφερειακό αρχείο. Η εντόπιση των νέων περιστατικών καρκίνου σε παθολογοανατομικά και κυτταρολογικά εργαστήρια, μπορούν να δώσουν ένα γρήγορο στιγμιότυπο του προφίλ των ασθενών με καρκίνο σε ένα συγκεκριμένο νοσηλευτικό ίδρυμα (σημειώνοντας παράλληλα το γεγονός πως η ιστολογική και η κυτταρολογική εξέταση αποτελούν τις πλέον αξιόπιστες ως προς τη διάγνωση του καρκίνου και είναι αναγκαίες σε όλες τις περιπτώσεις κατά τις οποίες στη συνέχεια χορηγείται επιπλέον θεραπεία), παράλληλα με το γεγονός πως το Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων αποτελεί νοσοκομείο αναφοράς για τη νόσο του καρκίνου στην ευρύτερη περιοχή της βορειοδυτικής Ελλάδας και την επιλογή ευρείας χρονοσειράς 5ετίας (1/1/2012 έως 31/12/2106) με μεγάλο αριθμό περι-

στατικών.

Η έρευνα κατέγραψε το σύνολο των νέων περιστατικών καρκίνου που επιβεβαιώθηκαν ιστολογικά ή κυτταρολογικά στο Π.Γ.Ν.Ι., ενώ για την ΄΄επιλογή΄΄ των νεοπλασμάτων προς καταγραφή ακολουθήθηκαν οι οδηγίες των περισσότερο οργανωμένων μητρώων καρκίνου της Ευρώπης και οι γενικές οδηγίες της ταξινόμησης κατά ICD0-3 (διεθνής ταξινόμηση για τον καρκίνο).

Στο επίπεδο των δημογραφικών δεδομένων κατεγράφησαν τα εξής: έτος διάγνωσης, μήνας διάγνωσης, το έτος γέννησης, η ηλικία κατά τη διάγνωση (δεν αποτελεί μόνο δημογραφικό στοιχείο αλλά και κλινικό – επιδημιολογικό στοιχείο), το φύλο, η εθνικότητα, το επάγγελμα, το ταμείο ασφαλιστικής κάλυψης και της διεύθυνσης κατοικίας (περιφέρεια, νομός, πόλη-χωριό).

Στα επιδημιολογικά και κλινικά στοιχεία πραγματοποιήθηκε καταγραφή των παρακάτω δεδομένων: την κλινική από την οποία προήλθε το τελικό δείγμα διάγνωσης, της συνήθειας του καπνίσματος (καπνιστής – μη καπνιστής – πρώην καπνιστής), της τοπογραφίας του νεοπλάσματος με βάση την κατηγοριοποίηση κατά ICD-10 και ICDO-3, τον τρόπο που έγινε η τελική διάγνωση (δηλαδή εάν πρόκειται για ιστολογική που προήλθε από βιοψία, ιστολογική, η οποία προήλθε από χειρουργική αφαίρεση, και κυτταρολογική, εάν το όργανο είναι αμφοτερόπλευρο και η πλευρά που εμπλέκετε ως πρωτοπαθής εντόπιση, της συμπεριφοράς του νεοπλάσματος (καλόηθες, in situ, κακόηθες-διηθητικό), του ιστολογικού τύπου του νεοπλάσματος (με στοιχεία pTNM στις ιστολογικές που αποτελούσαν χειρουργικές αφαιρέσεις του όγκου) και του βαθμού διαφοροποίησης του νεοπλάσματος.

Η στοχοθεσία της μελέτης περιλαμβάνει: την έρευνα των κατανομών των νέων περιστατικών καρκίνου σε σχέση με δημογραφικά δεδομένα, όπως το φύλο, την ηλικία, τον τόπο κατοικίας, τη μελέτη των παραμέτρων ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών, την ανάλυση της συνήθειας του καπνίσματος ως παράμετρος ανάπτυξης νεοπλασίας (παράμετρος η οποία έχει μελετηθεί σε πολλές έρευνες και αναφέρεται ως κύριος ανθρωπογενής παράγοντας ανάπτυξης καρκίνου) και την ΄΄επιβάρυνση΄΄ συγκεκριμένων επαγγελμάτων, την καταγραφή των ιστολογικών τύπων ανά τοπογραφία καθώς και δεδομένων σταδιοποίησης, σε σχέση με την απόσταση από το Π.Γ.Ν.Ι. και την τυχόν μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες Π.Φ.Υ. (π.χ. σταδιοποιήσεις καρκίνου του μαστού ή καρκίνων του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες με βάση τον τόπο κατοικίας, με σκοπό τον έλεγχο της πρωτογενούς πρόληψης για τις νόσους), τον έλεγχο της λειτουργίας του Π.Γ.Ν.Ι. ως τριτοβάθμιο νοσοκομείο αναφοράς (ειδικά για τον καρκίνο) και τα επίπεδα στα οποία πραγματοποιούνται θεραπείες χειρουργείων. Τα ανωτέρω στοιχεία συσχετίστηκαν και μεταξύ τους.

Υλικό και μέθοδος

Το βασικό υλικό που ανασκοπήθηκε για τις ανάγκες της έρευνας περιελάμβανε το σύνολο των εκθέσεων και των απαντήσεων που είχαν δοθεί από το παθολογοανατομικό και το κυτταρολογικό εργαστήριο του Π.Γ.Ν.Ι., το διάστημα από 1/1/2012 έως και 31/12/2016. Στις απαντήσεις υπάρχουν δημογραφικά και κλινικά δεδομένα τα οποία συνδυάστηκαν με τις πληροφορίες από τα ηλεκτρονικά συστήματα του νοσοκομείου (Ασκληπιός και Gi-clinic). Ο έλεγχος των τυχόν διπλοεγγραφών (διπλές ή μεγαλύτερες εγγραφές για νέο περιστατικό καρκίνου) πραγματοποιήθηκε με τον μοναδικό κωδικό ασθενούς που καταχωρείται σε κάθε ασθενή την πρώτη φορά που θα έρθει σε επαφή με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Έχοντας ως βασική παράμετρο της μελέτης την διερεύνηση της τοπογραφίας του καρκίνου και της συμπεριφοράς στα νέα περιστατικά που κατεγράφησαν, για την καταγραφή της πρωτοπαθούς εστίας και της ΄΄ποιότητας΄΄ της νόσου, πραγματοποιήθηκε κωδικοποίηση σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση Ογκολογικών Νοσημάτων – τρίτη έκδοση (International Classification of Diseases for Oncology, ICD-O3, 2000).

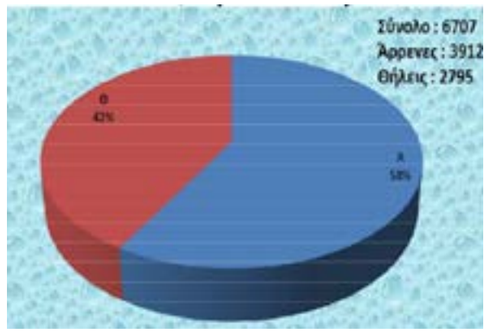
Για τη στατιστική ανάλυση και συσχέτιση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Excel του Microsoft Office 2010 και το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22, για τα οποία δόθηκε νόμιμη άδεια χρήσης και εγκατάστασης από το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Ιστορική Δημογραφία του Ιονίου Πανεπιστημίου.

Αποτελέσματα

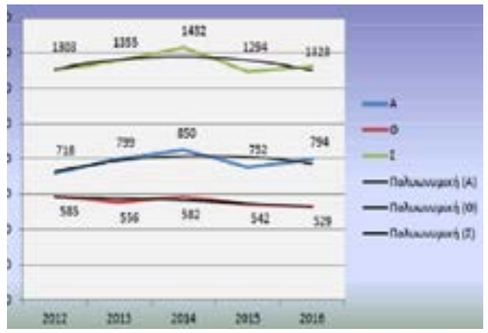
Στα πλαίσια της από κοινού διοργάνωσης ημερίδας στην πόλη της Κέρκυρας από την Ιατροχειρουργική Εταιρεία Κέρκυρας και το Μ.Π.Σ. Ιστορική Δημογραφία του Ιονίου Πανεπιστημίου στις 15/11/2017 παρουσιάστηκαν τα πρώτα δεδομένα της ανάλυσης των στοιχείων καταγραφής των νέων περιστατικών καρκίνου που επιβεβαιώθηκαν ιστολογικά και κυτταρολογικά στο Π.Γ.Ν.Ι. τα έτη 2012-2016

Δημογραφικά στοιχεία

Γράφημα 4. Ποσοστιαία κατανομή νέων περιστατικών καρκίνου ανά φύλο, 2012 – 2016, Π.Γ.Ν.Ι. (όλες οι εντοπίσεις)



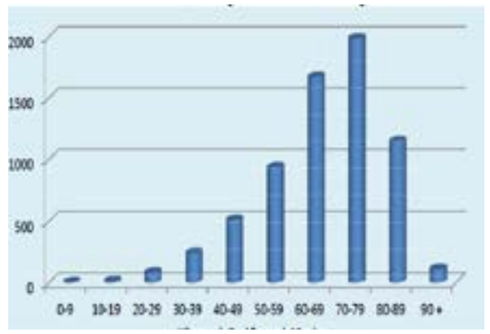
Γράφημα 4. Ποσοστιαία κατανομή νέων περιστατικών καρκίνου ανά φύλο, 2012 – 2016, Π.Γ.Ν.Ι. (όλες οι εντοπίσεις)



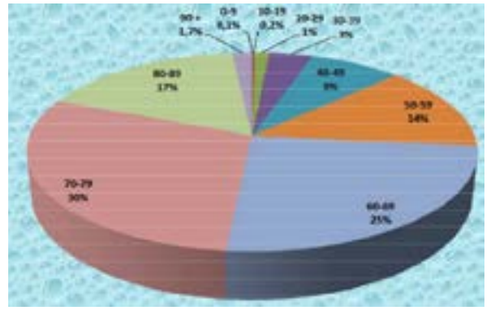
Γράφημα 5. Αριθμητική κατανομή νέων περιστατικών καρκίνου ανά έτος, ανά φύλο και συνολικά, Π.Γ.Ν.Ι. (όλες οι εντοπίσεις)

Οι κατανομές που αφορούν την παράμετρο του φύλου είναι υπέρ των ανδρών, τόσο στο σύνολο της χρονοσειράς προς εξέταση, όσο και ξεχωριστά ανά έτος. Συνολικά, σε 6.707 καταγεγραμμένους νέους καρκίνους, το 58% (3.912 άτομα) ήταν άνδρες και το 42% (2.795 άτομα) ήταν γυναίκες. Ανά έτος εξέτασης ο αριθμός των περιστατικών που αφορά τις γυναίκες παρουσιάζει μικρή πτώση από το έτος 2012 στο 2016, ενώ για τους άνδρες μικρή αύξηση, με τη μεγαλύτερη γι΄ αυτό το φύλο να αποτυπώνεται στα μέσα του χρόνου εξέτασης το έτος 2014. Η τάση είναι πτωτική για τις γυναίκες και αυξητική για τους άνδρες. Ο αριθμός συνολικά και για τα δύο φύλα ακολουθεί περίπου σταθερούς αριθμούς ανά έτος με αύξηση αυτού για το έτος 2014, επηρεαζόμενο κυρίως από τους αυξημένους καταγεγραμμένους αριθμούς στους άνδρες. Διαγραμματικά οι συνολικοί αριθμοί ακολουθούν περίπου παράλληλη πορεία με τους αριθμούς των αριθμών των ανδρών, καθώς αποτελεί το φύλο με τις εντονότερες αριθμητικές διακυμάνσεις σε σχέση και με την επικράτηση ως ποσοστό.

Το στοιχείο της ηλικίας κατά τη διάγνωση αποτελεί δημογραφικό δεδομένο, αλλά αποτελεί σημαντική παράμετρο στη νόσο του καρκίνου, τόσο για την πρόγνωση όσο και την επιλογή θεραπείας.



Γράφημα 6 Αριθμός νέων περιστατικών καρκίνου σε ηλικιακές κατηγορίες ανά 10ετία, 2012-2016, Π.Γ.Ν.Ι. (όλες οι εντοπίσεις)



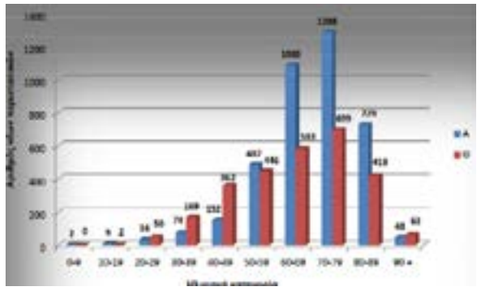
Γράφημα 7. Ποσοστά στις ηλικίες διάγνωσης καρκίνου ανά 10ετία, 2012-2016, Π.Γ.Ν.Ι. (όλες οι εντοπίσεις)

Από την παρουσίαση των στοιχείων στα γραφήματα 6 και 7 , προκύπτει πως οι νέες διαγνώσεις αφορούν τη μέση και κυρίως τις μεγάλες ηλικίες. Ο μεγαλύτερος όγκος παρουσιάζεται στις ηλικίες 60-79 ετών και μέσα σε αυτές στην ηλικιακή κατηγορία 70-79 ετών. Τα νέα περιστατικά στην κατηγορία 40-59 ετών κατέχουν μεγαλύτερο ποσοστό από την κατηγορία 80+, αλλά μέσα σε αυτές οι αριθμοί στις κατηγορίες 40-49 και 50-59 ετών υπολείπονται της κατηγορίας 80-89. Ο αριθμός αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας έως τα 80 έτη και στη συνέχεια οι αριθμοί πέφτουν (επηρεαζόμενοι από τα ποσοστά επιβίωσης). Σε επίπεδο ποσοστών στις ηλικιακές κατηγορίες ανα 10ετία το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στην ηλικία των 70-79 ετών (30%) και ακολουθούν με 25% 60-69 ετών, 17% 80-89 ετών, 14% 50-59 ετών και 8 % για την κατηγορία 40-49 ετών. Οι μικρότερες ηλικίες έχουν μικρά ποσοστά και λίγα νέα περιστατικά.

Στο γράφημα 8 παρουσιάζονται οι αριθμοί των νέων διαγνώσεων καρκίνου, συγκρίνοντας τις κατανομές σε κάθε ηλικιακή ομάδα σε σχέση με το φύλο. Στις παιδικές διαγνώσεις –αν και μικρές σε αριθμό- υπερέχουν τα αγόρια των κοριτσιών. Οι αριθμοί τόσο για τους άνδρες όσο και τις γυναίκες αυξάνονται όσο αυξάνεται η ηλικία, ακολουθώντας τις παρατηρήσεις που έγιναν στις προηγούμενες γραφικές παραστά-

σεις. Η σύγκριση μεταξύ των φύλων αποτυπώνει την υπεροχή του αριθμού των νέων διαγνώσεων στις ηλικιακές κατηγορίες 20-29,30-39,40-49 για τις γυναίκες, στην ηλικιακή κατηγορία 50-59 ετών οι αριθμοί περίπου ισοσκελίζονται (μικρή υπεροχή των ανδρών) και στη συνέχεια στις ηλικίες 60-89 ετών η υπεροχή των ανδρών είναι πολύ μεγάλη, ακολουθούμενη από υπεροχή των γυναικών στις πολύ μεγάλες ηλικίες άνω των 90 χρόνων (οι γυναίκες κατέχουν υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης).

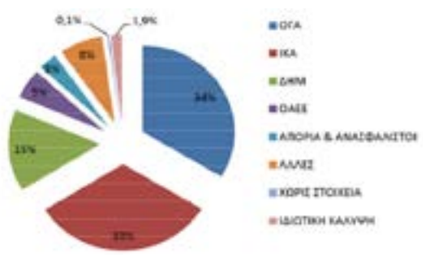
Η ανασκόπηση του στοιχείου της ασφαλιστικής



Γράφημα 8. Αριθμός νέων περιστατικών καρκίνου ανά φύλο και ηλικιακή κατηγορία 10ετίας, 2012-2016, Π.Γ.Ν.Ι. (όλες οι εντοπίσεις)

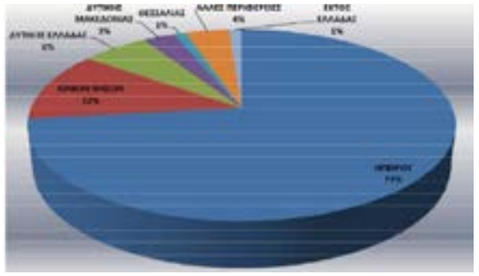
κάλυψης από τις ηλεκτρονικές κυρίως βάσεις του νοσοκομείου, παρέχουν -ακόμη και μετά την ενοποίηση των περισσότερων ταμείων στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.- αναλυτικά στοιχεία με βάση τον ασφαλιστικό οργανισμό, καθώς τα συστήματα του νοσοκομείου ακολουθούν την παλαιά ταξινόμηση των ταμείων σε συνδυασμό με την ενοποίηση.

Σε ποσοστό άνω του 80% οι νέοι ασθενείς με καρκίνο προερχόταν από τα τρία μεγάλα πρώην ταμεία της χώρας, τον Ο.Γ.Α., το Ι.Κ.Α. και το Δημόσιο. Αναλυτικά το 34% είχαν ασφάλεια Ο.Γ.Α., το 33% ασφάλιση Ι.Κ.Α. και το 15% ασφάλιση Δημοσίου. Τα ποσοστά στα υπόλοιπα ταμεία ήταν αρκετά μικρότερα (γράφημα 9).



Γράφημα 9. Ποσοστά νέων περιστατικών καρκίνου ανά ασφαλιστικό φορέα, 2012-2016, Π.Γ.Ν.Ι. (όλες οι εντοπίσεις)

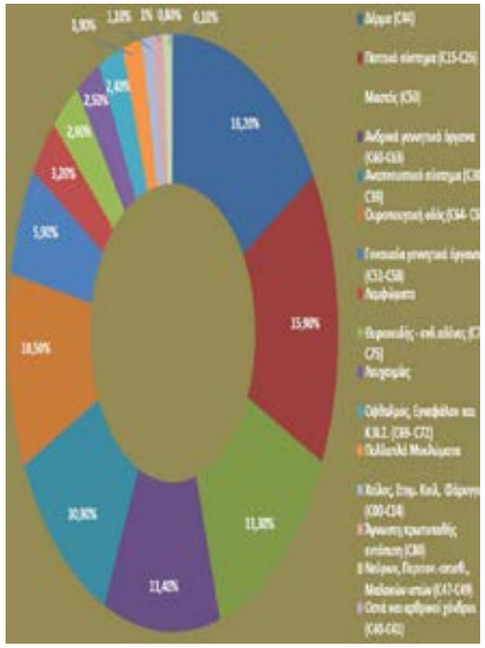
Η δημογραφική παράμετρος του τόπου κατοικίας αποτελεί δεδομένο με πλήρη καταγραφή στα πληροφοριακά συστήματα του νοσοκομείου. Οι γεωγραφικές κατανομές επεξεργάστηκαν με βάση την διοικητική διαίρεση της χώρας σε περιφέρειες και νομούς. Με βάση αυτή την επεξεργασία σε επίπεδο περιφέρειας (γράφημα 10), τα περιστατικά προήλθαν κατά κύριο λόγο από την Ήπειρο. Αναλυτικά τα κυριότερα ποσοστά κατέχουν η Ήπειρος 73%, τα Ιόνια Νησιά 12%, η Δυτική Ελλάδα 6% και η Δυτική Μακεδονία 3%.



Γράφημα 10. Γεωγραφικές ποσοστιαίες κατανομές ανά Περιφέρεια νέων διαγνώσεων καρκίνου, 2012-2016, Π.Γ.Ν.Ι. (όλες οι εντοπίσεις)

Τοπογραφία / Πρωτοπαθής εστία καρκίνων και νοσοκομειακά δεδομένα

Τα ποσοστά των νέων καρκίνων (γράφημα 11), ανά ομαδοποιημένη κατηγορία κατά ICDO-3 συνολικά για τη χρονοσειρά εξέτασης, παρουσιάζουν αναλυτικά τις εξής κατανομές (αριθμός περιστατικών και σε παρένθεση το ποσοστό): 1090 (16,20%) καρκίνοι του δέρματος, 1063 (15,90%) καρκίνοι του πεπτικού συστήματος, 891 (13,30%) καρκίνοι του μαστού, 768 (11,40%) καρκίνοι των ανδρικών γεννητικών οργάνων, 733 (10,90%) καρκίνοι του αναπνευστικού συστήματος, 703 (10,50%) καρκίνοι της ουροποιητικής οδού, 396 (5,90%) καρκίνοι των γυναικείων γεννητικών οργάνων, 216 (3,20%) λεμφώματα, 192 (2,90%) καρκίνοι του θυρεοειδούς και των ενδοκρινών αδένων, 168 (2,50%) λευχαιμίες, 159 (2,40%) καρκίνοι του εγκεφάλου – οφθαλμού – Κ.Ν.Σ., 130 (1,90%) πολλαπλά μυελώματα, 76 (1,10%) καρκίνοι του χείλους-στοματικής κοιλότητας-φάρυγγα, 66 (1,00%) άγνωστη πρωτοπαθής εντόπιση, 50 (0,80%) καρκίνοι μαλακών ιστών-νεύρων-περιτοναίου, 6 (0,10%) καρκίνοι των οστών-αρθρικών χόνδρων.



Γράφημα 11. Ποσοστιαία κατανομή νέων περιστατικών καρκίνου ανά ομαδοποιημένη κατηγορία κατά ICDO-3 - αιματολογικοί καρκίνοι, 2012-2016, Π.Γ.Ν.Ι. (και τα δύο φύλα)

Στον πίνακα 2, οι κατανομές των νέων περιστατικών ποσοτικοποιούνται ανά φύλο (μέσα στη κάθε μεγάλη κατηγορία). Στις ομάδες κατηγοριών που αφορά τους καρκίνους του χείλους-στοματικής κοιλότητας-φάρυγγα, τους καρκίνους των μαλακών ιστών-νεύρων-περιτοναίου, τους καρκίνους της ουροποιητικής οδού, οι άνδρες υπερέχουν των γυναικών σε ποσοστά από 70-80%. Στην ομάδα των καρκίνων του αναπνευστικού συστήματος η κατανομή είναι υπέρ των ανδρών με ποσοστό άνω του 90%, ενώ υπεροχή υπέρ αυτών παρουσιάζεται και στις ομάδες πεπτικό σύστημα, δέρμα, τα λεμφώματα και τις λευχαιμίες. Τα νέα περιστατικά καρκίνου στις ομάδες των καρκίνων του μαστού και του θυρεοειδούς-ενδοκρινών αδένων είναι τα μοναδικά στα οποία οι κατανομές των γυναικών υπερέχουν έναντι αυτών των ανδρών (για τον καρκίνο του μαστού τα ποσοστά διαμορφώνονται σε 99,2% και 0,8% αντιστοίχως).

Στον τελευταίο πίνακα (3) της παρουσίασης των πρώτων αποτελεσμάτων της μελέτης αποτυπώνονται τα ποσοστά που λαμβάνουν οι 8 κυριότεροι νομοί (σε επίπεδο απόδοσης αριθμού νέων περιστατικών καρκίνου), η Αλβανία (τόπος κατοικίας) και το σύνολο των άλλων περιοχών, σε επιλεγμένες τοπογραφίες (με βάση τον αριθμό νέων περιστατικών και τη ΄΄σοβαρότητα΄΄ της νόσου), για σύγκριση με τις συνολικές αντίστοιχες κατανομές νέων διαγνώσεων. Από την παρουσίαση προκύπτουν τα εξής : α) για το νομό Ιωαννίνων παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά για τον καρκίνο

ΜΕΓΑΛΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ICD-03	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΡΡΕΝ		ΘΗΛΥ	
		Αριθμός	% στην Κατηγορία	Αριθμός	% στην Κατηγορία
Χείλος, Στομ. Κοιλ, Φάρυγγας (C00-C14)	76	63	82,9%	13	17,1%
Πεπτικό σύστημα (C15-C26)	1063	685	64,5%	378	35,5%
Αναπνευστικό σύστημα (C30-C39)	733	666	90,8%	67	9,1%
Οστά και αρθρικοί χόνδροι (C40-C41)	6	2	33,3%	4	66,7%
Δέρμα (C44)	1090	653	59,9%	437	40,1%
Μεσώριο, Περιτόν.-οπισθ. Μαλακών ιστών (C47-C49)	50	35	70,0%	15	30,0%
Μαστός (C50)	891	7	0,8%	884	99,2%
Ουροποιητική οδός (C64-C68)	703	587	83,5%	116	16,5%
Οφθαλμός, Εγκεφάλου και Κ.Ν.Σ. (C69-C72)	159	80	50,3%	79	49,7%
Θυρεοειδής - ενδ.αδένες (C73-C75)	192	45	23,4%	147	76,6%
Άγνωστη πρωτοπαθής εντόπιση (C80)	66	29	43,9%	37	56,1%
Λεμφώματα	216	127	58,8%	89	41,2%
Λευχαιμίες	168	101	60,1%	67	39,9%
Πολλαπλούν Μυελώματα	130	65	50,0%	65	50,0%

Πίνακας 2. Αριθμητική κατανομή νέων περιστατικών καρκίνου ανά ομαδοποιημένη κατηγορία κατά ICDO-3 - αιματολογικοί καρκίνοι, ανά φύλο και ποσοστά των φύλων μέσα στην κατηγορία, 2012-2016, Π.Γ.Ν.Ι.

ΝΟΜΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ*	C00*	C01-C02*	C04*	C09*	C50-C50*	C70-C72*
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	42,3%	72,4%	49,6%	57,2%	43,8%	33,8%	45,4%
ΑΡΤΑΣ	12,2%	3,8%	9,3%	11,1%	11,8%	10,8%	8,8%
ΠΡΕΒΕΖΑΣ	11,2%	9,9%	11,6%	13,2%	11,8%	9,3%	7,2%
ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	10,3%	5,6%	11,6%	9,8%	16,8%	6,3%	18,4%
ΛΕΥΚΑΔΑΣ	7,8%	4,8%	7,2%	4,8%	5,8%	14,8%	5,8%
ΑΙΤΩΛΟΑΚ	6,8%	4,8%	7,2%	5,8%	5,8%	7,3%	3,8%
ΚΕΡΚΥΡΑΙΑΣ	6,8%	3,8%	4,3%	3,8%	4,8%	4,3%	3,8%
ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	1,8%	0,3%	1,2%	0,9%	1,8%	1,3%	3,8%
ΓΡΕΒΕΝΩΝ	1,8%	0,9%	1,2%	0,9%	2,8%	2,3%	1,8%
ΑΛΛΟΙ	4,8%	6,8%	5,3%	13,3%	6,8%	12,8%	12,3%

Πίνακας 3. Ποσοστιαίες κατανομές ανά νομό και περιοχή σε επιλεγμένες τοπογραφίες καρκίνου και συνολικά, 2012-2016, Π.Γ.Ν.Ι

του στομάχου, του εγκεφάλου και τους ορθοκολικούς καρκίνους, ενώ για τον καρκίνο του πνεύμονα και των γυναικείων γεννητικών οργάνων τα ποσοστά είναι χαμηλότερα από αυτά της συνολικής κατανομής, β) οι κάτοικοι Αλβανίας έχουν υψηλά ποσοστά στους καρκίνους του στομάχου (4,9 σε σχέση με το 1% στη συνολική καταγραφή) και μεγαλύτερες κατανομές στον καρκίνο του μαστού και των γυναικείων γεννητικών οργάνων, με τις υπόλοιπες τοπογραφίες να έχουν

χαμηλότερα ποσοστά, γ) για τον νομό Πρέβεζας τα περισσότερο αυξημένα ποσοστά και οι μεγαλύτερες προς τα άνω διαφορές παρατηρούνται στον καρκίνο του πνεύμονα, για την Θεσπρωτία στα νεοπλάσματα του εγκεφάλου, για την Κέρκυρα στους γυναικολογικούς καρκίνους και για την Κοζάνη στις εστίες του εγκεφάλου και του γυναικολογικού συστήματος, δ) οι χαμηλότερες κατανομές σύγκρισης παρατηρούνται στον πνεύμονα, τον στόμαχο και τον εγκέφαλο για την Κέρκυρα, τον στόμαχο για το νομό Κοζάνης και τον εγκέφαλο για το νομό Αιτωλοακαρνανίας και Λευκάδας.

Συμπεράσματα

Από την ανάλυση των πρώτων δεδομένων που συλλέχθηκαν, το σκοπό, τα αποτελέσματα και τα γενικά στοιχεία της μελέτης, προκύπτουν τα κάτωθι συμπεράσματα:

- Οι αριθμοί των νέων διαγνώσεων καρκίνου στο Π.Γ.Ν.Ι. παρουσίασαν σχετική σταθερότητα για τα έτη εξέτασης με τις γενικές κατανομές να είναι υπέρ των ανδρών και των μεγάλων ηλικιών. Οι άνδρες, με βάση τα στοιχεία της έρευνας, μπορεί να κατέχουν μεγαλύτερα ποσοστά στις νέες διαγνώσεις, ο γυναικείος όμως πληθυσμός αυτής νοσεί σε νεότερες ηλικίες (ιδιαίτερη κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση) .
- Οι νέες διαγνώσεις καρκίνου για το νοσοκομείο περιλαμβάνουν ασθενείς όλων των ασφαλιστικών κατηγοριών με κυριότερες τις κατανομές στα μεγαλύτερα πρώην ταμεία της χώρας. Σε επίπεδο χωρικής κατανομής και προέλευσης των νέων περιστατικών, αποδεικνύεται η σημαντικότητα του νοσοκομείου για την ευρύτερη βορειοδυτική Ελλάδα ως κυρίως ίδρυμα παροχής τριτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, μιας και για τη νόσο του καρκίνου δέχεται περιστατικά από όλη την ευρύτερη περιοχή. Οι μεγαλύτερες κατανομές παρουσιάζονται στο νομό της έδρας του νοσοκομείου.
- Η βάση δεδομένων για τη χρονοσειρά εξέτασης μπορεί να λειτουργήσει ως παθολογοανατομικό μητρώο καταγραφής του καρκίνου για το νοσοκομείο. Τα στοιχεία που αφορούν την τοπογραφία της νόσου δείχνουν στις πρώτες πέντε θέσεις τους καρκίνους μαστού, προστάτη, πνεύμονα, παχέως εντέρου και ουροδόχου κύστης (εξαιρώντας την τοπογραφία του δέρματος). Οι κατανομές ανά νομό και περιοχή παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις σχετικά με τα ποσοστά σε ειδικές τοπογραφίες καρκίνου.
- Το αρχείο που δημιουργήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή μπορεί να αποτελέσει τη βάση για τη λειτουργία νοσοκομειακού μητρώου καταγραφής του καρκίνου για το Π.Γ.Ν.Ι. αλλά και το ξεκίνημα σε επίπεδο στοιχείων και μεθοδολογίας ενός μητρώου σε πληθυσμιακή βάση.

Η λειτουργία μητρώων (ηλεκτρονικών) για τις ασθένειες αποκτούν καθημερινά ευρύτερες αποδοχές καθώς μπορεί να γίνουν τα εργαλεία τεκμηρίωσης της νοσολογίας του πληθυσμού και της βέλτιστης κατανομής πόρων στο σύστημα υγείας.

New Cancer Facts at the University General Hospital of Ioannina in the years 2012 to 2016, Histopathological / Cytological and Demographic Data

Konstantinos Daskalou
Konstantinos Tsiamis
Maria Mandila- Kousouni
Demitrios Anogiatis-Pele

Summary

Nowadays non-communicable diseases play a leading role to human mortality and morbidity worldwide and in Greece. Cancer is the second cause of such diseases, and consists the main burden at an individual and social level, considering its overall burden. Besides the importance of statistics on cancer mortality, it is also significant to record the new cases of cancer within the population in order to control it.

This work reviewed all the pathological and cytological records of the hospital within the last five-years, in order to overview and analyzes the demographic and epidemiological data of the disease, in relation to the pathological tumor records. The coding of primary-cancers and morphological data was based on ICDO-3, which is the proper classification tool for cancer registers.

Our analysis indicates that men exhibit the highest rates, while the new incidents overall follow a constant number of diagnoses per year. The new incidents appear mainly in the prefecture of Ioannina and generally in the Epirus region. The age distribution shows higher incidents for older people, while women show significant new incidents at middle age too. The main cancer groups (excluding skin cancer) were cancers in the digestive tract (15.9%), the breast (13.3%), the male genital organs (11.4%), the respiratory system (10.9%), and the urinary tract (10.5%).

Therefore the cancer registry system at a population level may be improved and supplemented by including individual records at a hospital level. The present database for this time period may constitute the first attempt for further analysis.

Key-words: Health Demography, Epidemiological Transition, Non-Communicable Diseases, Cancer, Cancer registry.

Βιβλιογραφία

1. ΕΛΣΤΑΤ , Δελτίο Τύπου, Αιτίες θανάτου έτους 2014, 2016.
2. WHO , Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals, 2015.
3. WHO, Not merely the absence of disease, Twelfth General Programme of Work, 2014.
4. WHO/ IARC, Data visualization tools that present current national estimates of cancer incidence, mortality, and prevalence, http://gco.iarc.fr/today/home (τελευταία πρόσβαση 10/11/2017).
5. IARC, Cancer Epidemiology: Principles and Methods , The role of cancer registries, chapter 17, Lyon, France, 1999; pp 386.
6. American Cancer Society Global Cancer Facts & Figures, 3rd Edition, Atlanta, USA, 2015.
7. American Cancer Society, The Cancer Atlas,http://canceratlas.cancer.org/ (τελευταία πρόσβαση 10/11/2017).
8. Andersson K, Bray F, Arbyn M et al. , The interface of population-based cancer registries and biobanks in etiological and clinical research –current and future perspectives, Acta Oncologica, 2010; 49(8): 1227-34.
9. Anttila A, Lonnberg S, Ponti A et al. , Towards better implementation of cancer screening in Europe through improved monitoring and evaluation and greater engagement of cancer registries. European Journal of Cancer, 2015; 51: 241-51.
10. Brewster DH, Coebergh, JW, Storm HH , Population-based cancer registries: the invisible key to cancer control, The Lancet Oncology, 2005; 6(4): 193-5.
11. European Network of Cancer Registries (ENCR) , Recommendations for a Standard Dataset for the European Network of Cancer Registries, 2005.
12. Ferlay J, Steliarova- Foucher E, Lortet- Tieulent J. et al. , Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012, European Journal of Cancer 2013; 49(6): 1374-1403.
13. IARC, Planning and Developing Population-Based Cancer Registration in Low- and Middle-Income Settings, Technical Publication No. 43., 2014.
14. Keown RE , The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics, American Journal of Lifestyle Medicine, 2009; 3(1): 19–26.
15. Omran AR, The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change, Milbank Memorial Fund Quarterly, 1971; 49 : 509–38.
16. Parkin DM, The evolution of the population-based cancer registry, Nature Reviews Cancer, 2006; 6: 603-12.
17. Parkin DM, The role of cancer registries in cancer control, International Journal of Clinical Oncology, 2008; 13 (2): 102–11.
18. The Union for International Cancer Control (UICC), Cancer Registries, Why, what and how?,https://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/UICC%20Cancer%20Registries-%20why%20what%20how.pdf (τελευταία πρόσβαση 10/11/2017).
19. WHO , First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Non communicable Disease Control, MOSCOW DECLARATION PREAMBLE, Moscow, 28-29 April 2011, 2011.
20. WHO, International classification of diseases for oncology (ICD-O) – 3rd edition, 1st revision, 2013.
21. WHO Regional Office for Europe, Greece-Profile of Health and Well-being, 2016.
22. WHO/ IARC , World Cancer Report, ed. Stewart B.W., and Wild C.P., Lyon, France, 2014.
23. Κουρέα-Κρεμαστινού Τ, Μετάβαση Υγείας «Το Σύγχρονο Σκηνικό», ΕΣΔΥ, www.edypy.gr/site/files/Kremastinou_Tzeni.pdf (τελευταία πρόσβαση 10/11/2017).
24. Νόμος 3941/08-03-1959, (άρθρα 2 & 12).
25. Χαραλάμπους Α., Ρούσου Έ, Οι παράγοντες που συνέβαλαν στην «επιδημιολογική μετάβαση» και οι επιπτώσεις της παραπάνω τάσης στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2010; 27(6): 976-83.

Νοσοκομείο Σωτηρία», 1946-1950: Η Ελλάδα του Εμφυλίου μέσα από το δημογραφικό προφίλ των τοτινών ασθενών του.

Χριστίνα Παπαβλασοπούλου
Εκπαιδευτικός, Υποψήφια Διδάκτορας Ιονίου Πανεπιστημίου

Λέξεις-κλειδιά
Φυματίωση, Ελλάδα, Εμφύλιος Πόλεμος, Σανατόριο «Σωτηρία»

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:
Χριστίνα Παπαβλασοπούλου
697097324
E-mail: kristapapa@gmail.com

Περίληψη

Η φυματίωση είναι λοιμώδες μεταδοτικό νόσημα που προκαλείται από το μικρόβιο που ονομάζεται μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Η παρουσία της στο χρόνο είναι ταυτόχρονη με αυτήν του ανθρώπου, για αυτό και οι ιστορικές κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις της είναι σημαντικές. Από τη μάστιγα αυτή δεν ξέφυγε η Ελλάδα των δύο προηγούμενων αιώνων, καθιστώντας τον αντιφυματικό αγώνα αναπόσπαστο τμήμα της ιστορίας της στα νεότερα χρόνια, πασχίζοντας να θεραπεύσει ένα ιατρικό σε πρώτο επίπεδο πρόβλημα, το οποίο απηχούσε τις υγειονομικές ανεπάρκειες της χώρας, αναδείκνυε, όμως, τη βαθύτερη κοινωνική, πολιτική και οικονομική παθογένεια της ελληνικής κοινωνίας και το μέγεθος της ουσιαστικής της πολιτιστικής ένδειας.

Όποιος γλυτώνει από ένα δάκρυ έναν άνθρωπο,
υψώνει ένα μέτρο το μπόι της ανθρωπότητας
Γιάννης Ρίτσος

Ο εικοστός αιώνας υπήρξε ο πιο δημιουργικός και συνάμα ο πιο καταστροφικός στην ιστορία της ανθρωπότητας. Δημιουργικός ήταν, γιατί κατά τη διάρκειά του ο άνθρωπος κατέκτησε το χώρο της οικονομίας και της επιστήμης. Καταστροφικός, γιατί η γιγάντωση του ολοκληρωτισμού οδήγησε στους πιο μεγάλους πολέμους, στους οποίους εξοντώθηκαν και σκοτώθηκαν περισσότεροι άνθρωποι από όσους είχαν σκοτωθεί ποτέ σε πολέμους στην τελευταία τουλάχιστον χιλιετία.

Η μετακατοχική και εμφυλιακή Ελλάδα αναπτύχθηκε με δύο όψεις: στη θετική της όψη παρατηρήθηκε επαγγελματική και οικονομική κινητικότητα με αύξηση των μισθωτών, βιομηχανικών, τουριστικών, οικοδομικών και επαγγελματοβιοτεχνικών επαγγελμάτων. Παράλληλα, παρασχέθηκε εξωτερική βοήθεια με τη μορφή αποστολών εφοδίων και ειδών πρώτης ανάγκης από τον Ερυθρό Σταυρό ήδη από το 1942 και βοήθειας υλικής και στρατιωτικής από τις συμμαχικές οργανώσεις αρωγής, την αγγλική Εμ-Ελ και την αμερικανική UNRA. Πολύ σημαντικές υπήρξαν και οι ιατρικές πρόοδοι στον αντιφυματικό αγώνα, όπως η ανακάλυψη στα 1943-1944 νέων δραστικών αντιφυματικών φαρμάκων, της στρεπτομυκίνης, του PAS, τα οποία, χορηγούμενα στο νοσοκομείο στα 1947-1949, θα συμβάλλουν σημαντικά στη βράχυνση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών και η από το 1948 ανάπτυξη της χειρουργικής της φυματίωσης (θωρακοπλαστική, πνευμονεκτομές) στο «Σωτηρία, με επικεφαλής τον ιατρό Ν. Τσούτη.

Την αρνητική της όψη περιέγραψαν ο Β' Παγκόσμιος Πόλεμος, η τριπλή ξενική κατοχή και οι εσωτερικές διενέξεις που κατέληξαν στον εμφύλιο πόλεμο των ετών 1946-1949, γεγονότα που κατερείπωσαν τη χώρα σε άψυχο και έμψυχο υλικό, τη στέρησαν από ιδανικά και αξίες και επηρέασαν αρνητικά την οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας. Συγκεκριμένα, στον οικονομικό τομέα σημειώθηκε μείωση της αγροτικής παραγωγής μεγαλύτερη του 70%, ενώ κατά τη διάρκεια του εμφυλίου οι αγροτικοί πληθυσμοί υπέστησαν καθεστώς τρομοκρατίας. Έτσι, παρατηρήθηκε μετακίνησή τους προς τις πόλεις, με άμεσα αποτελέσματα την πυκνοκατοίκηση στις πόλεις, την ανεργία, τον υποσιτισμό, την έξαρση ασθενειών μεταδοτικών, κυρίως της φυματίωσης και της ελονοσίας. Ακόμα, η ναυτιλία είχε απώλειες πάνω από 73%, ο πληθωρισμός διογκώθηκε, ενώ μειώθηκαν οι εξαγωγές και αυξήθηκαν οι εισαγωγές. Η είσοδος ξένων ιδιωτικών κεφαλαίων θα είναι η αφετηρία της ανασυγκρότησης, αφενός, της χώρας, αλλά και η εναρκτήρια πράξη στην εποχή της οικονομικής και πολιτικής της χειραγώγησης. Καθώς ελάχιστα από αυτά τα κεφάλαια χρησιμοποιήθηκαν παραγωγικά, αφού ένα μεγάλο μέρος τους κάλυψε τις στρατιωτικές δαπάνες του εμφυλίου, η οικονομία της εποχής θα διαμορφώσει ένα παρασιτικό χαρακτήρα, καταναλωτικό και μη παραγωγικό. Στον πολιτικό τομέα, η επιβολή της «νόμιμης» κρατικής βίας σε όλα τα επίπεδα θα δημιουργήσει καθεστώς πολιτικών δικαιωμάτων και υποχρεώσεων άνισα κατανεμημένων, στον οποίο οι ισχυροί όλων των μορφών έγιναν ισχυρότεροι.

Αυτή η διαμορφωθείσα πολιτική, οικονομική και κοινωνική κατάσταση της χώρας επηρέασε άλλοτε θετικά και άλλοτε αρνητικά την εξελικτική πορεία της ασθένειας της φυματίωσης στην ελληνική κοινωνία.

Η φυματίωση (Tuberculosis), φθίση ή φθόη κατά τον Ιπποκράτη, που σημαίνει λιώσιμο του σώματος, υπήρξε μία από τις πιο διαδεδομένες στο χωροχρόνο λοιμώδεις νόσους. Πιστεύεται ότι οφείλεται σε πρωτόγονους μικροοργανισμούς στα πλαίσια του γένους του Μυκοβακτηριδίου, κάποιο είδος των οποίων πιθανολογείται να πέρασε ως φορέας στα ζώα, και μέσω των κατοικίδιων ζώων να μεταφέρθηκε στον άνθρωπο, ενοχοποιούμενο για τη νόσο της φυματίωσης.

Η νόσος εξαπλώθηκε στην πρωτο-εκβιομηχανισμένη Ευρώπη κατά τους 17ο και 18ο αιώνα, καθώς η υψηλή πυκνότητα πληθυσμού στις πόλεις της και οι υποτυπώδεις έως ανύπαρκτες υγειονομικές δομές τους θα δώσουν στη νόσο επιδημική μορφή με διάρκεια διακοσίων ετών και θα μείνει γνωστή στην ιστορία ως η «Μεγάλη Λευκή Πληγή». Μέχρι και το τέλος του 18ου αιώνα για την αντιμετώπισή της εφαρμόζονταν συμπτωματικές μόνο θεραπείες, ενώ οι ευρωπαϊκοί πληθυσμοί –εξαιτίας της πνευματικής τους ένδειας κυρίως στις ασθενέστερες κοινωνικές τάξεις - θεωρούσαν την ασθένεια θεόσταλτη δοκιμασία του σώματος, μέσα από την οποία θα οδηγηθεί ο άνθρωπος στην ηθική και πνευματική τελείωση. Στο 19ο αιώνα πλέον, όταν είχε συντελεσθεί η βιομηχανική επανάσταση και όταν πλέον η φυματίωση είχε γίνει κοινωνική μάστιγα, τότε η ιατρική επιστήμη θα ενσκήψει με σοβαρότητα στην επιστημονική αντιμετώπιση της · τότε κάθε πολιτικός φορέας, με συναίσθηση ευθύνη, θα ξεκινήσει τον αντιφυματικό αγώνα, μέσω της εκπόνησης προγραμμάτων με στόχο την απομόνωση των ασθενών και την αποφυγή, μέσα από την πρόληψη, της μετάδοσής της. Από τα μέσα, μάλιστα, του 19ου αιώνα, ο Γερμανός ιατρός Hermann Brehmer εισηγήθηκε την ιδέα της «στέγασης» της φυματίωσης σε ένα δικό της, «άνοσο» τόπο, με καθαρό αέρα, -μόνο τα ορεινά μέρη ενδεικνύονταν-το σανατόριο, ένα είδος «λουτρόπολης των βουνών», ενώ προς το τέλος του 19ου αιώνα, ο Robert Koch αναγνώρισε τον βάκιλο που προκαλεί τη φυματίωση.

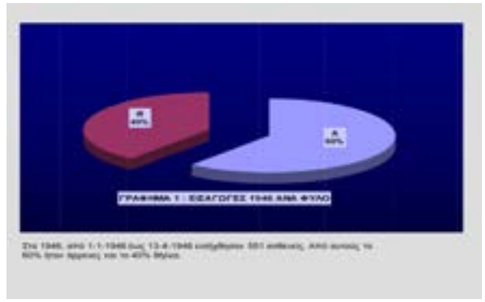
Το Νοσοκομείο «Σωτηρία», το πρώτο σανατόριο στην Ελλάδα, ιδρύεται στις αρχές του 20ου αιώνα, με πρωτοβουλία της Σοφίας Σλήμαν, σε οικόπεδο 600 στρεμμάτων της Ι. Μονής Πετράκη, «μακράν των Αθηνών», «ΒΑ της θέσεως Γουδή» και εγκαινιάσθηκε από τη βασίλισσα Όλγα το 1905.

Αρχικά, το κτιριακό συγκρότημα του νοσοκομείου, αποτέλεσαν περίπτερα, ξεχωριστά δηλ κτήρια, ώστε να αποφεύγεται η μετάδοση των μικροβίων. Από τη δεκαετία του 1930 θα ανεγερθεί νέο κτίριο. Η ίδρυση του νοσοκομείου αρχικά ήταν αποτέλεσμα της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Από το τέλος της πρώτης δεκαετίας του 20ου αιώνα θα αρχίσει και η κρατική χρηματοδότηση του. Στην περίοδο 1919-1936 το νοσοκομείο μετατρέπεται σε άσυλο, η θνησιμότητα αυξάνεται και το νοσοκομείο «Σωτηρία» θα γίνει τόπος θανάτου για χιλιάδες ζωές, σε ξύλινα «συμμαχικά» παραπήγματα, σε τσίγκινες παράγκες του στρατού, τα «ντέκερ», σε αυτοσχέδιες καλύβες και μέσα σε λαγούμια. Στα 1936 το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, με επικεφαλής τον καθηγητή της Ιατρικής σχολής Μαρίνο Γερουλάνο και ως γενικό Διευθυντή τον Κερκυραίο ιατρό Μάνθο Μεταλληνό, θα εγκαινιάσουν την εποχή του διοικητικού εξορθολογισμού και της ανάπτυξης του νοσοκομείου, με τη μετατροπή του από άσυλο σε Φυματιολογικό Κέντρο περίθαλψης και θεραπείας των φυματικών ασθενών. Μετά την κατοχή όμως, το νοσοκομείο επανήλθε στην προπολεμική του άθλια κατάσταση.

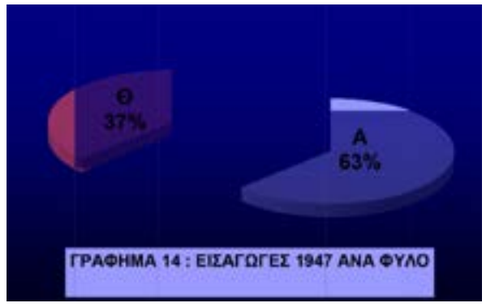
Στα 1946-1948 ο αριθμός των κλινικών του νοσοκομείου ήταν 15. Στα έτη αυτά το ίδρυμα αντιμετώπισε πρόβλημα υπεράριθμων νοσηλευόμενων, εξαιτίας της διακοπής της λειτουργίας πολλών επαρχιακών

σανατορίων, λόγω του εμφυλίου πολέμου και τη μαζική , κατά συνέπεια, μετακίνηση των φυματικών στην Αθήνα, με διαθέσιμες κλίνες 1992 και αριθμό ασθενών 2070. Ο αριθμός αυτός αυξήθηκε σε 2.170 στα τέλη του 1948, καθώς προστέθηκε υποχρεωτικά στον ασθενή νοσηλευόμενο πληθυσμό του νοσοκομείου, με απόφαση του Υπουργού της Υγιεινής, ομάδα 100 ατόμων από στρατιώτες, που είχαν νοσήσει στον εμφύλιο πόλεμο αυτή τη διετία. Η νοσηλευτική κίνηση των ασθενών του νοσοκομείου αυτήν την περίοδο αποτυπώθηκε στα γραφήματα 1,2,3.

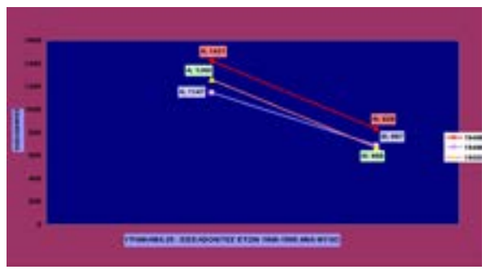
Στα έτη 1948-1950 παρατηρείται μείωση του αριθμού των εισαγωγών στο νοσοκομείο «Σωτηρία, τόσο για τους άρρενες, όσο και για τα θήλεα.



Γράφημα 1: Εισαγωγές 1946 ανά φύλο



Γράφημα 2: Εισαγωγές 1947 ανά φύλο
Διαθέσιμο αρχείο: 29/5/1947 - 31/12/1947. Στην περίοδο αυτή καταγράφηκαν 1.150 εισαγωγές ασθενών.



Γράφημα 3: Εισελθόντες Ετών 1948 - 1950 ανά φύλο

Η μείωση της νοσηρότητας στην τριετία αυτή μπορεί να αιτιολογηθεί από την εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρόληψης της νόσου, όπως ο μαζικός αντιφυματικός εμβολιασμός με το εμβόλιο BCG παιδιών και εφήβων ηλικίας από 1-18 ετών και ομάδες υψηλού κινδύνου σε νοσοκομεία, σανατόρια και φυλακές, ο οποίος πραγματοποιήθηκε σε όλη τη χώρα από τον Απρίλιο του 1948 έως και το τέλος του 1951, η σταδιακή αύξηση των παροχών σε είδος από το ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων με επισκέψεις σε ιατρεία και στο σπίτι, μικροβιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις, νοσοκομειακή περίθαλψη, ειδικά σανατοριακή.

Ως προς την ηλικία των εισελθόντων ασθενών υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας υπολογίσθηκαν στις παραγωγικές ηλικίες μεταξύ 16-40 ετών, τόσο στους άρρενες, όσο και στα θήλεα, στις ηλικίες δηλαδή τόσο της δράσης για το καθένα από τα φύλα, όσο και της μεταξύ τους διάδρασης.

Πίνακας 1: Ηλικιακές ομάδες εισελθόντων 1946-1950 ανά έτος και φύλο σε ποσοστό %

Σχετικά με την επίπτωση της νόσου στις επαγγελματικές κατηγορίες των αρρένων ασθενών παρατηρήθηκε ότι οι ελεύθεροι επαγγελματίες, οι τεχνίτες, ο μαθητικός και φοιτητικός κόσμος, οι εργάτες, οι αγρότες-κτηνοτρόφοι και οι υπάλληλοι απετέλεσαν τον κύριο όγκο των εισελθόντων ασθενών στα 1946-1950. Αυτό αποτυπώνεται στον πίνακα 2.

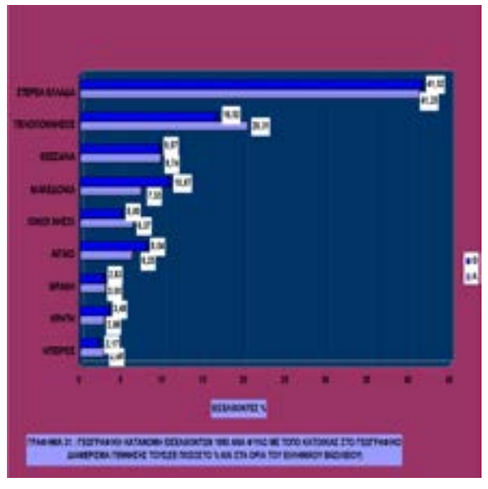
Πίνακας 2: Άρρενες εισελθόντες κατά επάγγελμα 1948 -1950

Τα θήλεα ενεργοποιούνται πολύ λιγότερο στο επαγγελματικό περιβάλλον της εποχής, καθώς ο κύριος όγκος τους κινείται στο χώρο των οικιακών, ενώ μία πολύ περιορισμένη παρουσία έχουν στον σπουδάζοντα πληθυσμό της εποχής, σε υπαλληλικές θέσεις και ως εργατικό δυναμικό, όπως διαφαίνεται καθαρά στον πίνακα 3.

Πίνακας 3: Θήλεα εισελθόντα κατά επάγγελμα 1948 -1950

Σχετικά με τον επιπολασμό της νόσου στα όρια του ελληνικού βασιλείου στα 1946-1950 υψηλότερη σε ποσοστά νοσηρότητα εμφανίζεται στις πυκνοκατοικημένες περιοχές της χώρας, Στερεά Ελλάδα, Πελοπόννησο, Θεσσαλία και Μακεδονία και κυρίως στα αστικά κέντρα τους, στα οποία φαίνεται να έχουν μετοικήσει από ορεινές, κυρίως, περιοχές. Μικρότερη φαίνεται η επίπτωση της νόσου στη Θράκη, την Ήπειρο, τα Ιόνια νησιά και την Κρήτη. Ενδεικτικό παράδειγμα μας δίνει το γράφημα4.

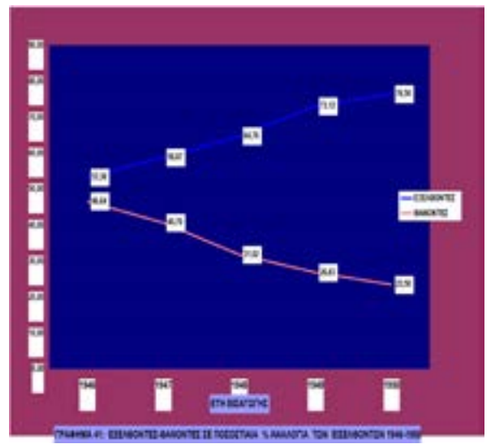
Η γαμηλιότητα, όσο και η γονιμότητα και στα δύο φύλα, στην εξετασθείσα περίοδο, εμφανίζονται συρρικνωμένες, λόγω της ανασφάλειας που προκαλούσαν οι συνθήκες της εποχής. Συγκεκριμένα, στα έτη 1948-1950 από τους άρρενες το 58,41% ήταν άγαμοι και το 38,07% έγγαμοι. Από τα θήλεα αντίστοιχα το 55,43% ήταν άγαμο και το 35,63% έγγαμο. Αντίστοιχα, στα ίδια έτη στους έγγαμους παρατηρείται ή ατεκνία ή ολιγοτεκνία, με μέσο όρο γονιμότητας από νόμιμους γάμους τα 2,64 τέκνα ανά γάμο, ενώ στην προπολεμική περίοδο ο μέσος όρος ήταν 3,99 τέκνα ανά γάμο.



Γράφημα 4: Γεωγραφική κατανομή εισελθόντων 1950 ανά φύλο με τόπο κατοικίας στο γεωγραφικό διαμέρισμα γέννησής τους (σε ποσοστό % και στα όρια του ελληνικού βασιλείου)

Ως προς το θρήσκευμα και την υπηκοότητα η πλειοψηφία των εισελθόντων ασθενών ήταν Έλληνες, Χριστιανοί Ορθόδοξοι.

Αναφορικά με τη θνητότητα των ασθενών του νοσοκομείου, από τους εισελθόντες στην πενταετία 1946-1950 και ειδικά μετά το 1947 και τη χρήση στο νοσοκομείο των νέων αντιφυματικών φαρμάκων, παρατηρείται μία σταδιακή αύξηση του αριθμού αυτών που εξήλθαν από το νοσοκομείο και αντίστοιχη μείωση του αριθμού των θανόντων, όπως φαίνεται στο γράφημα 5. Από τους εξελθόντες με την αιτιολογία της μερικής ή πλήρους ίασης εξήλθε κατά μέσο όρο το 42,57% των αρρένων και το 59,28% των θηλέων. Συγκρίνοντας ωστόσο τη θνητότητα στο νοσοκομείο, στην περίοδο 1946-1950 με τη θνητότητα της νόσου στα κατοχικά χρόνια, παρατηρούμε μικρή μόνο μείωση (2,76%), παρόλες τις ιατρικές εξελίξεις, τις οποίες παρακολούθησε επάξια το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου.



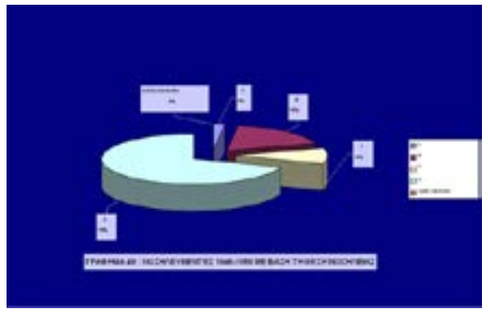
Γράφημα 5: Εισελφόντες-θανόντες σε ποσοστιαία % αναλογία των εισελθόντων 1946 -1950

Επειδή, όμως, η έξοδος με την αιτιολογία της ίασης δε συνιστούσε οπωσδήποτε και ίαση, εντοπίστηκαν τρεις βασικές κατηγορίες ιαθέντων: Οι κλινικώς ιαθέντες ή ειδικότερα οι κλινικώς ιαθέντες με τριπλή ίαση, δηλ. κλινική, ακτινολογική και μικροσκοπική, οι εξελθόντες με απόφαση της υγειονομικής επιτροπής και οι σημαντικά βελτιωθέντες. Το συνολικό ποσοστό των ιαθέντων αρρένων από τους εισελθόντες ασθε-

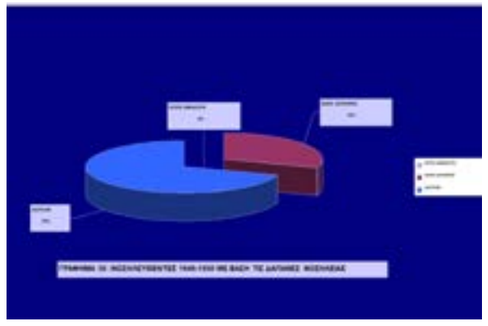
νείς στα 1946-1950 ήταν κατά μέσο όρο 42,57% για τους άρρενες και 59,28% για τα θήλεα αντίστοιχα.

Σταδιακά πτωτική υπήρξε και η τάση του απαιτούμενου χρόνου νοσηλείας για τους εξελθόντες. Για τους άρρενες ο μέσος χρόνος νοσηλείας στα 1946 ήταν άνω των 2 ετών περίπου, ενώ στα 1950 μειώθηκε στα 1,3 έτη. Για τα θήλεα ο αντίστοιχος μέσος όρος είναι 2,43 έτη το 1946 και κατεβαίνει στο 1,49 στα 1950.

Η θέση, στην οποία νοσηλεύθηκε η μεγάλη πλειοψηφία των εισελθόντων στα 1946-1950 (το 71,13%), ήταν η Δ΄ και η νοσηλεία τους ήταν δωρεάν. Αυτό αποδεικνύει τη λαϊκή βάση του νοσοκομείου, όπως φαίνεται και στα γραφήματα 6,7.



Γράφημα 6: Νοσηλευθέντες 1946-1950 με βάση τη θέση νοσηλείας



Γράφημα 7: Νοσηλευθέντες 1946-1950 με βάση τις δαπάνες νοσηλείας

Συγκρίνοντας, ωστόσο τη θνητότητα στο νοσοκομείο στην περίοδο 1946-1950 με τη θνητότητα της νόσου στα κατοχικά χρόνια, παρατηρούμε μικρή μόνο μείωση (2,76%), παρόλες τις ιατρικές εξελίξεις, τις οποίες παρακολούθησε επάξια το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου, γιατί σε όλη την πενταετία, τα διάφορα προβλήματα, όπως το επισιτιστικό, η φαρμακευτική περίθαλψη και η υπεραριθμία των νοσηλευομένων, παρέμειναν στον ίδιο βαθμό με τα κατοχικά χρόνια δυσεπίλυτα.

- Αιτίες:
- Έλλειψη επαρκούς κρατικής επιχορήγησης και ικανής ιδιωτικής χορηγίας, όταν μάλιστα το νοσοκομείο υπήρξε εστία αντίστασης ως κλινική-φυλακή αντιφρονούντων στην περίοδο της δικτατορίας του Μεταξά, «επικίνδυνων πατριωτών» στην κατοχή και κομμουνιστών στον εμφύλιο.
- Μεγάλο μέρος της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από την UNRA στα έτη 1946-1947 δαπανήθηκαν για να καλυφθούν ανάγκες του εμφυλίου πολέμου
- Μόλις το 1950 η φυματίωση γίνεται «υποχρεωτικώς δηλούμενο νόσημα» (Β.Δ./ΦΕΚ 262Α /1950).

Διαβάζουμε, λοιπόν στα 1950 : «Η Ελλάδα εορτάζουσα ως κράτος την *Παγκόσμιον ημέραν της Υγείας*, δίνει την εντύπωση ερυθρόδερμου μάγου, μετέχοντος συνεδρίου Πυρηνικής Φυσικής. Τόσο απέχει από την κρατική φροντίδα για τη δημόσια υγεία σε σύγκριση με τα πολιτισμένα κράτη... Η στάθμη υγείας ενός έθνους είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων. Και πρώτα από όλα μετριέται με το υλικό επίπεδο των μεγάλων λαϊκών μαζών. Αυτό στον τόπο μας, έναν τόπο πτωχής αποδοτικότητας, πυκνής πληθυσμικής κατανομής, καθυστερημένης τεχνικής ανάπτυξης και άθλιας κοινωνικής οργάνωσης, είναι δραματικά χαμηλό. Αν οι Έλληνες ως λαός, έτρωγαν καλά, κατοικούσαν σε υγιεινά σπίτια, ενεδύονταν κανονικά και εργάζονταν λογικά, η κρατική ανεπάρκεια στον τομέα της υγείας δε θα ήταν έκδηλη…»

Εκείνοι, χθες: Εφημερίδα «Ελευθερία», 24/5/1950

« …Γιατί το χθες είχε αύριο το σήμερα…»

« Εμείς, σήμερα, 2018….»

Hospital Sotiria, 1946-1950: Greece of the World through the demographic profile of his patients.

Christina Papavlasopoulou

Summary

Tuberculosis is a contagious infectius dicease caused by the bacteria called Mycobacterium of tuberculosis. Its presence in time is simultaneous with that of man, that is cohy the historical, social and economic consequences are very important. Greece did not manage to escape from this scourge during the last two centuries, makihg the struggle against tuberculosis an integral part of this history in recent years, striving to cure a medical problem-at first level- which on the one hand reflected the sanitary deficiencies of the country. On the other hand, however it highlighted the deeper social, political and economic pathologenesis of Greek society and the extent of its essential cultural poverty.

Key-words:

Tuberculosis, Greece, Civil War, Sanatorium “Sotiria”

Βιβλιογραφία

1. Μητρώο ασθενών του νοσοκομείου «Σωτηρία» 1946-1950
2. Πρακτικά διοικητικού συμβουλίου νοσοκομείου «Σωτηρία», τόμος IV, 8/3/1948-10/11/1948 και τόμος V, 15/11/1948-17/9/1949
3. Ανωγιάτης-Pelé, Δ., Μαυρέας, Κ., Αστικός και αγροτικός πληθυσμός στην Ελλάδα κατά το πρώτο ήμισυ του 20ου αιώνα, Τετράδια Ιστορικής Δημογραφίας 6, 2011, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Ιστορικής Δημογραφίας,, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, σελ.137-190
4. Ζαχαριάς, Κ., Η εξέλιξη της φυματίωσης στην Ελλάδα, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 2007
5. Κατσιμίχα, Ν., Φυματίωση, μια κλινική προσέγγιση της νόσου για τον επισκέπτη υγείας, Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας-Τμήμα Επισκεπτών -Επισκεπτριών Υγείας, Αθήνα 2009
6. Ίδρυμα Κωνσταντίνου Καραμανλή, Κωνσταντίνος Καραμανλής Αρχείο, επιμέλεια κειμένων Κωνσταντίνος Σβολόπουλος, εκδοτική Αθηνών, 1992
7. Παπαδάκη, Ε,. Κοινωνική Πρόνοια και ανοικοδόμηση, Θεσσαλονίκη, 1947
8. Πρακτικά Επιστημονικού Συνεδρίου, Πτυχές εμφυλίου πολέμου 1946-1949 Καρπενήσι, 23-26 Σεπτεμβρίου 1998, επιμέλεια Κλεομένης Κουτσούκης, Ιωάννης Σακκάς
9. Ρασιδάκης, Α., Βλαστός, Οδηγός μνήμης, 100 χρόνια Σωτηρίας 1903-2003, Επετειακή έκδοση ιατρικής υπηρεσίας ΝΝΘΑ, Αθήνα 2003
10. Σβορώνος, Ν., Επισκόπηση της νεοελληνικής ιστορίας, κεφ. IV, Η σύγχρονη Ελλάδα, η΄ έκδοση, Θεμέλιο
11. Σταυράκης, Γ., 1902-2002, Ένας αιώνας «Σωτηρία», Αθήνα 2002

Περιοδικά –Εφημερίδες

12. Βλαστός, Φ., Εφημερίδα «Καθημερινή», Επτά ημέρες, 2-32 Αφιέρωμα, Φυματίωση και Βιομηχανική Επανάσταση, Κυριακή 24/11/2002
13. Γερουλάνος, Στ., Εφημερίδα «Καθημερινή», Επτά ημέρες, 2-32 Αφιέρωμα, Σανατόρια της Ευρώπης, Κυριακή 24/11/2002
14. Διαμαντόπουλος, Θ., Εφημερίδα «Καθημερινή», Επτά ημέρες, 2-32 Αφιέρωμα, Φυματίωση, Από την απόγνωση στη λύτρωση, Κυριακή 24/11/2002
15. Κουτρούλια Ε., Παπαθανασίου, Π., Διαμαντόπουλος, Αθ., Η ιστορία των αντιφυματικών ιδρυμάτων και ιατρείων στην Πελοπόννησο, Αχαϊκή Ιατρική, τόμος 32, τεύχος 2, Οκτώβρης 2013
16. Ρασιδάκης, Α., Εφημερίδα «Καθημερινή», Επτά ημέρες, 2-32 Αφιέρωμα, Το όραμα της Σωτηρίας, Κυριακή 24/11/2002
17. Εφημερίδα «Ριζοσπάστης», 18/5/1945, 17/6/1945, 3/7/1945, 12/7/1946, 2/5/1947, 29/5/1949, http://efimeris.nlg.gr/ns/main.html,

Δικτυογραφία

18. Ανδρέου Α., Ηλιάδου-Τάχου, Σ., Μπέτσας, Γ., Από το «Παιδομάζωμα» στο «Βασιλικό παιδοφύλαγμα», μεταπολεμικές όψεις κοινωνικής δικαιοσύνης στις Βόρειες επαρχίες της χώρας, http://emfilios.blogspot.gr/ προσπελάστηκε 4/9/2014
19. Βικιπαίδεια, Εμφύλιος Πόλεμος 1946-1949, http://el.wikipedia.org/wiki/Ελληνικός Εμφύλιος Πόλεμος 1946-1949
20. Διαμαντής, Ρ., Ασθένειες φαντάσματα του παρελθόντος…που αναδύονται στη μεταντιβιοτική και ταραγμένη πολιτικά εποχή μας, http://thesecretrealtruth.blogspot.com/2012/05/blog-post_4191.html, προσπελάστηκε στις 13/07/2014.
21. Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, Πληθυσμός της Ελλάδος κατά την απογραφήν της 16 Οκτωβρίου 1940, Εν Αθήναις, 1950, http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE, προσπελάστηκε 20/07/2014

Συστηματική θανάτωση ατόμων και ασθενών από επαγγελματίες υγείας

Κυριακή Τσαμανδουράκη

Ιατρός Κοινωνικής Ιατρικής, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.

τ. Δ/ντρια Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ.

Λέξεις-κλειδιά

ιατροί, νοσηλευτές/τριες, θανάτωση ασθενών/ κατά συρροή δολοφόνοι

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:

Κυριακή Τσαμανδουράκη

tsamandouraki@hotmail.com

Περίληψη

Η συστηματική θανάτωση ασθενών από επαγγελματίες υγείας αποτελεί ένα δυσάρεστο κοινωνικό φαινόμενο. Συνήθως πρόκειται για άτομα με παθολογικό ενδιαφέρον για δύναμη ελέγχου της ζωής και του θανάτου. Η εύκολη πρόσβαση σε ευάλωτα άτομα-ασθενείς σε συνδυασμό με την γνώση να διαπράξουν, αλλά και να καλύψουν ένα φόνο, αποτελούν τις ιδανικές συνθήκες δράσης τέτοιων ιατρών και νοσηλευτών. Παρουσιάζονται ορισμένες από τις σημαντικότερες περιπτώσεις κατά συρροή δολοφόνων-επαγγελματιών υγείας τα τελευταία 130 χρόνια.

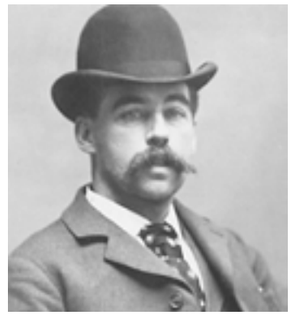
Ο επαγγελματίας υγείας είναι ένα πρόσωπο στο οποίο απευθύνεται ο ασθενής όταν αντιμετωπίζει πρόβλημα υγείας και το οποίο κατά κανόνα εμπιστεύεται. Οι επαγγελματίες υγείας είναι κατά κανόνα άτομα ευαισθητοποιημένα που έχουν σκοπό την φροντίδα και τη βελτίωση της υγείας των ασθενών τους.

Η υποχρέωση του επαγγελματία της υγείας να διασφαλίζει τους καλύτερους δυνατούς όρους και συνθήκες υγείας του ασθενούς, η αποφυγή πρόκλησης βλάβης ή εκμετάλλευσης και η διατήρηση της εμπιστοσύνης του ασθενούς προς το πρόσωπο του, αποτελούν θεμελιώδεις αρχές της φροντίδας του ασθενούς από την εποχή του Ιπποκράτη.

Σε αυτούς τους κανόνες υπάρχουν και εξαιρέσεις. Τα τελευταία 150 χρόνια έχουν καταγραφεί περιπτώσεις γιατρών και νοσηλευτών που θανάτωναν συστηματικά όχι μόνο ασθενείς τους, αλλά και άτομα από το στενό, αλλά και ευρύτερο περιβάλλον τους.

Πρόκειται για «σκοτεινά» άτομα που φαίνεται να ελκύονται από τα επαγγέλματα υγείας και το νοσοκομείο ή άλλες μορφές νοσηλείας και φροντίδας που παρέχουν πλήρη κάλυψη στις δολοφονικές πρακτικές τους, αφού πολλοί άνθρωποι πεθαίνουν στους χώρους αυτούς.

1. Herman Madgett ή αλλιώς Henry Howard Holms (1861-1896). Γιατρός και φαρμακοποιός. Σικάγο, Ιλινόϊ ΗΠΑ.



Θεωρείται ο πρώτος Αμερικανός κατά συρροή δολοφόνος. Εκδιώχθηκε από το πανεπιστήμιο του Μίσινγκαν γιατί ξέθαβε παρανόμως πτώματα από νεκροταφεία και τα πωλούσε στα εργαστήρια ανατομίας. Το 1886 σκότωσε τον καλύτερο του φίλο και συνεργάτη στις ανασκαφές πτωμάτων, τον έντυσε με τα δικά του ρούχα και τον παρουσίασε ως τον Χέρμαν Μάτζετ και αλλάζοντας το όνομα του σε Henry Howard Holms εισέπραξε τα ασφάλιστρα ζωής που είχε κάνει λίγο πριν τον σκοτώσει. Λίγο αργότερα εμφανίζεται στο Σικάγο με το όνομα Χολμς όπου εργάζεται ως υπάλληλος σε φαρμακείο, το οποίο αγόρασε μετά τον θάνατο του ιδιοκτήτη του. Στο κτήριο που κατασκεύασε πάνω από το φαρμακείο σκότωνε συστηματικά ανθρώπους, συνήθως άτομα που δούλευαν γι αυτόν και πωλούσε τα οστά ή τα πτώματα τους σε εργαστήρια ιατρικών σχολών. Τα μεγαλύτερα έσοδα βέβαια τα εξασφάλιζε εισπράττοντας τις ασφάλειες ζωής των θυμάτων του. Τα κίνητρα του αρχικά ήταν καθαρά οικονομικά, σταδιακά όμως απολάμβανε τις δολοφονίες. Κάθε φορά εύρισκε πιο ευφάνταστους τρόπους να δολοφονεί τα θύματά του. Υπήρχε ένα δωμάτιο όπου τους απαγχόνιζε, ένα άλλο όπου τους άφηνε να πεθάνουν απ' την πείνα και τη δίψα, ένα τρίτο όπου τους έκαιγε ζωντανούς. Πολλά απ' τα θύματά του ήταν γυναίκες που εργάζονταν γι' αυτόν και τις σκότωνε, όταν απέρριπταν τις σεξουαλικές του προτάσεις. Μερικές βέβαια, τις σκότωσε αν και είχε σχέσεις μαζί τους. Δύο από αυτές μάλιστα, είχαν γίνει ερωμένες του για μεγάλο χρονικό διάστημα. (1, 2).

Ο Χολμς συνελήφθη το 1894, όταν αποκαλύφθηκε η απάτη που είχε στήσει με την ασφάλεια ζωής ενός συνεργάτη του, την οποία σκόπευε να εισπράξει, έχοντας σκοτώσει τον ίδιο και τρία παιδιά του. Η έρευνα των αστυνομικών τους οδήγησε στο «κάστρο» του, όπου εντόπισαν το πολύπλοκο, αλλά φοβερά αποτελεσματικό σύστημα που είχε στήσει για τις δολοφονίες του. Ο Χολμς καταδικάστηκε για τις δολοφονίες 27 ανθρώπων τις οποίες ομολόγησε. Ήταν αδύνατον να υπολογιστεί ο ακριβής αριθμός των θυμάτων, καθώς τα πτώματα τους είχαν εξαφανιστεί ή πωληθεί. Πιστεύεται ότι έφταναν τα 200. Ο πρώτος κατά συρροή δολοφόνος στις ΗΠΑ εκτελέστηκε διά απαγχονισμού στις 7 Μαΐου του 1896. (1, 2).

2. Dr Thomas Neil Cream (1850-1892). Γιατρός. Καναδάς, ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο.

Φοίτησε στην Ιατρική Σχολή McGill του Μόντρεαλ και στη συνέχεια εκπαιδεύτηκε στο Βασιλικό Κολλέγιο Ιατρών και Χειρουργών του Εδιμβούργου. Το 1881 συνελήφθη στο Σικάγο για τη δολοφονία του συζύγου μιας ερωμένης του. Καταδικάστηκε και φυλακίστηκε. Δέκα χρόνια αργότερα, βγαίνοντας από τη φυλακή, μετακόμισε στο Λονδίνο μιας και είχε ανακληθεί η άδεια ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος.

Το 1892 καταδικάστηκε σε θάνατο με απαγχονισμό για τη δηλητηρίαση 6 γυναικών ασθενών του με στρυχνίνη. Την ώρα που πέθαινε ισχυρίστηκε ότι είναι ο Τζακ ο αντεροβγάλτης. Εκτός από τα εγκλήματα για τα οποία καταδικάστηκε, θεωρείται υπεύθυνος για τους φόνους πολλών γυναικών, μεταξύ των οποίων και της γυναίκας του. (3, 4).

3. Jane Toppan (1857-1938). Νοσηλεύτρια. Μασαχουσέτη, ΗΠΑ.

Έμεινε ορφανή από μητέρα σε πολύ μικρή ηλικία. Για κάποια χρόνια μεγάλωνε με τον πατέρα και τα αδέλφια της. Αργότερα μπήκε σε ορφανοτροφείο και στην αρχή της εφηβείας της βρέθηκε, ως βοηθός, στο σπίτι μιας καλής οικογένειας, από την οποία πήρε και το επίθετό της. Αργότερα έφυγε από το σπίτι της οικογένειας με την οποία ζούσε για πάνω από 20 χρόνια και άρχισε την εκπαίδευση της στη νοσηλευτική. Τον πρώτο καιρό έχαιρε της εκτίμησης γιατρών και ασθενών και για ένα διάστημα θεωρείτο μια από τις καλύτερες νοσηλεύτριες (5).

Στη συνέχεια προκάλεσε το μίσος και την δυσαρέσκεια των συναδέλφων της με τη μυθομανία, το κουτσομπολιό και τις μικροκλοπές που διέπραττε, αλλά και την κατάχρηση οπιούχων στους ασθενείς. Έτσι έχασε τη δουλειά της στο νοσοκομείο και άρχισε να εργάζεται ως αποκλειστική νοσηλεύτρια στα σπίτια ασθενών. Πολλούς από αυτούς τους δολοφόνησε, κυρίως με στρυχνίνη, ακόμα και την ετεροθαλή αδελφή της.

Συνέχισε τους φόνους μέχρι το 1901 που θεωρήθηκε ύποπτη για τους θανάτους μιας ολόκληρης οικογένειας και συνελήφθη. Οδηγήθηκε στο δικαστήριο τον επόμενο χρόνο με την κατηγορία της δηλητηρίασης 31 ασθενών και της απόπειρας θανάτωσης αρκετών ακόμα. Το δικαστήριο την έκρινε αθώα, λόγω παραφροσύνης και οδηγήθηκε σε άσυλο. Εκτιμήσεις ανεβάζουν τον αριθμό των θυμάτων της στα 100. (5, 6, 7, 8, 9).

4. Dr Linda Hazzard (1867-1938). Γιατρός. Μινεσότα, Ουάσιγκτον, ΗΠΑ.

Έλαβε τον τίτλο του γιατρού με χαριστικό τρόπο από τον παππού της, με βάση κάποια εκπαίδευση της στην ιατρική και τη νοσηλευτική.

Ίδρυσε μια κλινική στο Σηάτλ και η θεραπευτική της προσέγγιση βασιζόταν στη στέρηση τροφής. Είχε μάλιστα αναπτύξει και τη σχετική θεωρία την οποία είχε παρουσιάσει στο βιβλίο της «Η θεραπεία της αρρώστιας μέσω της αποφυγής τροφής», που εκδόθηκε το 1908. Θεωρούσε τον εαυτό της πρωτοπόρο στον τομέα της ευεξίας. Θεωρήθηκε υπεύθυνη για τον θάνατο από πείνα πολλών ασθενών που υπολογίζονται σε πάνω από 40 (10).

Το 1911 κρίθηκε ένοχη για τον θάνατο της Claire Williamson, πλούσιας βρετανίδας και καταδικάστηκε σε καταναγκαστικά έργα. Πέθανε το 1935 λόγω άρνησης λήψης τροφής (11, 12)

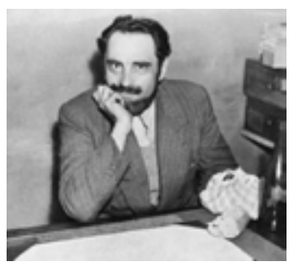
5. Josef Mengele (1911-1979). Γιατρός. Γερμανία, Πολωνία.

Ήταν ένας από τους περίπου 30 γιατρούς στο στρατόπεδο συγκέντρωσης του Άουσβιτς. Ήταν γνωστός ως «άγγελος του θανάτου» για τη βιαιότητα και την ψυχρότητα του (13).

Ο Μένγκελε επέβλεπε τη διαδικασία αποστολής των κρατουμένων στις ομάδες εργασίας ή στα κρεματόρια. Μέσω των σαδιστικών πειραμάτων του, που συχνά γίνονταν σε παιδιά, επεδίωκε να αποδείξει τη μειωμένη αντίσταση Εβραίων και Ρομά στις ασθένειες. Είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις μελέτες σε διδύμους, καθώς και στη μελέτη της ετεροχρωμίας (14) .

Διέφυγε της δικαιοσύνης στη Γερμανία, Αργεντινή, Παραγουάη και Βραζιλία για 34 χρόνια ως ο πλέον καταζητούμενος ναζί. Πέθανε το 1979 από εγκεφαλικό επεισόδιο ενώ κολυμπούσε (15).

6. Dr Marcel Petiot (1879-1946). Γιατρός. Γαλλία.



Παιδί θαύμα σε πολύ νεαρή ηλικία, αλλά με βίαιη συμπεριφορά. Πολέμησε στον 1ο Παγκόσμιο πόλεμο όπου και τραυματίστηκε δύο φορές. Είχε μια παραβατική συμπεριφορά και είχε νοσηλευθεί για σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα.

Είναι γνωστός ως Δρ. Σατανάς ή ο Σατανάς της Κατοχής. Το 1946 καταδικάστηκε για τον θάνατο 27 ανθρώπων, τους οποίους θανάτωνε στο υπόγειο του σπιτιού του και έκαιγε σε φούρνο τα σώματα τους.

Στη διάρκεια της Γερμανικής κατοχής του Παρισιού ο Petiot κέρδισε την εμπιστοσύνη πολλών ανθρώπων της Γαλλικής αντίστασης, αλλά και Εβραίων. Τους υπόσχονταν ψευδώς ότι διέθετε ένα δίκτυο μέσω του οποίου μπορούσε να τους φυγαδεύσει από τη Γαλλία. Στην πραγματικότητα τους σκότωνε και έκλεβε τις περιουσίες τους.

Στη δίκη του, που θεωρείται ως μία από τις πλέον πολύκροτες στα δικαστικά χρονικά, ομολόγησε τους φόνους, αλλά ισχυρίστηκε ότι ήταν μέλλος της Γαλλικής αντίστασης και ότι με τον τρόπο αυτό προστάτευε την πατρίδα από τους κατασκόπους της γκεστάπο (16, 17, 18).

7. Dr John Bodkin Adams (1899-1983). Γιατρός. Ηνωμένο Βασίλειο.

Βρετανός Γενικός γιατρός που το 1957 παραπέμφθηκε σε δίκη για τον θάνατο 2 πλούσιων γυναικών που ήταν χήρες και του είχαν αφήσει με διαθήκη τις περιουσίες τους. Προηγουμένως είχε καταδικαστεί για απάτη που αφορούσε τη συνταγογράφηση φαρμάκων και του είχε αφαιρεθεί η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Τελικά δεν καταδικάστηκε ποτέ για φόνο, παρότι ήταν ύποπτος για τον θάνατο 132 ασθενών. Μετά την αθώωση του ο πρόεδρος του δικαστηρίου δήλωσε ότι μερικές φορές, παρά την αυστηρότητα των νόμων, οι ένοχοι κυκλοφορούν ελεύθεροι. Πέθανε το 1983 (19, 20).

8. Dr Harold Shipman (1946-2004). Γιατρός. Ηνωμένο Βασίλειο.

Τον Ιανουάριο του 2000 ο φαινομενικά συμπαθής και χαίρων μεγάλης εκτίμησης γιατρός καταδικάστηκε σε 15 φορές ισόβια για τον θάνατο 15 ασθενών,

καθώς και για την παραποίηση της διαθήκης ενός άλλου. Ήταν γενικός γιατρός με μεγάλη λίστα αναμονής. Θεωρείται υπεύθυνος για 215 θανάτους ασθενών και ύποπτος για άλλους 62. Εκτιμήθηκε ότι θανάτωνε με ένεση μορφίνης κατά μέσο όρο 1 ασθενή την εβδομάδα, κυρίως γυναίκες που ζούσαν μόνες τους. Στη διάρκεια της καριέρας του είχε βρεθεί ένοχος για παράνομη προμήθεια πεθιδίνης, είχε παραπεμφθεί στο Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο το οποίο του επέβαλε ένα μικρό χρηματικό πρόστιμο χωρίς περαιτέρω έρευνα. Ο Shipman δεν παραδέχτηκε ποτέ την ενοχή του. Αυτοκτόνησε στη φυλακή το 2004 (20, 21, 22, 23, 24).

9. Dr. Michael Swango (1954-). Γιατρός. ΗΠΑ, Ζιμπάμπουε, Ζάμπια.

Δολοφόνησε 60 ασθενείς σε 20 χρόνια και δηλητηρίασε πολλούς άλλους, μεταξύ των οποίων συναδέλφους, φίλους, καθώς και τη γυναίκα του. Σε όποιο νοσοκομείο εμφανιζόταν πολλοί ασθενείς πέθαιναν χωρίς αιτία και συνάδελφοι του εμφάνιζαν σοβαρά συμπτώματα δηλητηρίασης. Για χρόνια άλλαζε θέσεις ως γιατρός σε διάφορα νοσοκομεία των ΗΠΑ. Όταν αποπέμφθηκε από όλα τα νοσοκομεία της Αμερικής αναζήτησε εργασία στη Ζιμπάμπουε. Όταν η δράση του ανακαλύφθηκε και εκεί μετακόμισε στην Ζάμπι. Συνελήφθη το 1997 λίγο πριν αναχωρήσει για τη Σαουδική Αραβία με σκοπό να ξεκινήσει μια νέα καριέρα στην ιατρική. Καταδικάστηκε 3 φορές ισόβια σε φυλακή υψίστης ασφαλείας στο Κολοράντο, χωρίς δικαίωμα έφεσης. Έκανε συμφωνία για να αποφύγει την εκτέλεση (25, 26).

10.Charles Cullen. Νοσοκόμος (1960-). New Jersey και Πενσυλβάνια, ΗΠΑ.

Κατηγορήθηκε για τον θάνατο 29 ασθενών. Υπάρχουν εκτιμήσεις ότι ήταν πολύ περισσότεροι.

Επρόκειτο για μια ασταθή προσωπικότητα με απρόβλεπτες εκρήξεις θυμού και απόπειρες αυτοκτονίας. Εργάστηκε σε 9 νοσοκομεία και 1 οίκο ευγηρίας στη διάρκεια 16 ετών. Συχνά απολυόταν από την εργασία του. Τον Μάρτιο του 2006 καταδικάστηκε σε 11 φορές ισόβια και χωρίς δικαίωμα έφεσης για τα επόμενα 397 χρόνια.

Μετά τη δίκη του το σύστημα υγείας δέχθηκε πολλές επιθέσεις για την ανεπάρκεια του να σταματήσει τον Cullen από το θανατηφόρο έργο του. Ως συνέπεια αυτής της κριτικής πάνω από 35 πολιτείες των ΗΠΑ υιοθέτησαν πιο αυστηρή νομοθεσία (Cullen Low, 2005) σχετικά με τους όρους και τις προϋποθέσεις πρόσληψης των επαγγελματιών υγείας, καθώς και την διακίνηση των πληροφοριών σχετικά με κακές πρακτικές τους (27, 28).

11.Genene Jones (1950-). Νοσηλεύτρια Παιδιατρικής. Τέξας, ΗΠΑ

Εκτίει ποινή κάθειρξης 99 ετών για το θάνατο βρέφους 15 μηνών με μυοχαλαρωτική ένεση και απόπειρα δολοφονίας με ένεση αντιπηκτικού ενός 4χρονου αγοριού, το οποίο τελικά επέζησε. Η Jones που δήλωσε αθώα κατά την ακροαματική διαδικασία, θεωρείται υπεύθυνη για το θάνατο περίπου 60 παιδιών και βρεφών με θανατηφόρο ένεση. Επρόκειτο να αποφυλακιστεί τον Μάρτιο του 2018, αλλά μια πρόσφατη νέα καταδίκη θα την κρατήσει στην φυλακή (29, 30, 31).

12.Donald Harvey (1952-2017). Βοηθός Νοσηλευτής. Ohio και Kentucky, ΗΠΑ.

Το 1987 ομολόγησε τη δολοφονία 37 ασθενών. Τους είχε δηλητηριάσει με κυάνιο, ποντικοφάρμακο, αρσενικό ή πετρέλαιο, που συχνά τα αναμίγνυε με φαγητό ή ποτό. Οι φόνοι διαπράχθηκαν σε διάστημα 20 ετών σε διάφορα νοσοκομεία που υπηρετούσε και αφορούσαν κυρίως βαρέως πάσχοντες ηλικιωμένους ασθενείς. Κατηγορήθηκε επίσης για άλλους τρεις φόνους, μεταξύ των οποίων και ενός γείτονα του. Την άνοιξη του 2017, μετά από 30 χρόνια φυλακής, πέθανε από τα τραύματα που του προκάλεσε συγκρατούμενος του (32, 33, 34).

13.Elizabeth Wettlaufer (1967-). Νοσηλεύτρια. Καναδάς.

Καταδικάστηκε σε ισόβια το 2017 για το θάνατο 8 ηλικιωμένων ασθενών (75 έως 96 ετών) και για απόπειρα δολοφονίας άλλων 6, μεταξύ 2007 και 2014. Τους έκανε ένεση με μεγάλη δόση ινσουλίνης.

Στην ομολογία της ανέφερε διάφορους λόγους για τους οποίους σκότωνε τους ασθενείς της, μεταξύ των οποίων περιέγραψε ένα εσωτερικό «κόκκινο κύμα» που την κατέκλυζε και από το οποίο μόνο σκοτώνοντας μπορούσε να απαλλαγεί (35).

14.Niels Hoegel (1976-). Νοσηλευτής. Γερμανία.

Αρχικά καταδικάστηκε σε ισόβια κάθειρξη για τον θάνατο 6 ασθενών. Αργότερα, ως κρατούμενος πλέον, ομολόγησε τον θάνατο 30 επιπλέον ασθενών. Το 2017 περαιτέρω έρευνα των αρχών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι είναι υπεύθυνος για το θάνατο τουλάχιστον 90. Τελικά ο εισαγγελέας αποφάνθηκε ότι τα θύματα του ήταν τουλάχιστον 106 και παραπέμφθηκε σε δίκη που άρχισε τον Οκτώβριο 2018 (36).

15.Victorino Chua (1965-). Μάντσεστερ, Ηνωμένο Βασίλειο

Με καταγωγή από τις Φιλιππίνες και πλαστό, όπως αποδείχθηκε εκ των υστέρων, πτυχίο νοσηλευτικής, εγκαταστάθηκε στη Μ. Βρετανία. Το 2003 έλαβε τη βρετανική υπηκοότητα και περιελήφθη στο μητρώο νοσηλευτών/τριών. Το 2009 άρχισε να εργάζεται στο νοσοκομείο Stepping Hill του Μάντσεστερ. Μεταξύ 2011 και 2012 χορήγησε μεγάλες δόσεις ινσουλίνης σε πολλούς ασθενείς. Αμέσως μετά τα πρώτα περιστατικά, το νοσοκομείο ανέθεσε την έρευνα στην αστυνομία, η οποία τον Ιούλιο 2011, συνέλαβε ως ύποπτη και παρέπεμψε σε δίκη μία νοσηλεύτρια του νοσοκομείου. Η νοσηλεύτρια αθωώθηκε, ως μη σχετιζόμενη με την υπόθεση. Τελικώς, εξαιτίας των αυστηρών μηχανισμών ελέγχου που είχαν εφαρμοστεί από το νοσοκομείο και την αστυνομία, ο Chua συνελήφθηκε και παραπέμφθηκε σε δίκη με 33 κατηγορίες, μεταξύ των οποίων 2 θανάτους ασθενών και 19 «δηλητηριάσεις» με ινσουλίνη. Καταδικάστηκε σε 35 χρόνια φυλάκισης, χωρίς δικαίωμα αναστολής.

Συμπερασματικά:

Στο ερώτημα, αν τα επαγγέλματα υγείας παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό κατά συρροή δολοφόνων σε σχέση με άλλα επαγγέλματα, ορισμένοι ειδικοί απαντούν ναι.

Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι άτομα με παθολογικό ενδιαφέρον για τη δύναμη και τον έλεγχο στη ζωή και το θάνατο έλκονται από τα επαγγέλματα υγείας. Η εύκολη πρόσβαση σε ευάλωτα άτομα, όπως ηλικιωμένοι και ασθενείς, σε συνδυασμό με την ιατρική γνώση να διαπράξουν, αλλά και να καλύψουν μια δολοφονία αποτελούν ιδανικό πεδίο για όσους έχουν τέτοιες προθέσεις.

Μια άλλη κατηγορία αποτελούν τα άτομα που κίνητρο της δολοφονίας έχουν να αποκομίσουν οφέλη, π.χ. απαλλάσσονται από τη φροντίδα του ασθενούς ή υφαρπάζουν χρήματα, περιουσία, προσωπικά αντικείμενα.

Σε μια τρίτη κατηγορία ανήκουν άτομα που θεωρούν ότι έχουν ως αποστολή τους να σκοτώσουν «ανήθικους» ή «άχρηστους» ανθρώπους (38, 39).

Ως κατά συρροή δολοφόνος επαγγελματίας υγείας ορίζεται το άτομο που εργάζεται στο σύστημα υγείας και χρησιμοποιεί τη θέση του για να δώσει τέλος στη ζωή δύο τουλάχιστον ασθενών. Επίσης βρίσκεται σε τέτοια ψυχολογική κατάσταση που μπορεί να διαπράξει περισσότερες δολοφονίες.

Στα συνήθη χαρακτηριστικά αυτών των ατόμων περιλαμβάνονται (40, 41, 42):

- Ιστορικό ψυχικής αστάθειας
- Προτίμηση στις βραδινές βάρδιες ή σε βάρδιες με λιγότερο προσωπικό
- Προβληματικές προσωπικές σχέσεις
- Τάση πρόβλεψης για το πότε θα πεθάνει ο ασθενής
- Αίσθημα βάρους και ενόχλησης από τη νοσηλεία του ασθενή
- Συχνή μετακίνηση από νοσοκομείο σε νοσοκομείο.

Εκτιμάται ότι η σύλληψη των ατόμων αυτών είναι πιο εύκολη, γιατί ο τόπος και ο τρόπος διάπραξης των εγκλημάτων τους είναι γνωστός και προβλέψιμος.

Στις πολιτικές πρόληψης περιλαμβάνονται (43):

- Η λειτουργία συστημάτων επικοινωνίας μεταξύ

των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στο οποίο κοινοποιούνται τα παραπτώματα και η απειθαρχία των επαγγελματιών υγείας

- Η λειτουργία συστημάτων που ελέγχουν αυστηρά την πρόσβαση στα νοσοκομειακά φάρμακα
- Η ενθάρρυνση ασθενών και προσωπικού από τις διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων να καταγγέλλουν ακατάλληλες συμπεριφορές, οι οποίες πρέπει να διερευνώνται.
- Ο εκσυγχρονισμός της ιατρικής δεοντολογίας και η κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στις ηθικές και νομικές υποχρεώσεις τους.

Serial murder by healtcare professionals

Kyriaki Tsamandouraki

Summary

Killing patients from health professionals constitutes unpleasant phenomenon for the society. Usually they are individuals with a pathological interest in the power of life and death. The ready access to vulnerable people or patients combined with the medical knowledge to commit and cover up murder, can present the ideal circumstances for healthcare serial killers. In this article are presented the worst perpetrators of the last 130 years.

Key words: serial killers, health professionals, prosecution

Βιβλιογραφία

1. Herman Mudgett. Encyclopaedia Britannica. https://www.britannica.com/biography/Herman-Webster-Mudgett. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
2. H.H. Holmes. Biography.com. https://www.biography.com/people/hh-holmes-307622. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
3. Thomas Neill Cream. Historica Canada. http://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/thomas-neill-cream/ Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
4. The man who would be Jack the Ripper. The Scotsman. October 13, 2005.

http://www.scotsman.com/lifestyle/the-man-who-would-be-jack-the-ripper-1-465888. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.

5. Jane Toppan not a trained nurse. Am J Nurs. 1901;3:242.

http://journals.lww.com/ajnonline/Citation/1901/12000/JANE_TOPPAN_NOT_A_TRAINED_NURSE_.27.aspx. Πρόσβαση Δεκέμβριος 2017.

6. Jolly Jane Toppan, the Killer Nurse Obsessed With Death. https:www.newenglandhistiricalsociety.com. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
7. Jane Toppan insane. Los Angeles Herald. June 24, 1902. California Digital Newspaper Collection. https://cdnc.ucr.edu/cgi-bin/cdnc?a=d&d=LAH19020624.2.18. Πρόσβαση Οκτώβριος 2017.
8. Jane Toppan is insane. Chicago Tribune. June 24, 1902. http://archives.chicagotribune.com/1902/06/24/page/5/article/jane-toppan-is-insane. Πρόσβαση Οκτώβριος 2017.
9. Jane Toppan is insane. Chicago Tribune. June 24, 1902. http://archives.chicagotribune.com/1902/06/24/page/5/article/jane-toppan-is-insane. Πρόσβαση Οκτώβριος 2017.
10. Hazzard LB. Fasting for the cure of disease.. Republished January 23, 2016. Digital Ninjas Media Inc. (Originally published in 1908 by Physical Culture Publishing Co., New York).
11. Warnes K. Hazzard, Linda (1867-1938). In: Chermak S, Bailey FY, eds. Crimes of the Centuries. Santa Barbara: ABC-CLIO; 2016.
12. Lovejoy B. The doctor who starved her patients to death. Smithsonian.com. October 24, 2014. http://www.smithsonianmag.com/history/doctor-who-starved-her-patients-death-180953158/. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
13. Josef Mengele. Holocaust Encyclopedia. The US Holocaust Memorial Museum. https://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10007060. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
14. Walker A. The twins of Auschwitz. January 28, 2015. BBC Magazine. http://www.bbc.com/news/magazine-30933718. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
15. Lifton RJ. What made this man? Mengele. New York Times. July 21, 1985. http://www.nytimes.com/ 1985/07/21/magazine/what-made-this-man-mengele.html. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
16. Duquesne M. Les valises du docteur Petiot. June 5, 2012. France Inter. https://www.franceinter.fr/justice/les-valises-du-docteur-petiot. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
17. Jenkins JP. Marcel Petiot. Encyclopaedia Britannica. https://www.britannica.com/biography/Marcel-Petiot . Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
18. Laroche-Signorile V. En 1946, le cynique Petiot alias «docteur Satan» est condamné à mort. Le Figaro. April 1, 2016. http://www.lefigaro.fr/histoire/archives/2016/04/01/26010-20160401ARTFIG00318-en-1946-le-cynique-petiot-alias-docteur-satan-est-condamne-a-mort.php . Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.

19. John Bodkin Adams. Biography.com. https://www.biography.com/people/john-bodkin-adams-17172156. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
20. Ranscombe P. Shipman and Bodkin Adams in the dock. Lancet Psychiatry. 2015;2:e32. http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(15)00467-8.pdf. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
21. Sibbald B. The epidemiology of murder: UK physician responsible for 345 deaths? CMAJ. 2001;164:535.
22. Hurwitz B. Murder most medical, disposal most discreet. Lancet. 2004;364 Suppl 1:s38-s39.
23. Smith J. The Shipman Inquiry. Second report: the police investigation of March 1998. July 2003. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/273226/5853.pdf. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
24. Esmail A. Physician as serial killer—the Shipman case. N Engl J Med. 2005;352:1843-1844.
25. Leduff C. Prosecutors say doctor killed to feel a thrill. New York Times. September 7, 2000. http://www.nytimes.com/2000/09/07/nyregion/prosecutors-say-doctor-killed-to-feel-a-thrill.htm. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
26. Cohen S. Case of shadowy doctor includes poisonings, lies, deaths, hubris. Los Angeles Times. February 6, 1994. http://articles.latimes.com/1994-02-06/news/mn-19768_1_michael-s
27. Pérez-Peña R, Kocieniewski D, George J. Death on the night shift: 16 years, dozens of bodies; through gaps in system, nurse left trail of grief. New York Times. February 29, 2004. http://www.nytimes.com/2004/02/29/nyregion/death-night-shift-16-years-dozens-bodies-through-gaps-system-nurse-left-trail.html?_r=0 . Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
28. Gettleman J. As victims' relatives watch, nurse who killed 29 gets 11 life terms. New York Times. March 3, 2006. http://www.nytimes.com/2006/03/03/nyregion/as-victims-relatives-watch-nurse-who-killed-29-gets-11-life-terms.html. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
29. Forsyth J. Texas 'angel of death' nurse charged again in baby killing spree. May 26, 2017. Reuters. http://www.reuters.com/article/us-texas-nurse-idUSKBN18M2D8. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
30. Elkind P. Prosecutors race to keep notorious angel-of-death behind bars. May 25, 2017. ProPublica. https://www.propublica.org/article/prosecutors-race-to-keep-notorious-angel-of-death-behind-bars. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
31. Johnson D. Ex-nurse's aide admits murders of 24 in 4 years. New York Times. August 19, 1987. http://www.nytimes.com/1987/08/19/us/ex-nurse-s-aide-admits-murders-of-24-in-4-years.html?pagewanted=all. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
32. Stack L. Donald Harvey, who killed dozens of hospital patients, dies at 64. March 30, 2017. New York Times. https://www.nytimes.com/2017/03/30/us/donald-harvey-who-killed-dozens-of-hospital-patients-dies.html. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
33. Wamsley L. Serial killer dubbed 'angel of death' dies after prison beating. March 31, 2017. NPR.org. http://www.npr.org/sections/thetwo-way/2017/03/31/522194036/serial-killer-dubbed-angel-of-death-dies-after-prison-beating. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
34. Seewer J. 'Angel of death' serial killer badly beaten in Ohio prison. Associated Press. March 29, 2017. https://apnews.com/5a1e4a4007824c63b5e9e1b7bed2333e. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
35. Fraser L. Here's what ex-nurse Elizabeth Wettlaufer confessed about killing 8 patients. June 2, 2017. CBC News. http://www.cbc.ca/news/canada/toronto/eilzabeth-wettlaufer-confession-1.4142647. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
36. German nurse admits to killing 100 patients as trial opens. https://www.theguardian.com/world/2018/oct/30/german-nurse-serial-killer-niels-hoegel-on-trial-100-patients-deaths. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
37. Victorino Chua: 'angel turned evil' hospital nurse fails in appeal bid. https://www.theguardian.com/uk-news/2016/jul/28/ victorino-chua-hospital-nurse-murdered-two-patients-loses-appeal-bid'. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
38. Steven Rourke, Tricia Ward. Healthcare Serial Killers: Patterns and Policies. August 14, 2017. www.medscape.com. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
39. Steven Rourke. Murderers in Medicine: Perpetrators and Policies. August 14, 2017. www.medscape.com. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
40. Kinnell HG, Serial homicide by doctors: Shipman in perspective. BMJ. 2000;321:1594-1597. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119267/. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
41. Lubaszka CK, Shon PC, Hinch R. Healthcare serial killers as confidence men. Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling. 2014.11:1-28. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jip.1394/abstract. Πρόσβαση Νοέμβριος 2018.
42. Ramsland K. Inside the Minds of Healthcare Serial Killers: Why They Kill. Westport, CT: Praeger Publishers; 2007.
43. US Department of Justice. Federal Bureau of Investigation. Serial murder. Multi-disciplinary perspectives for investigators. July 2008. https://www.fbi.gov/stats-services/publications/serial-murder. Accessed July 26, 2017.

Η νοσηρότητα του ελληνικού πληθυσμού στα Επτάνησα (15ος -19ος αιώνας)

Μαρία Μάνδυλα-Κουσουνή[1]
Έφη Πουλάκου-Ρεμπελάκου[2]
Κωνσταντίνος Τσιάμης[3]
Δημήτριος Ανωγιάτης- Pelé[1]

1 Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Ιστορική Δημογραφία», Τμήμα Ιστορίας, Ιόνιο Πανεπιστήμιο
2 Εργαστήριο Ιστορία της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
3 Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Λέξεις κλειδιά:
Τα Ιόνια νησιά υπό Βενετική και Αγγλική κυριαρχία, λοιμώδη νοσήματα και ιστορία της Ιατρικής, πανώλης και ιστορία

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:
Μαρία Μάνδυλα-Κουσουνή
τηλ: 2661038062, 6945028879
mariamandyla@hotmail.com

Περίληψη:

Στα Επτάνησα, τα οποία βρίσκονταν υπό Βενετική και στη συνέχεια υπό Αγγλική κατοχή, από τον 15ο μέχρι τον 19ο αιώνα, τα λοιμώδη νοσήματα ήταν υπεύθυνα για το μεγαλύτερο μέρος της νοσηρότητας και της θνησιμότητας του πληθυσμού. Η πανώλης ήταν το σημαντικότερο νόσημα, επεσκίαζε όλα τα άλλα νοσήματα και οι επιδημίες της προκαλούσαν εκατόμβες θυμάτων. Το νοσολογικό φάσμα όμως της εποχής ήταν ποικίλο και περιελάμβανε και άλλα λοιμώδη νοσήματα, σημαντικότερα από τα οποία ήταν η ευλογιά, η οποία ήταν κυρίως παιδική νόσος, η φυματίωση, η ελονοσία, ο τύφος, η μηνιγγίτιδα, τα αφροδίσια νοσήματα, η λέπρα, κ. ά. Εκτός από τα λοιμώδη υπήρχαν και άλλης αιτιολογίας νοσήματα, όπως το σκορβούτο, δερματοπάθειες, παθήσεις των οστών, κ. ά. Τα ονόματα των ασθενειών, τα προφυλακτικά μέτρα και η αντιμετώπισή τους διέφεραν ανάλογα με τον κατακτητή.

Εισαγωγή:

Η περίοδος που θα εξεταστεί αρχίζει τον 15ο αιώνα (κυρίως μετά την άλωση της Κωνσταντινούπολης) και τελειώνει τον 19ο αιώνα με την ενσωμάτωση της Επτανήσου στο ανεξάρτητο Ελληνικό κράτος (1864). Μετά την πτώση της Κωνσταντινούπολης το 1453 οι Οθωμανοί ολοκλήρωσαν την κυριαρχία τους στον ελληνικό χώρο με το τέλος του Κρητικού πολέμου (1669), με εξαίρεση τα νησιά του Ιονίου. Τα Επτάνησα ήταν θαλάσσιες υπερπόντιες κτήσεις της Βενετικής Δημοκρατίας από τα μέσα του 14ου ως τα τέλη του 18ου αιώνα. Η κατάκτηση των νησιών ήταν σταδιακή. Καθένα από τα νησιά παρέμεινε μέρος του Βενετικού Stato da Màr μέχρι τη διάλυση της Δημοκρατίας της Βενετίας από το Ναπολέοντα Βοναπάρτη το 1797. Το χρονικό αυτό διάστημα, δηλαδή από την κατάλυση της Βενετικής κυριαρχίας το 1797 μέχρι τα πρώτα χρόνια του Ιονίου Κράτους, τα Επτάνησα θα αλλάξουν διαδοχικά κυριάρχους (πίν.1), ενώ εκείνη την εποχή βρισκόνταν στο κέντρο μιας πληθυσμιακής μετακίνησης.

Κύματα προσφύγων μετακινούνταν από τα μέρη υπό οθωμανική κυριαρχία ή άλλα βενετοκρατούμενα τμήματα του ελλαδικού χώρου και εγκαθίσταντο σ' αυτά. (εικ.1) Αυτές οι έντονες πληθυσμιακές μετακινήσεις ήταν παράγοντας πολύ επικίνδυνος για τη μετάδοση διαφόρων θανατηφόρων κυρίως επιδημιών,

Νησιά	Κυριαρχία	Κατακτητές	Χρονολογίες (αφορά όλα τα Επτάνησα)	Κατακτητές (αφορά όλα τα Επτάνησα)
Κέρκυρα Αντικέρκυρα	1363-1797 1363-1715	Βενετοί	1797-1799	Δημοκρ. Γάλλοι
Αντικέρκυρα	1715-1718	Οθωμανοί	1799- 1800	Ρωσοτουρκικοί
Κέρκυρα	1718-1797 1386- 1797	Βενετοί Βενετοί	1800- 1807	Ιόνιος Γαλλοκρατία
Κεφαλονιά Ζάκυνθος Λευκάδα	1500-1797 1485-1797 1362-1479	Βενετοί Μέρος της ενσωμάτωσης των Ιόνιων	1807- 1814	Αυτοκρατορικοί Γάλλοι
	1479-1502	Οθωμανοί	1815- 1864	Άγγλοι
	1502-1503	Βενετοί	1864	Ένωση με την Ελλάδα
	1503- 1684	Οθωμανοί		
	1684 και επίσημα (συνθήκη Καρλοβιτς)	Βενετοί		
	1699-1797			
Θιάκη	1503-1797	Βενετοί		

Πίν. 1 Κατακτητές στα Επτάνησα

που μάστιζαν τότε Ανατολή και Δύση[1].(26) Επίσης η ναυτιλιακή θέση των νησιών διευκόλυνε μέσω της ναυτιλίας και του εμπορίου τη συγκοινωνία με τόπους στους οποίους κυριαρχούσαν πολλά λοιμώδη νοσήματα.

Εικ.1 Χάρτης που δείχνει τις διάφορες κτήσεις

Σε όλο αυτό το διάστημα, τα λοιμώδη νοσήματα, σε επιδημική ή ενδημική μορφή, ήταν υπεύθυνα για το μεγαλύτερο μέρος της νοσηρότητας και της θνησιμότητας του πληθυσμού.[2]

Κυριότερη ήταν η επιδημία της πανώλης, που το διάστημα αυτό έχουμε τη δεύτερη πανδημία της, αλλά και άλλες σοβαρές ασθένειες, όπως η σύφιλη και άλλα αφροδίσια, η ευλογιά, ο τύφος, η χολέρα, η ελονοσία, οι δυσεντερίες, η λέπρα, η φυματίωση, έπαιζαν ένα κυρίαρχο ρόλο και πολλές φορές αποδεκάτιζαν πληθυσμούς.

Οι πληροφορίες για τις διάφορες ασθένειες και επιδημίες προέρχονται από ποικίλες πηγές ανάλογα με την εποχή.

Η συνηθέστερη αναφορά των πηγών σε ασθένειες αφορά στην πανώλη,[3] (17, 11, 20) γιατί ο φόβος, που οι επιδημίες της προκαλούσαν, έκανε όλες τις άλλες ασθένειες να υποτάσσονται σ' αυτή, να αφομοιώνονται με αυτή. Άλλωστε στην προπειραματική ιατρική υπήρχε μία ιδιάζουσα τυπολογία, βάσει της οποίας το εξωτερικό σύμπτωμα έπαιζε τον καθοριστικό ρόλο, με αποτέλεσμα η μία αρρώστια να εντάσσεται στην άλλη, ώστε οι γιατροί να μην μπορούν να τις ξεχωρίσουν. Εδώ το σύμπτωμα θεωρείται ως μία αυθύπαρκτη νόσος, όπως π.χ. οι πυρετοί, ή οι «θέρμες», που μπορεί να συνυπάρχει με άλλες αρρώστιες. Εκείνο που είχε σημασία ήταν ότι όλες οι ασθένειες υποτάσσονταν βασικά όχι στην πανώλη, αλλά στο κυρίαρχο γεγονός της επιδημίας του λοιμού, σ' ένα συγκεκριμένο τόπο και χρόνο. (23) Η ποικιλομορφία της πανώλης έκανε ώστε όλες οι άλλες ασθένειες να θεωρούνται ως πανώλη[4] , (36) όπως συνέβη με τη σύφιλη, η οποία

1 Σημαντικό ήταν το κύμα προσφύγων από την Κρήτη, που ζητούσαν άσυλο στα Βενετοκρατούμενα Ιόνια νησιά μετά την κατάληψη του Χάνδακα από τους Οθωμανούς (1669). Το πρώτο μεγάλο προσφυγικό κύμα στα Επτάνησα ήταν μετά την απώλεια των βενετικών κτήσεων στην Πελοπόννησο, τέλη του 15ου και αρχές του 16ου αιώνα, βλ. ΧΡ. ΜΑΛΤΕΖΟΥ, Ιστορία του Ελληνικού Έθνους, τόμ. Ι,΄ σ.215-218

2 Μολονότι, κατά την περίοδο που μελετάται, η Επιδημιολογία δεν είχε οργανωθεί σε επίπεδο επιστήμης, μερικές παρατηρήσεις, σχετικά με τα νοσήματα που επικρατούσαν, την αιτιολογία τους και την επίδραση του περιβάλλοντος, γινόνταν από γιατρούς της εποχής, πολλοί από τους οποίους ήταν και περιηγητές.

3 Πανώλης: η λέξη ήταν αρχικά επίθετο, ο, η πανώλης, το πανώλες (πανώλεθρος, σφόδρα ολέθριος). Στη νεώτερη ιατρική ελήφθη ως ουσιαστικό όνομα οξείας λοιμώδους νόσου, πολύ θανατηφόρου, γνωστής με το κοινό όνομα 'πανούκλα'. Σε μερικά μέρη λέγεται και 'σκορδούλα' ή κατ' ευφημισμό 'ευλογημένη', λόγω δε της μεγάλης θνησιμότητας και 'θανατικό'. Η λέξη πανούκλα, και στην Κρήτη πανώγλα, προέρχεται από την μεταγενέστερη λατινική και παράγεται από το panus, είδος οιδήματος, βλ. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Θ. Ε. «Η πανώλης εν Κρήτη: Συμβολή εις την ιστορίαν των επιδημιών της νήσου», σ. 118 και ΑΝΔΡΙΩΤΗΣ Ν.Π., Ετυμολογικό λεξικό της κοινής νοελληνικής, σ.261. Επίσης σύμφωνα με τον Ηπίτη, «*η πανώλης ως και αι ευλογίαι και το γαλλικόν πάθος είναι νέα αρρωστία και άνωθεν και εξ' αρχής συνεχέθη παρά των ιατρών ποτέ με τον κολλητικόν τύφον ή την λοιμικήν, και ποτε με την σηπτικήν σπλενίτιν των κτηνών. Ταύτην την σύγχισιν μαρτυρεί και αυτή η λέξις 'λοιμός΄(πανώλη, pestis, δια της οποίας οι αρχαίοι εσήμαινον όχι μόνον πάσαν θανάσιμον και οποσδήποτε κακοήθη νόσον, ως λιεντερίαν, δυσεντερίαν, άνθρακας, ερυσίπελας κ.λ.π. μάλιστα, όταν απ' αυτά έπασχον πολλοί εν ταυτώ, αμμή και πάσαν βλάβην προξενουμένην εκ κακοτροπίας τινός και αυτόν τον πόλεμον», βλ.ΗΠΙΤΗΣ ΠΕΤΡΑΚΗΣ Κ.Π., Λοιμολογία ή περί της πανώλης, προφυλάξεως και εξολοθρεύσεως αυτής. Μάλλον εις χρήσιν των ανιάτρων*, σ.3.

4 Συνήθως αναφέρεται στις πηγές ότι το έτος που εμφανιζόταν η πανώλη ήταν ελεύθερο από άλλες επιδημίες. Ακόμη για να πούμε με ασφάλεια ότι πρόκειται για επιδημία πανώλης πρέπει, σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα, να έχουμε ενημέρωση για τον επιδημιολογικό κύκλο της νόσου, την έντασή της, την περιοδικότητά της και την κλινική της εικόνα. Όμως ποτέ οι πληροφορίες από τις πηγές δεν καλύπτουν όλα αυτά τα δεδομένα. Ιδιαίτερα τις πρώτες ημέρες που εμφανίζεται η πανώλης είναι δύσκολη η διαφορική διάγνωση από άλλα λοιμώδη νοσήματα, τα οποία εμφανίζονται με παρόμοια κλινικά συμπτώματα και σημεία. Σύμφωνα με τα ιατρικά δεδομένα της εποχής μας η πανώλης έχει χρόνο επώασης από 1 έως12 ημέρες, συνήθως όμως από 2 έως 4 ημέρες. Μετά τον χρόνο επώασης εμφανίζεται η οξεία και συχνά η κεραυνοβόλος μορφή της νόσου, με τη μορφή ή της αδενικής (βουβωνικής), πνευμονικής, σηψαιμικής, φαρυγγικής ή μηνιγγιτιδικής πανώλους. Τα συμπτώματα είναι ρίγη, υψηλός πυρετός, κεφαλαλγία, ταχυκαρδία, έμετοι και μεγάλη κακουχία. Ταυτόχρονα σχεδόν διογκώνονται και οι λεμφαδένες, ενώ μετά παρέλευση 1-2 εβδομάδες εμφανίζεται και έντονη αιμορραγική διάθεση, η οποία οφείλεται στην επίδραση της πανωλικής τοξίνης στα αγγεία. Ο ασθενής έχει άγριο βλέμμα και αγωνιώδες προσω-

κατά την πρώτη επιδημία της ονομάστηκε και ασθένεια των βουβώνων και συγχεόταν με την πανώλη. Ο γιατρός του 19ου αιώνα Π. Ηπίτης γράφει χαρακτηριστικά το 1816: *Η πανώλη είναι πολυμορφοτάτη αρρώστια, έξω από ελαφρόν πονοκέφαλον, ολίγην ζάλην και στομαχόπονον δεν αισθάνεται ενίοτε ο πάσχων τίποτε άλλο, άλλος πάλιν είναι μόνον ολίγον ανήμπορος, έχει ένα, δύο βουβώνας τους οποίους θεωρεί ως συμπτώματα γαλλικού πάθους, ο τρίτος κατάκειται, παντάπασιν αδυνατισμένος, χωρίς άλλα σημεία της πανώλης και στοχάζεται ότι πάσχει από λοιμικήν, ο σύντροφός του αισθάνεται φρίκην, θέρμην, ιδρόνει, παύουν όλ' αυτά προς καιρόν και πιστεύει ότι άρπαξε τον διαλείποντα πυρετόν, η βλέπων μελανάς κηλίδας επάνω εις το σώμα του, στοχάζεται ότι έχει πελίωσιν (scorbutus).*(36)

Ονομασίες ασθενειών:

Οι ονομασίες των διαφόρων ασθενειών διαφέρουν από τόπο σε τόπο και ανάλογα με τον κατακτητή, (πίν.3, 4, 5, 6, 7) δηλαδή η ορολογία προσαρμόζεται κάθε φορά από την τοπική διάλεκτο, τις επικρατούσες αντιλήψεις και τις γνωστικές ικανότητες του λαού[5]. (32, 40)

ελληνικά	ιταλικά	τούρκικα
Αδυναμία του στομάχου	Δεπολέτσα δέλο στόμακο	Μετινούν ζαϊφλουού
Αδυναμία του στήθους	Δεπολέτσα δελ πέττο	Κεουκσουνούν ζαϊφλουού
Αδυναμία των νεύρων	Δεπολέτσα δέοι νέρβοι	Σινιρλερούν ζαϊφλουού
Αγχίλωσις (κριθαράκι)	Αγκίλωσι	αρπατζίκ
Αιματόρροια	Αιματουρία	Κανλού ισεμέ
Αιματέμεσις	Αιματέμεσις	Καν κουσμασή
Αιμορραγίαι εσωτερικαί	Αιμορραγίαι ιντέραι	Μπασούρ κανή
Αιμορραγίαι εξωτερικαί	Αιμορραγίαι εστέρναι	ραάφ
Αιμορραγίαι της μύτης	Αιμορραγίαι δελ νάζο	Πουρνουνούν καν ακμησί
Αμαύρωσις (παντελής τύφλωση)	Γότα σερένα	Καρά σου
Αμηνόρρροια	Αμηνορρέα	Χαΐζ χαψί
Απόστημα του πνεύμονος	Βόμικα	Ακ τζιερούν βερεμί

Πίν. 3 Ονομασίες ασθενειών ανάλογα με τον κατακτητή

Βήχας ερεθιστικός	τόσσε	ουζουρούκ
Βρογχίτις	βρογχίτιδε	Κασαμπά ιριγέ ιλτιχαπί
Βρογχοκήλη	Γότσο	ουρ
Εντερίτις	εντερίτιδε	Μπαϊρσάκ ιλτιχαπού
Επιληψία	επιληψία	Σαρά και χαβαλέ
Ερυσίπελας (ανεμοπύρωμα)	ερυσίπυλα	ιλαντζίκ
Ευλογία (ευλογιά)	βαϊόλο	τζιτζέκ

Πίν. 4 Ονομασίες ασθενειών ανάλογα με τον κατακτητή

Ονομασία ασθενειών στα μέρη που βρίσκονται υπό Βενετική κυριαρχία:

Από τα διάφορα πιστοποιητικά θανάτου, στα Επτάνησα την εποχή της Βενετοκρατίας, οι ασθένειες αναφέρονται με ιταλικούς όρους, π. χ. ευλογιά (βαιόλο) (πιν.4). Από αυτά τα πιστοποιητικά μαθαίνουμε τη νοσολογία της εποχής στα Επτάνησα. Σ' αυτά τα πιστοποιητικά θανάτου εκτός από τη θέρμη κοντίνουα, (πιν. 5) θέρμη μαλίγνια (maligna, κακοήθης), που ήταν οι συχνότερες αιτίες νόσησης και θανάτου, ή καρκίνωμα (κάγκρο), (πιν. 5) αναφέρονται και άλλες αρρώστιες με διάφορες ονομασίες, όπως: σύγκοπε η συγκοπή, κονβολτσιόνε, οι σπασμοί, (πιν.6) πάθη του δέρματος (μαλατίαι δέλα πέλε), πανώλης, (πέστε), πλευρίτιδα (πούντα) (πιν.7) Αναφέρεται ακόμη στις αιτίες θανάτου ότι «*ο δείνα απέτυχεν της παρούσης ζωής*», ή για τις γυναίκες ότι πέθαναν στο «*γέννημα*» (το παιδί) ή από «*ανάγκη της λεχονιάς*» ή από «*γγαστρία*» ή «*εμπόδιον της γέννας*» ή από «*κανκάρενα*» (cancrena, γάγγραινα). (40)

Θέρμη εφήμερος	Φέπρε κουοτιδιάνα	Σουτμά ταΐμέ γευμιέ
Θέρμη συνεχής	φέπρε κοντίνουα	χουμά
Θέρμη διαλείπουσα	Φέπρε ιντερμιτέντε	σουτμά
Θέρμη λοιμική	Φέπρε μαλίγνια	Χουμάΐ ρετιέ
Καρκίνωμα	Κάγκρο	σαρατάν

Πίν. 5 Ονομασίες ασθενειών ανάλογα με τον κατακτητή

Πολλές φορές στα πιστοποιητικά θανάτου σημειώνεται μόνο «από αρρώστεια», ή από «*φυσική ασθένεια*» ή «*φυσικό πάθος*» (malatia fiscica ή naturale) και διευκρινίζεται «*ανευ υποψίας λοιμικής*» ή «*χορίς φόβον της πανούκλας*». Υπάρχει ακόμη και ο αιφνίδιος θάνατος η «*μόρτε σούμπιτα*». (40)

Οι ασθένειες εκείνη την εποχή δεν είχαν οι ίδιες μία δική τους ταυτότητα, μία νοσολογική οντολογία. Υπήρχε μονάχα ο τόπος, αλλά και η κράση του ίδιου του ασθενή, που καθόριζαν κατά πόσο μία επιδημία θα ήταν καταστρεπτική ή όχι. Έτσι π.χ. στην Κέρκυρα,

πείο (πανωλικό προσωπείο), ενώ παράλληλα εμφανίζονται και σοβαρά συμπτώματα από το κεντρικό νευρικό σύστημα, όπως θόλωση της διάνοιας, παραλήρημα,ή/και μανιακή διέγερση, βλ. ΤΣΙΑΜΗΣ ΚΩΝ., «Ιστορική και επιδημιολογική προσέγγιση της πανώλους κατά τους Βυζαντινούς χρόνους (330-1453 μ.Χ.), σ. 63.

5 Θα αναφερθούν ενδεικτικά κάποιες ονομασίες από ασθένειες και στις 3 διαλέκτους δηλ. ελληνικά, ιταλικά και τουρκικά, αφού η ίδια ασθένεια είχε διαφορετική ονομασία στα μέρη που βρίσκονταν υπό Οθωμανική και Βενετική κυριαρχία. Ονόματα ασθενειών βρίσκουμε σε διάφορα συγγράμματα της εποχής, σε γιατροσόφια, σε πιστοποιητικά θανάτου. Σχετικά με ονομασίες ασθενειών κατά τη διάρκεια της Οθωμανικής αυτοκρατορίας βλ. ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΠΥΡΡΟΣ, Εγκόλπιον ιατρών, ήτοι Πρακτική Ιατρική, σ. 5-242. Για τις ονομασίες ασθενειών κατά τη διάρκεια της Βενετικής κυριαρχίας βλ. Α. Χ. ΤΣΙΤΣΑΣ, «Περιπλάνση στα ταφολόγια», σ. 19-21

Πολυϋπνία	σονολέντσα	σουπάτ
παραλυσία	παραλυσία	φαλίτζ
Ρευματισμός	ρευματίσμο	ριχταγιάρ
Ραχίτις	ραχίτιδε	Αρκά ιλετί
Σπασμός	κονβολσιόνε	Ρασσέ
Συγκοπή	σύγκοπε	γκας
Τέτανος	τέτανο	Τεσενούζ
υδροκήλαι	υδροτσέλαι	Ιτσισκάΐ χουσιγετέν

Πίν. 6 Ονομασίες ασθενειών ανάλογα με τον κατακτητή

Λέπρα	Λέπρα	τζουζάμ
Πάθη του δέρματος	Μαλατίαι δέλλα πέλε	Ιλέτ ντζιλδιέ
Πανώλης (πανούκλα)	πέστε	Γιμουρτζάκ και ταούν
Παρωτίδες (μαγουλίθραι), παρωτίτιδα	παρώτιδε	Κουλάκ τσιπανί
Πλευρίτις	Πλευρίτιδα και πούντα	ζατουλτζέμ
ποδάγρα	Γότα ποδάγρα	νυκρύζ
Πόνος και ταραχή της κοιλίας των βρεφών	Δολόροι ε τορμέντοι δελ βέντρε	Γιουρέκ αγρισί

Πίν. 7 Ονομασίες ασθενειών ανάλογα με τον κατακτητή

το κλίμα, ο αέρας, σύμφωνα με τον Βλασσόπουλο, (14) έπαιζαν πολύ μεγάλο ρόλο στη νοσηρότητα του πληθυσμού στην εποχή της βενετοκρατίας.

Νοσολογία της εποχής

Για να έχουμε μία πλήρη εικόνα της νοσολογίας της εποχής θα δούμε τη συχνότητα των κυριοτέρων ασθενειών και τα μεγαλύτερα επιδημικά κύματα που έπληξαν τον πληθυσμό των Επτανήσων κατά ασθένειες και κατά χρονολογική σειρά στο διάστημα από το 1453-1864.

Η πανώλη κυριαρχεί και είναι η χειρότερη μάστιγα σε όλα τα Επτάνησα (πίν.8), αφού οι επανειλημμένες εξάρσεις της αφήνουν έντονα τα ίχνη τους. Φυσικά σ' ένα συγκεκριμένο τόπο συνυπάρχουν πολλές ασθένειες, τις οποίες την περίοδο εκείνη δεν ήταν πολλές φορές δυνατόν να τις ξεχωρίσουν.

Οι Κερκυραίοι είχαν ένα μόνιμο φόβο τότε για την πανώλη, την αποκαλούσαν "θεία μάστιγα",(23) και γενικά στα Επτάνησα την συνέδεαν με διάφορες δεισιδαιμονίες, π. χ. με τη δράση των βρυκολάκων. Αυτό, ίσως έχει σχέση με τη μη κανονική διαδικασία ταφής, αλλά με την ύπαρξη ομαδικών ταφών, που ήταν πολύ συνηθισμένο φαινόμενο στις εποχές των μεγάλων επιδημιών.

χρονολογία σε αιώνες	νησιά	αναθέτουμε σε μορφή ενσάρκωσης
15ος [1494-1520]	όλα τα επτάνησα	πανώλης
16ος [1537-1540]	Κέρκυρα [αθωμανικά στρατεύματα]	πανώλης
17ος [1617]	Ζάκυνθος	πανώλης
17ος [1627-1628]	όλα τα επτάνησα	πανώλης
17ος [1629-1630]	Κέρκυρα	πανώλης
17ος [1645-1646]	Ζάκυνθος	πανώλης
17ος [1650]	όλα τα επτάνησα	πανώλης
17ος [1688-1689]	Ζάκυνθος	πανώλης
17ος [1690-1691]	Ζάκυνθος	πανώλης
18ος [1720]	Ζάκυνθος	πανώλης
18ος [1742]	Κεφαλλονιά	πανώλης
18ος [1758-1760]	Κεφαλλονιά	πανώλης
18ος [1743-1744]	Λευκάδα	πανώλης
18ος [1815-1816]	Κέρκυρα	πανώλης
19ος [1816]	Κεφαλλονιά	πανώλης

Πίν. 8 Ανά αιώνα η επικράτηση της πανώλης στα Επτάνησα

1. Πανώλης

15ος αιώνας:

Τα Βενετοκρατούμενα Επτάνησα πλήττονταν από την επιδημία πανώλης τον 15ο αιώνα. Ιδιαίτερα ευάλωτη ήταν η Κέρκυρα. Η θέση του νησιού, (εικ. 32) εμπορικά δρομολόγια από την Ανατολή και η χρησιμοποίησή του ως ενδιάμεσου σταθμού ανεφοδιασμού των πλοίων, εξέθεταν τους κατοίκους του στον κίνδυνο να μολυνθούν από επιδημικές ή άγνωστες στην Ευρώπη ασθένειες. Κάποιες επιδημίες πανώλης στα Επτάνησα αυτή την εποχή είχαν σχέση με τις επιδημίες που εμφανίζονταν στην απέναντι ηπειρωτική Ελλάδα (εικ. 2) και που αποδίδονταν ακόμη και σε επιζωοτίες, δηλ. την εμφάνιση της νόσου στα ζώα. (23)

16ος αιώνας:

Τον 16ο αιώνα η δράση της πανώλης παρουσιάζει έξαρση στα εδάφη της ελληνικής χερσονήσου. Η προέλευσή της είναι από την Ιταλία. Αυτόν τον αιώνα η πανώλη επεκτείνεται γεωγραφικά σε όλη την Οθωμανική αυτοκρατορία και στα Επτάνησα.

Όλες οι περιπτώσεις εμφάνισης της πανώλης εί-

Εικ. 2 Χάρτης με τα Ιόνια Νησιά και την Ηπειρωτική Ελλάδα τον 15ο αιώνα.

χαν σχέση με πολεμικές επιχειρήσεις, αφού εκείνη την εποχή ο πόλεμος και η πανώλη συμβάδιζαν. Έτσι με την έναρξη του Γ΄ Βενετοτουρκικού πολέμου (1537-1540), η πανώλη κατά τη διάρκεια της δίμηνης πολιορκίας της Κέρκυρας πλήττει τα οθωμανικά στρατεύματα. (23)

17ος αιώνας:

Η Ανατολή θεωρείται ως αποκλειστική πύλη εισόδου και διάδοσης της πανώλης στη Δύση και τονίζεται ότι η παρουσία της στην Ανατολή οφείλεται στην απουσία μέτρων πρόληψης[6]. (12) Από το 1611, όμως, προσβάλλει όλη την ελληνική χερσόνησο και έχει προέλευση την Κωνσταντινούπολη. Το Γενάρη του 1611 εμφανίζονται τα πρώτα κρούσματα στην Κέρκυρα από ομάδες πληθυσμού που είχαν έλθει από την Παραμυθιά, όπου είχε ενσκήψει επιδημία. (5)

Από λοιμό και πανώλη προσεβλήθη η Ζάκυνθος κατά τα έτη 1617, οπότε κτίστηκε ο ναός των Αγ.Πάντων (21)

Η επιδημία έπληξε και την Κέρκυρα το 1629 (3). Εντοπίστηκαν το βράδυ των Χριστουγέννων τέσσερα κρούσματα πανώλης στην πόλη και οι υγειονομικές αρχές απεφάσισαν ότι η αρχή της επιδημίας εντοπιζόταν στο σπίτι του ευγενούς Οδηγητριανού Σαραντάρη (διδάκτορα του Δικαίου). (εικ. 3) Για την επιδημία, που έπληξε και την Κέρκυρα το 1629, είναι χαρακτηριστικός ο τρόπος που αντιμετωπιζόταν η πανώλη και ο τρόπος που προσδιοριζόταν τα αίτιά της.[7] (36) Η επιτροπή είχε καταλήξει στο συμπέρασμα ότι ένας υπηρέτης από το σπίτι αυτό χάρισε στη γυναίκα του οικοδεσπότη τούρκικα μάλλινα μαντήλια, που είχε πάρει από ξένο πλοίο, το οποίο δεν είχε ελεγχθεί από τους υγειονομικούς αυστηρά. Στη συνέχεια, η γυναίκα του Σαραντάρη έδωσε τα μαντήλια στην κόρη της, η οποία τα φύλαξε σε κάποιο μπαούλο και στη συνέχεια πέθανε.

Το μόλυσμα μεταδόθηκε σε όσους συγγενείς και φίλους πήγαν να συλλυπηθούν την οικογένεια. Η μετάδοση εδώ φαίνεται ότι έγινε μέσω ρούχων, δηλαδή από τα μαντήλια, και όχι από το πλοίο, αφού το καράβι που μετέφερε τα μαντήλια δεν είχε κανένα θύμα και ο υπηρέτης που μετέφερε το μόλυσμα δεν έπαθε τίποτα. Φαίνεται λοιπόν ότι κάποιες φορές οι πηγές μπορεί να είναι παραπλανητικές ως προς τα αίτια, όπως συμβαίνει εδώ, που προφανώς έδρασαν και

Εικ. 3 Το σπίτι του Σαραντάρη στην Κέρκυρα με τη σημερινή του μορφή.

άλλοι παράγοντες, όπως π.χ. τα μολυσμένα τρωκτικά.

Τα ληφθέντα έκτακτα υγειονομικά μέτρα όχι μόνο περιώρισαν την επιδημία στην Κέρκυρα, υπήρξαν μόνο 60 θύματα[8], (29, 21) αλλά και εμπόδισαν την εξάπλωση αυτής στα γειτονικά νησιά (21). Πιθανόν στην ίδια επιδημία του τέλους του 1629 και των αρχών του 1630 αναφέρεται και ο Clon Stèphanos λέγοντας ότι έγινε το 1627 και το 1628 και είχε προέλευση τη Βενετία ή την Αλβανία (23)

Το 1650 παρουσιάζεται μεγάλη επιδημία πανώλης πάλι στα Ιόνια Νησιά. Τη φορά αυτή ξεκίνησε από τη Δαλματία, από εκεί μεταδόθηκε στο βενετικό στρατό, ο οποίος, ενώ βρισκόταν στην Κρήτη, εμόλυνε τους εκεί πολεμούντας. Όλα τα πλοία που διέπλεαν το Ιόνιο είχαν μολυνθεί από το λοιμό. Η σοβαρή όμως επαγρύπνηση των ντόπιων υγειονομικών αρχών, η απομόνωση των κρουσμάτων στα λοιμοκαθαρτήρια (εικ. 4, 5) είχαν ως αποτέλεσμα να περιοριστεί η νόσος και να μην προκαλέσει μεγάλη φθορά του πληθυσμού. (21) Όμως στην Κέρκυρα, μετά το 1670 αναφέρεται απουσία της πανώλης για 140 χρόνια περίπου (31).

Η Ζάκυνθος προσεβλήθη από πανώλη το 1645-46, οπότε κτίστηκε ο ναός των Αγ. Σαράντα.[9] (21)

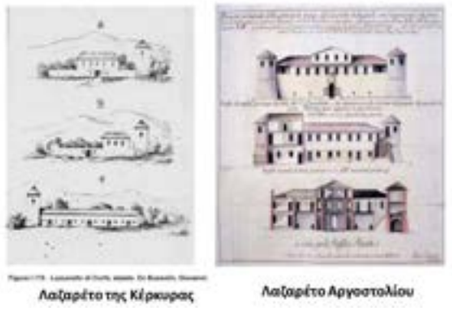
Για την επιδημία πανώλης στη Λευκάδα το 1644, ο ιστορικός Βλαντής επισημαίνει: Α*λλά των σεισμών και των πειρατών φοβερότερον δυστήχημα υπήρξεν η εν έτει 1644 ενσκήψασα επιδημία της πανώλους διαρκέσασα δύο ολόκληρα έτη και δρέψασα δύο και πλέον*

6 Τους αιώνες που ακολουθούν, η εμφάνιση της νόσου στην Ευρώπη περιορίζεται σημαντικά, χωρίς να προκαλεί πλέον πανδημίες. Αυτή η υποχώρηση της πανώλης στη Δυτική Ευρώπη οφείλεται και στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, στην άνοδο του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, την κατάκτηση γνώσεων σχετικά με την υγιεινή, την ιατρική επιστήμη, την ολοένα και καλύτερη κατανόηση των αιτίων των διαφόρων ασθενειών και τη θεραπευτική προσέγγιση, βλ.ΑΝΩΓΙΑΤΗΣ-ΡΕΛΕ Δ., ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΪΟΣ, «F.C.H.L. POUQUEVILLE, Η πανώλη τύπου Orientalis»,σ.15,16

7 Τα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα κάνουν γνωστό το ρόλο που διαδραματίζουν οι ψύλλοι και τα ποντίκια στην επιδημιολογία της νόσου, βλ. ΤΣΙΑΜΗΣ ΚΩΝ., «Ιστορική και επιδημιολογική προσέγγιση της πανώλους κατά τους Βυζαντινούς χρόνους (330-1453 μ.Χ.), σ. 66,67.

8 Ο λαός απέδωσε τη μη εξάπλωση του λοιμού σε υπερφυσική ενέργεια και μάλιστα στην προστασία του Αγίου Σπυρίδωνα. Από τότε σε ανάμνηση τελείται η καθιερωμένη λιτανεία την Κυριακή των Βαΐων, ημέρα της κατάπαυσης της νόσου, κανονισθείσα ως επίσημη λιτανεία δια του κανονικού διατάγματος της 7ης Ιουνίου 1630, βλ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΑΚΟΣ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΣΙΑΜΗΣ, ΜΑΡΙΑ ΜΑΝΔΥΛΑ-ΚΟΥΣΟΥΝΗ, ΈΦΗ ΠΟΥΛΑΚΟΥ-ΡΕΜΠΕΛΑΚΟΥ«Θαυματουργική θεραπεία κατά της πανώλης στη Νήσο Κέρκυρα από τον Άγιο Σπυρίδωνα: συμβολή στην Ιστορία της Ιατρικής, Ιατρικά Χρονικά Β.Δ. Ελλάδας, τομ.13, αρ.1, σ. 39-43.

9 Για το λοιμό αυτό ο Π. Χιώτης αναφέρει ότι το οικόπεδο, στο οποίο κτίστηκε ο ναός αυτός προσφέρθηκε από τον Μπατίστα Μοντσενίγο, ο οποίος δημοσίευσε και παραχωρητήριο συμβόλαιο, βλ.. Σ. ΘΕΟΤΟΚΗΣ, ό.π.σ. 62 ,63.



Εικ. 4 Λαζαρέτο της Κέρκυρας και της Κεφαλλονιάς

Εικ. 5 Το Υγειονομείο στη Λευκάδα

χιλιάδας ανθρώπων.(13)

Για την επιδημία της πανώλης στη Ζάκυνθο το 1688 κάνει λόγο ο Μάτεσης στο ημερολόγιό του και αναφέρεται στον αφανισμό της οικογένειας του Παχώμιου Ρούσανου κατά τον τρομερό λοιμό της 24ης Νοεμβρίου. Γράφει σχετικά: *Ηγροικήθηκε η πανούκλα στη Ζάκυνθο και εξεκλήρισε ο Ρούσανος και ο Κουραμάλης.*(32) Πανώλης παρουσιάστηκε στη Ζάκυνθο επίσης το 1689, όπου με την κατάπαυση της νόσου το 1689 κτίστηκε ο ναός του Αγ. Γεωργίου[10]. (7, 21) Επίσης άλλη επιδημία ήταν το 1690 και κατέπαυσε την 1η Νοεμβρίου του 1691, οπότε έγινε επίσημη λιτανεία στο νησί από τον ναό του Αγ. Μάρκου.

18ος αιώνας:

Ο 18ος αιώνας είναι ο κατ' εξοχήν αιώνας της πανώλης.(23) Οι βασικές εστίες της αυτή την εποχή είναι η Κωνσταντινούπολη και η Αίγυπτος.

Αιτία αυτής της τόσο συχνής παρουσίας της είναι αφ' ενός η οικονομική άνθηση, που παρατηρείται τον αιώνα αυτό, και αφ' ετέρου η αύξηση του πληθυσμού, που διευκολύνει την συχνότερη και ταχύτερη μετάδοσή της.

10 Κτίστηκε στην πρωτεύουσα του νησιού και μεταφέρθηκε εκεί μία εικόνα από την εκκλησία του Αγίου Δημητρίου, η οποία ήταν ιδιοκτησία του Carlo Publio Cola, ενός ευγενούς και εξέχοντος μέλους της τοπικής κοινωνίας, βλ. LEGRAND EMILE, PETIT LOUIS et PERNOT HUBERT, Bibliographie Hellénique, σ.78 και Σ. ΘΕΟΤΟΚΗΣ, σ. 62, 63

Στη Ζάκυνθο ενέσκηψε φοβερή επιδημία κατά το έτος 1720. Η Ζάκυνθος, κέντρο εμπορίου και σταθμός αυτών που πήγαιναν από τη Δύση στην Ανατολή και αντίστροφα, συχνά μαστιζόταν από επιδημίες, οι οποίες προκαλούσαν μεγάλες καταστροφές. Η αυστηρή επίβλεψη που τηρούνταν στο παρελθόν στα παράλια είχε χαλαρώσει. Τα εμφανιζόμενα αρχικά κρούσματα θα μπορούσαν ίσως να περιοριστούν, αν λαμβάνονταν τα κατάλληλα υγειονομικά μέτρα της απομόνωσης. Δυστυχώς όμως ούτε στην πόλη, ούτε στην εξοχή έγινε η διάγνωση της νόσου και δεν λήφθηκε καμμία προφύλαξη, μέχρις ότου ενόσησαν στρατιώτες, πέθαναν και έτσι επιβεβαιώθηκε το νόσημα. Αρχικά εμφανίστηκαν πολλά κρούσματα σε άνδρες της φρουράς της συνοικίας του Αγίου Παύλου. Από τη συνοικία αυτή η νόσος μεταδόθηκε στη συνοικία του Αγίου Αντωνίου, όμως και το χωριό Μανάτο ήταν προσβεβλημένο από το λοιμό. *Τότε μόνο η υγειονομική αρχή έλαβε μέτρα, με σκοπό να περιορίσει την επιδημία, απομονώσασα τις συνοικίες, καύσασα τα υπάρχοντα των λοιμόβλητων και διακόψασα τη συγκοινωνία. Ο λαός καταληφθείς από πανικό κατέφυγε στις εκκλησίες και τα ξόρκια ετέθηκαν σε ενέργεια, κάθε δε ημέρα παρουσιάζονταν αγύρτες και απατεώνες, οι οποίοι διαλαλούσαν την περιστολή του κακού. Μετά την κατάπαυση της νόσου, ανηγέρθηκε ναός προς τιμήν του Αγίου Χαραλάμπους (19) και η κοινότητα διέταξε ετήσια λιτανεία της εικόνας.*[11] (21)

Το 1742, 1759, 1760, πλήττεται και η Κεφαλονιά.

Το 1743 η πανώλη μεταφέρεται στη Λευκάδα από το Ζάχο Ρογγέντο, μετά από την επιδημία στη Μεσσήνη και την Νότιο Ιταλία.(23) Αυτή είναι η τελευταία φορά που η προσβολή προέρχεται από τη Δύση.

Στην επιδημία του 1744 στη Λευκάδα οι κάτοικοι της πόλης θα προσκαλέσουν μόρτηδες[12] (23) από την Άρτα για να θάψουν τους νεκρούς τους. Μέχρι τότε αυτά τα καθήκοντα τα είχαν οι χωρικοί. Όταν οι μόρτηδες από την Άρτα έφθασαν στην Λευκάδα, βρήκαν 40 άταφα πτώματα. και μέχρι το τέλος της επιδημίας θα θάψουν ακόμη άλλους 800 νεκρούς.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η ταφή των νεκρών την εποχή της Βενετοκρατίας στα Επτάνησα δεν γινόταν σε συγκεκριμένα νεκροταφεία, αλλά μέσα στις εκκλη-

11 Εις την πύλη του ναού σώζεται επιγραφή στα ελληνικά και τα λατινικά, η οποία αναγράφει την αφιέρωση του ναού στον άγιο Χαράλαμπο και την αιτία της ανοικοδόμησής του. Η επιγραφή αυτή έχει ως εξής: «ΛΟΙΜΟΥ ΛΥΘΕΙΣΑ ΠΟΛΙΣ ΖΑΚΥΝΘΙΩΝ
ΝΥΝ ΤΩ ΛΥΤΗΡΙ ΧΑΡΑΛΑΜΠΕΙ ΤΕΜΕΝΕΙ
ΧΑΡΙΝ ΑΜΟΙΒΗΣ ΤΩΝ ΔΕ ΝΑΟΝ ΕΚ ΒΑΘΡΩΝ
ΚΟΙΝΗ ΔΑΠΑΝΗ ΤΩΝ ΕΝΟΙΚΩΝ Ω ΘΕΜΙΣ
ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ ΤΟ ΣΩΤΗΡΙΟΝ ΑΨΚΗ
Και στα λατινικά: TEMPLUM DIVO MARTYRI CHARALAMBO
CIVITAS PESTILENTIAE AFLICTA
VOTUM FECIT
GRATIAM OBTINUIT
ANNO MDCCXXVIII, βλ. Σ. ΘΕΟΤΟΚΗΣ, σ. 63,64.

12 Οι μόρτηδες ή απόλοιμοι ήταν μία ομάδα ανθρώπων που είχαν κάποια ανοσία από την πανώλη. Γι' αυτούς βλ. Κ. Π. ΚΩΣΤΗΣ, σ. 229

σίες, ή στις αυλές τους ή σε ιδιόκτητες εκκλησίες ή σε οικογενειακές επαύλεις, με αποτέλεσμα να είναι σοβαρή εστία μόλυνσης.

19ος αιώνας:

Γενικά η πανώλη έχει μικρότερη ένταση στις αρχές του 19ου αιώνα απ' αυτήν του προηγούμενου. Από το 1812, όμως, η εμφάνιση της είναι δριμύτερη. (16) Ο Άγγλος περιηγητής W. Macmichael (8) αναφέρει ότι οι επιδημίες πανώλης στην Οθωμανική αυτοκρατορία κατά τις δύο πρώτες δεκαετίες του 19ου αιώνα ήταν από τις πιο *φονικές της τουρκοκρατίας. Γενικά, πόλεις και χωριά εγκαταλείπονταν και οι μολημένοι περιπλανώνται εις τα βουνά και αφ' ου αποθνήσκουν….* απομένουν άθαφτοι... (23)

Από όλες τις τελευταίες επιδημίες αυτή του 1812-1819 ήταν και η σπουδαιότερη και δήλωνε το τέλος της δεύτερης πανδημίας της πανώλης στην Ανατολή. (23)

Τον 19ο αιώνα, και ενώ τα Επτάνησα βρισκόνταν υπό Αγγλική κατοχή, η πανώλη εμφανίστηκε στην Κεφαλονιά. Συγκεκριμένα εμφανίστηκε το 1816 από τα ρούχα δύο χωρικών, που τα είχαν κλέψει από δύο πεθαμένους που βρήκαν στο δρόμο τους, επιστρέφοντας από την εποχική τους απασχόληση στην Αλβανία. (23) Στην Κέρκυρα η επιδημία του 1815-1816 αφάνισε ένα ολόκληρο χωριό, τον Μαραθιά (23, 38, 24), όπου τα πρώτα κρούσματα της πανώλης θα θεωρηθούν σαν εκδίκηση του πνεύματος ενός άνδρα, που είχε δολοφονηθεί πριν λίγους μήνες έξω από το χωριό. (39) Οριζόμενοι οικισμοί του νησιού, κυρίως στο Νότο, πλήττονταν σοβαρά, όμως οι νεκροί δεν ήταν περισσότεροι από επτακόσιους, σ' ένα σύνολο πληθυσμού 50.000 ανθρώπων. Το χωριό Μαραθιάς πυρπολήθηκε, απαγορεύθηκε η επικοινωνία των κατοίκων με άλλα τμήματα του νησιού και οι κάτοικοί του μεταφέρθηκαν σε ειδικά στρατόπεδα.

Για την επιδημία αυτή της πανώλης ο Hennen αναφέρει ότι ήταν 'εισαγόμενη'και ότι την περιέγραψε ο Dr. Granvill. (4) Στις 27 του Δεκέμβρη ο Μαραθιάς είχε 3 νεκρούς και ο Χλωμός, που η αρρώστεια είχε εμφανιστεί από τις 26 του μήνα, 2. Η προκήρυξη του στρατηγού James Campell στις 27 του Δεκέμβρη ανέφερε: «Επειδή το κολλητικόν Πάθος το οποίον με το χθεσινόν μας Προκήρυγμα εδημοσιεύσαμεν, και το οποίον επρωτοφάνη εις το χωρίον Μαραθιά, το εις την περιοχήν του Λευκίμου,....δια τούτο η Τελεσιουργός Διοίκισης, επειδή εγνώρισε πολλά αναγκαία εις τούτο μια προφύλαξιν της Κοινής Υγείας επρόσταξεν αμέσως να καύσωσι το αυτό Χωρίον..» (5) Σύντομα το θανατικό μεταδόθηκε στα χωριά της περιοχής, Περιβόλι, Ρουμανάδες και Αργυράδες, και στη συνέχεια στους Αναπλάδες, Αγίους Θεοδώρους και Άγιο Δημήτριο. Στις 26 του Φλεβάρη του 1816, επί αρμοστίας Μαίτλαντ, ανακοινώνονται για πρώτη φορά 257 νεκροί, μολυσμένοι στα λοιμοκαθαρτήρια 59 και ύποπτοι μόλυνσης 269.

Εικ.6 Ομαδικός τάφος πανουκλιασμένων στο Μαραθιά

Εικόνα 7. Από τάφο πανουκλιασμένων στο χωριό Χλωμός Κέρκυρας

Τους νεκρούς τους έθαβαν σε ομαδικούς τάφους, (εικ.6) όπου τοποθετούσαν την επιγραφή: *Τάφος πανουκλιασμένων, απέχθεσθε*. (εικ.7)

Στις 18 του Μάη νέα ανακοίνωση του Μαίτλαντ ανέφερε ότι η επιδημία σταμάτησε. Το 1817 που ο περιηγητής Williams επισκέφθηκε την Κέρκυρα αναφέρει ότι, σύμφωνα με μαρτυρίες, η πανώλη σταμάτησε από θαύμα του Αγίου Σπυρίδωνα μαζί με την αυστηρή στρατιωτική πολιτική του Άγγλου Κυβερνήτη Sir Thomas Maitland. Ακόμη και τα φυλλάδια που εξέδιδε το Υγειονομείο έγραφαν 'στο όνομα του Θεού και με την μεσολάβηση του Αγίου Σπυρίδωνα'.(6) Έγγραφο δε του ηγούμενου της Μονής της Αγίας Τριάδας του χωριού Αργυράδων προς τον πρόεδρο της Γερουσίας στις 30 Μάρτη του 1818 δηλώνει την άσχημη κατάσταση που βρέθηκε το μοναστήρι, λόγω αυτής της επιδημίας του 1815. *Όλα εκάησαν*, όλα εφθάρησαν εις την παρελθούσαν περίστασιν της πανώλης, επειδή και εκεί έγινεν Νοσοκομείον. *Αφήνω την φθοράν εις κρασί και λάδι και μελίσσια όπου έκαψαν*... (28)

2. Ευλογιά:

Γενικά: Η ευλογιά έπλητε κυρίως νεαρές ηλικίες και ειδικά παιδιά και εξελισσόταν βασικά σε μία παιδική ασθένεια. Όμως μαζί μ' αυτή συνυπήρχαν και άλλες παιδικές ασθένειες, που παρουσιάζονταν, είτε υπό μορφή επιδημίας, είτε όχι και αποτελούσαν τις κύριες αιτίες θανάτου του παιδικού πληθυσμού.

Αυτές πολλές φορές συγχέονταν μεταξύ τους, αφού συνυπήρχαν.

Κατά τον 18ο αιώνα τα προφυλακτικά μέσα κατά της νόσου ήταν ο ευλογιασμός [13] (18, 27) και κατά τον 19ο αιώνα και τις πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα ο δαμαλισμός.

16ος αιώνας:

Από το δεύτερο ήμισυ του 16ου αιώνα έκαναν την εμφάνισή τους οι επιδημίες της ευλογιάς, (πίν.9) αλλά γι' αυτές μόνο από τον 17ο αιώνα διαθέτουμε πληροφορίες από μία ελληνική πηγή, το «χρονικόν» του Παπασυνοδινού[14] (9, 23), που το 1623 έχασε την κόρη του από ευλογιά σε ηλικία 3 ετών. Αναφέρεται η ευλογιά στη Ζάκυνθο το 1566, 1580 και 1582.

17ος αιώνας:Τον 17ο αιώνα η ευλογιά φαίνεται ότι είχε μετατραπεί σε παιδική ασθένεια, της οποίας τα επιδημικά κύματα εμφανίζονταν περιοδικά ανά τρία με πέντε χρόνια και οι άνθρωποι την είχαν συνηθίσει. (23) Η ευλογιά δεν θεωρείτο σταλμένη από τη θεία Πρόνοια και αφορούσε μόνο τα παιδιά.

1**8ος αιώνας.** Την Ζάκυνθο έπληξε η ευλογιά το 1713, όταν προσβλήθηκαν όλα τα παιδιά και το 1748, όταν εντός δυόμισυ μηνών τάφηκαν στον ναό

χρονολογία σε αιώνες	νησιά	ασθένεια σε μορφή επιδημίας
16ος αιώνας (1566)	Ζάκυνθος	ευλογιά
16ος αιώνας (1580)	Ζάκυνθος	ευλογιά
16ος αιώνας (1582)	Ζάκυνθος	ευλογιά
18ος αιώνας (1713)	Ζάκυνθος	ευλογιά
18ος αιώνας (1748)	Ζάκυνθος	ευλογιά
18ος αιώνας (1779)	Ζάκυνθος	ευλογιά
18ος αιώνας (1778-1779)	Κέρκυρα	ευλογιά
19ος αιώνας (1814)	Ζάκυνθος	ευλογιά
19ος αιώνας (1819)	Ζάκυνθος	ευλογιά
19ος αιώνας (1837)	Ζάκυνθος	ευλογιά
19ος αιώνας (1837)	Λευκάδα	ευλογιά
19ος αιώνας (1837)	Κεφαλλονιά	ευλογιά
19ος αιώνας (1841-1842)	Κέρκυρα	ευλογιά
19ος αιώνας (1852-1854)	Κέρκυρα	ευλογιά

Πίν.9 Επιδημίες ευλογιάς ανά αιώνα

της Φανερωμένης 37 νέοι. Η τελευταία αυτή επιδημία κράτησε από τον Απρίλη μέχρι τα μέσα Ιουνίου. (2) Ο Νικ. Πολίτης γράφει ότι την Αγία Βαρβάρα θεωρούσαν οι Ζακυνθινοί ως προστάτιδα της ευλογιάς. Το 1778 προσβλήθηκαν απο ευλογιά η Ζάκυνθος και η Κέρκυρα. Για την επιδημία του 1778 στην Κέρκυρα γράφει ο Βλασσόπουλος: *Από το Υγειονομείο δεν αποκόμισα παρά κατάστιχα ενός μόνου χρόνου, δηλαδή από τον Σεπτέμβρη του 1778 ως το τέλος Αυγούστου του 1779, κι αυτά κάθε άλλο παρά χρήσιμα ως προς τους θανάτους, μια και το χρόνο εκείνο ήταν τρομερή η προσβολή του δυστυχισμένου τούτου λαού από την ευλογιά, που έκαμε τη συνηθισμένη της πανωλεθρία, σε σημείο ώστε το χρόνο εκείνο ο αριθμός των νεκρών να ξεπεράσει το διπλό εκείνου των γεννήσεων.* (14)

Η παρουσία της στα Επτάνησα εκείνη την εποχή, όπως και άλλων παιδικών ασθενειών, δεν ήταν απαραίτητα επιδημική, αλλά μπορεί να δρούσε και σαν ενδημική νόσος.

19ος αιώνας:

Στα Επτάνησα η ευλογιά ήταν συχνή τον 19ο αιώνα, αφ' ενός μεν λόγω της συχνής επικοινωνίας του Ελληνικού πληθυσμού με μερικές πόλεις της Οθωμανικής αυτοκρατορίας, όπου ήταν σχεδόν ενδημική, αφ' ετέρου διότι οι κάτοικοι δύσκολα έκαναν το εμβόλιο κατά της ευλογιάς, όταν δεν υπήρχε η απειλή της επιδημίας. (2) Η απομόνωση των ασθενών και ο εμβολιασμός είχε ως αποτέλεσμα συχνά να τους σώζουν από μεγάλες δυστυχίες. Έτσι το 1814, αλλά κυρίως το 1817, η ευλογιά παρουσιάζεται απειλητική σε πολλά χωριά της Ζακύνθου[15]. (2, 19) Το 1837 έπληξε πάλι θανατηφόρα επιδημία την Ζάκυνθο, όπου υπήρξαν 145 θάνατοι μέσα στην πόλη. Πλήττονταν επίσης και η Λευκάδα και η Κεφαλλονιά. (34) Από το Δεκέμβριο μέχρι τον Ιανουάριο του 1841-1842 έπληξε την Κέρκυρα. Πρόκειται για μία επιδημία που προσβλήθηκαν 278 άτομα, εκ των οποίων πέθαναν τα 76. Η επιδημία αυτή κτύπησε κυρίως την Εβραϊκή συνοικία, στην οποία οι συνθήκες υγιεινής δεν ήταν καλές. Παρατηρήθηκαν ακόμη και μερικά σποραδικά κρούσματα μέχρι τον Ιούλιο του 1842, αλλά χωρίς κανένα θάνατο. (2) Μεγάλη πανωλεθρία παρατηρήθηκε, εξ αιτίας της ευλογιάς το 1852 στην Κέρκυρα από τις 27 Φεβρουαρίου του 1852 μέχρι τις αρχές του 1853. Σ' ένα πληθυσμό 70.885 κατοίκων προσέβαλε πάνω από 4300 άτομα, εκ των οποίων οι 800 πέθαναν. Η μεγαλύτερη έντασή της παρατηρήθηκε κατά το φθινόπωρο του 1852. Η πετεχειώδης μορφή ήταν πολύ συχνή. Η νόσος προσέβαλε όλες τις ηλικίες, αλλά και άτομα που είχαν εμβολιαστεί. Όμως από περίπου 4000 άτομα, τα οποία εμβολιάστηκαν μετά την έναρξη της επιδημίας, κανένα δεν αρρώστησε από ευλογιά. (2)

13 Η διαδικασία του ευλογιασμού ήταν μια τεχνητή ανοσοποίηση, μέσω ενοφθαλμισμού στο δέρμα από φλύκταινες ελαφρά πασχόντων (variolation) ή ευρισκόμενων στο στάδιο της ανάρρωσης. Με τον τρόπο αυτό εξασφάλιζαν ανοσία στους περισσότερους εμβολιασμένους, η οποία διαρκούσε εφ' όρου ζωής, εφ' όσον ο εμβολιασμός ήταν επιτυχής, βλ. Χ. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΤΣΙΑΜΗΣ, Μ. ΜΑΝΔΥΛΑ-ΚΟΥΣΟΥΝΗ, Ε. ΠΟΥΛΑΚΟΥ-ΡΕΜΠΕΛΑΚΟΥ, Δ. ΑΝΩΓΙΑΤΗΣ-ΡΕΛΕ, «Αποικιοκρατία και ευλογιά στα Ιόνια Νησιά κατά τη «βρετανική προστασία». Η περίπτωση του δαμαλισμού της Κέρκυρας (1852), σ.87. Η δυνατότητα να προφυλαχθεί κανείς από την ευλογιά με τον ενοφθαλμισμό πύου ανθρώπου πάσχοντος, δηλ. ο "ευλογιασμός", ήταν γνωστό από την αρχαία εποχή. Οι αρχαίοι Κινέζοι είχαν τη συνήθεια να τοποθετούν εσχάρες από τις φλύκταινες της ευλογιάς μέσα στη μύτη υγιούς ανθρώπου με σκοπό να τον προφυλάξουν από τη μόλυνση, βλ. ΜΑΡΙΑ ΜΑΝΔΥΛΑ-ΚΟΥΣΟΥΝΗ,«Οδοιπορικό στην ιστορία των εμβολίων, σ.112-116.

14 Συγκεκριμένα την πρώτη μνεία για την επιδημία ευλογιάς στον ελληνικό χώρο και μάλιστα στην Κρήτη κάνει ο C. Stèphanos. Ο Παπασυνοδινός είναι μάλλον ο πρώτος που χρησιμοποιεί τον όρο ευλογιά και όχι ο πρώτος που αναφέρεται σ' αυτήν, βλ. P. ODORICO, Conseils et mémoirs de Sinadinos, prêtre de Serrès en Macedoine (XVIe siècle), σ. 54-312 και Κ.Π. ΚΩΣΤΗΣ, σ.78 υπ. 261, 347, 348.

15 Το 1814 πέθαναν πάνω από 2000 στην Ζάκυνθο, βλ. Λ. Χ.Ζώης, σ. 199

3. Ελονοσία:

Μία μόνιμη μάστιγα για τους Έλληνες τους αιώνες αυτούς ήταν η ελονοσία. Η ελονοσία, όπως και η φυματίωση, αντιπροσωπεύουν κοινωνικά νοσήματα, και η καταπολέμησή τους και η αντιμετώπισή τους έχει πολύ μεγάλη σημασία. Ενδημεί σε διάφορες περιοχές, προτιμά όμως τα θερμά κλίματα, γι' αυτό και στον ελλαδικό χώρο είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη και επιφέρει μεγάλες καταστροφές. (εικ. 8) Στις αρχές του 19ου αιώνα υπήρχε μεγάλο πρόβλημα. Υπήρχαν σε όλο τον ελλαδικό χώρο τεράστιες ελώδεις εκτάσεις (10). Αποκαλείται με διάφορα ονόματα. Συνήθως, με τον όρο «θέρμες» υπονοούν την ελονοσία, αλλά επίσης και κάθε αιτία πυρετού.

Βενετοκρατία:

Στα Επτάνησα η θέρμη «κοντίνουα» (δηλ. συνεχής πυρετός) και η θέρμη «μαλίνια» ή «μαλίντα» (ο κακοήθης πυρετός) υπονοούν την ελονοσία, που αποτελεί και τη συχνότερη αιτία θανάτου τον τελευταίο αιώνα της Βενετοκρατίας. Η θέρμη κοντίνουα (continua), απασχόλησε ιδιαίτερα τον Carlo Botta.(1) "Οι θέρμες", δηλαδή η ελονοσία αποδεκατίζει τον πληθυσμό των

Εικ. 8 σθενείς με μεγαλοσπληνία λόγω ελονοσίας

Επτανήσων και κυρίως της υπαίθρου, που υπέφεραν περισσότερο εξαιτίας του τρόπου ζωής τους, π.χ. συνήθιζαν να κοιμούνται το καλοκαίρι στην ύπαιθρο. «Εξ αιτίας της χάνουν τα δόντια και παίρνουν τριήμερες θέρμες και άλλα κακά ακόμη χειρότερα». Η ελονοσία φαίνεται ότι αποτελεί την πιο σπουδαία και πιο διαδεδομένη αρρώστια στα Επτάνησα. Θεωρείτο πραγματική μάστιγα για όλα τα Επτάνησα με φοβερές επιπτώσεις στον πληθυσμό και την οικονομία τους. Μάλιστα σύμφωνα με τη γνώμη του βαρώνου Ε. Θεοτόκη, ελάττωσε τον πληθυσμό πολλών κοινοτήτων στην Κέρκυρα κατά το ήμισυ σε διάστημα δύο αιώνων.

Εκείνο, που κάνει εντύπωση, είναι ότι η φυματίωση δεν είναι τόσο συχνή στα Επτάνησα και ιδίως στα Κύθηρα εκείνη την εποχή, πράγμα που κάνει τους γιατρούς της εποχής να πιστεύουν ότι η ελονοσία ασκεί μία ευνοϊκή επίδραση πάνω στις πνευμονικές παθήσεις και κυρίως στη φθίση. Παράδειγμα αποτελεί η περιοχή της Λευκίμμης στα νότια της Κέρκυρας, όπου λόγω των πολλών ελών υπήρχαν πολλοί διαλείποντες πυρετοί (ελονοσία), ενώ φυματίωση παρατηρείται σε μικρό ποσοστό του πληθυσμού.

19ος αιώνας:

Γενικά στις αρχές του 19ου αιώνα η ελονοσία ήταν μαζί με την πανώλη μία ευρύτατα διαδεδομένη ασθένεια, όπως παρατηρούν οι Άγγλοι περιηγητές.

Ο περιηγητής Williams που επισκέφθηκε την Κέρκυρα το 1817 γράφει: *Κατά τη διάρκεια των εκδρομών μου στην εξοχή της Κέρκυρας διαπίστωσα ότι υπήρχε μεγάλη ανάγκη για στραγγιστικά έργα, διότι εξ' αιτίας των λιμναζόντων νερών η ελονοσία κυριαρχούσε και ήταν θανατηφόρα. Μεγάλος αριθμός πεθαίνει κάθε χρόνο από τους ελώδεις πυρετούς*. (6) Σύμφωνα με τον ίδιο στην Κεφαλλονιά οι ελώδεις πυρετοί επικρατούσαν μερικές φορές όπως και η πανώλης. *Η πόλις είχε δηλητηριαστεί με τα στάσιμα νερά τα οποία πολλοί κάτοικοι εξακολουθούν να ισχυρίζονται ότι είναι ευνοϊκά για την υγεία. Η 'φαγούρα' που κυριαρχεί στο Αργοστόλι πιστεύουν ότι προστατεύει από τον ελώδη πυρετό. Την ίδια γνώμη έχουν και οι γιατροί τους. Πολλοί από τους κατοίκους έχουν εμφάνιση δυστυχισμένων ανθρώπων που σου προκαλούν αηδία εξαιτίας αυτής της νόσου. Εξ' ίσου υπερισχύει και ο ανοιξιάτικος πυρετός.*(6) Αντίθετα γράφει η Ιθάκη δεν έχει ελονοσία τόσο καταστροφική όσο στη γειτονική Κεφαλλονιά. (6)

Ο περιηγητής Hennen επισκέφθηκε την Κέρκυρα μεταξύ του 1820 και 1828 και μας περιγράφει την εικόνα από τα στάσιμα νερά στο νησί: *Υπάρχουν αρκετά ρεύματα στο νησί, αρκετά μεγάλα, μερικά από τα οποία βρίσκονται κοντά στην πόλη και είναι στάσιμα. Υπάρχουν ακόμη λίμνες και πολλά έλη σε όλο το νησί... Μερικές λίμνες, που περιέχουν και θαλασσινό νερό, περιβάλλονται επίσης από μεγάλα έλη.* [16]*(4) Ο συνολικός πληθυσμός του νησιού την εποχή αυτή ήταν περίπου 70.000. Οι υγειονομικές συνθήκες δεν είναι καθόλου καλές, υπάρχει πολύ βρωμιά και στα σπίτια τους και στους ίδιους τους κατοίκους, υπάρχουν πολλά έλη και έχουν τη συνήθεια να θάβουν τους νεκρούς τους στις εκκλησίες. Για τους λόγους αυτούς και λόγω του τρόπου ζωής τους οι Κερκυραίοι είναι πολύ επιρρεπείς στις αρρώστειες και κυρίως σε μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα. Έτσι το καλοκαίρι παρατηρούνται*

16 Μάλιστα μία απ' αυτές, τις οποίας η περιφέρεια είναι 4 μίλια, βρίσκεται 5 μίλια από το φρούριο. Η λίμνη όμως του Βουθρωτού, που βρίσκεται στην απέναντι ακτή, θεωρείται ότι έχει μιά πολύ δυνατή επίδραση στην υγεία των κατοίκων της Κέρκυρας, επειδή βρίσκεται πλησιέστερα. Η λίμνη αυτή περιβάλλεται από μία μεγάλη ελώδη έκταση και θεωρείται ως η πιο λοιμογόνος ελώδης περιοχή. Λόγω αυτών των φυσικών πηγών του 'μιάσματος' οι Γάλλοι, που ήταν πριν την Αγγλική κατοχή, κατασκεύασαν ένα μεγάλο κανάλι, περίπου 2 μίλια μήκος, το οποίο ξεκινούσε από ένα από τα προάστια της πόλης σε μία λίμνη με θαλασσινό νερό. Οι Γάλλοι έχασαν 2000 άτομα, κατά τη διάρκεια της κατασκευής του. Αποδείχτηκε όμως και αυτό μιά πηγή νοσηρότητας και οι Άγγλοι γέμισαν περίπου το ήμισυ αυτού του καναλιού το 1819, βλ. JOHN HENNEN, «Sketches of the Medical Topography of the Mediterranean, comprising an account of Gibraltar, the Ionian Islands, and Malta: to which is prefixed a sketch of a plan for memoirs of Medical Topography», σ. 147-149

χολερικοί πυρετοί και το φθινόπωρο διαλλείποντες. Όταν επικρατούν οι διαλλείποντες πυρετοί προσβάλλεται και ένα μεγάλο μέρος του στρατού. (4)

Επίσης, όπως και στην Κέρκυρα, η γειτνίαση και άλλων νησιών της Επτανήσου, όπως της Λευκάδας, των Παξών και των Αντιπάξων, με ελώδη μέρη της απέναντι Ηπειρωτικής ακτής και της Ακαρνανίας ή της περιοχής γύρω από τον Αχέροντα, συντελούν στην ανάπτυξη της ελονοσίας. (25)

Σύμφωνα με τον Hennen, κατά την επιδημία του 1830 στην Κεφαλλονιά, το ένα πέμπτο του πληθυσμού υπέφερε από ελονοσία και το ποσοστό θνητότητας ήταν 1,5 %, ενώ μεταξύ των Άγγλων στρατιωτών ήταν περίπου η διπλάσια. Κατά την επιδημία του 1816, από τη φρουρά των 307 ανδρών πέθαναν πάνω από 80, ενώ από τους κατοίκους, αν και προσβλήθηκαν από ελονοσία περίπου 1200, πέθαναν περίπου 50. (4)

Η ίδια εικόνα επικρατούσε και για την Κέρκυρα και την Ζάκυνθο. Στην Λευκάδα όμως η ελονοσία έπλητε ιδιαίτερα τους στρατιώτες, ώστε να αποτελεί το μόνο σοβαρό νόσημα γι' αυτούς. (25)

Στα Επτάνησα γνωστές είναι και οι επιδημίες του 1835, 1849, 1859, 1860.

4. Αφροδίσια νοσήματα:

Γενικά:

Τα αφροδίσια νοσήματα δεν ήταν ασυνήθη στην υπό εξέταση περίοδο. Η σύφιλη ανήκει στα πιο διαδεδομένα αφροδίσια νοσήματα της εποχής, όπως και η γονόρροια.

Συνήθως οι Άγγλοι περιηγητές δεν έγραφαν για τα αφροδίσια νοσήματα τον 18ο και 19ο αιώνα, επειδή ήταν πουριτανοί. Αναφορά κάνει κυρίως ο Pouqueville

15ος αιώνας.

Στα τέλη του 15ου αιώνα θα κάνει την εμφάνισή της σε επιδημική μορφή η σύφιλη. Έφτασε στον ελλαδικο χώρο ίσως από τον Νέο Κόσμο χωρίς καθυστέρηση, σε σύγκριση με τη Δύση.

18ος αιώνας:

Στα Επτάνησα και την Κρήτη ενδημούσε η σύφιλις σε όλη τη διάρκεια του 18ου αιώνα.

19ος αιώνας:

Σε όλη τη διάρκεια του 19ου αιώνα, τα αφροδίσια νοσήματα ενδημούσαν σε αστικά κέντρα και σε νησιά, όπως την Κέρκυρα κυρίως και τη Ζάκυνθο. Κατά τη διάρκεια της Αγγλικής κυριαρχίας, τα αφροδίσια νοσήματα καταλαμβάνουν ένα μεγάλο μέρος της νοσηρότητας του πληθυσμού των επτανήσων με κυρίαρχη τη σύφιλη. Ενδεικτικό είναι το γεγονός ότι κατά την περίοδο 1817-1822, στο Νοσοκομείο Αφροδισίων Νοσημάτων της Κέρκυρας, στις 119 από τις συνολικά 292 γυναίκες που προσήλθαν, διεγνώσθη σύφιλη σε διάφορα στάδια της νόσου. (37)

5. Λέπρα:

Η λέπρα ενδημεί κυρίως στην εξοχή.

16ος αιώνας:

Η λέπρα κυρίως στα Επτάνησα είναι πιο συχνή, αλλά σε ενδημική μορφή. Στην Κέρκυρα τον 16ο αιώνα υπήρχαν δύο ιδρύματα για την περίθαλψη των λεπρών. Το ένα υπήρχε στην περιοχή της Σπηλιάς[17] (30) και το άλλο ήταν οργανωμένο με κέντρο το ναό του Αγίου Λαζάρου, την πορεία του οποίου ακολούθησε. (22)

6. Άλλες νόσοι:

Συνηθισμένες ασθένειες, που ενδημούν στον ελληνικό πληθυσμό, είναι ακόμη ο τυφοειδής πυρετός, οι δυσεντερίες, οι γαστρεντερίτιδες, η χολέρα, τα παιδικά εξανθηματικά και μη εξανθηματικά λοιμώδη νοσήματα, κ.ά. Οι διάφορες γαστρεντερικές επιδημίες, τα παρασιτικά νοσήματα, εμφανίζονται σε ενδημική μορφή στα Επτάνησα.(23) Πολλές φορές οι διάφορες πηγές δεν αναφέρονται σε συγκεκριμένα νοσήματα, αλλά με τον όρο 'πυρετοί', συμπεριλαμβάνουν πολλά από τα ανωτέρω.

Τύφος:

Σύμφωνα με τον Hennen, (4) στις αρχές του 19ου αιώνα, ενίοτε, εμφανίζετα τύφος και στην Κέρκυρα. Σύμφωνα με τον Stefano Clon,(2) οι γνωστές επιδημίες 'χολερικού' τύφου στα Ιόνια νησιά ήταν η επιδημία που ενέσκηψε μεταξύ των Άγγλων στρατιωτών στην Κεφαλονιά το 1816 και στην Κέρκυρα την ίδια χρονιά. Από τις επιδημίες αυτές, της Κεφαλονιάς παρατηρήθηκε στον στρατό του Αργοστολίου κατά τον Ιούλιο μήνα, τον Αύγουστο και τις αρχές του Σεπτέμβρη και προερχόταν από την Αγγλία. Στην Κέρκυρα η επιδημία εμφανίστηκε το καλοκαίρι του 1816 σε ένα αγγλικό σύνταγμα. Συνοδευόταν από ένα πολύ έντονο ίκτερο, που μπορούσε εύκολα να εκληφθεί ως ικτερικός πυρετός. Πέθαναν 210-220 άτομα. Το 1818 κατά τον Pouqueville (31) ο τύφος κάνει την εμφάνισή του με μεγάλη συχνότητα στην Κέρκυρα.

Χολέρα:

Η χολέρα είχε επίσης επιδημικές εξάρσεις και, όπως η πανώλη, συσχετίζεται στα κείμενα της εποχής με την ατμόσφαιρα, τον αέρα. Σύμφωνα με τον Stefano Clon (2) *η νόσος εισβάλλει πιο εύκολα στα νησιά και τα λιμάνια, λόγω της μεγαλύτερης κίνησης εξ αιτίας του εμπορίου. Ειδικά οι επιδημίες χολέρας στην Ελλάδα παρουσιάζονται περισσότερο στα μέρη που έχουν επικοινωνία με τους ξένους. Γενικά η νόσος εξαπλώνεται στις πόλεις και δεν φαίνεται να έχει την*

17 Γι' αυτό δεν διαθέτουμε πληροφορίες, βλ. Γ. ΠΛΟΥΜΙΔΗΣ, Οι βενετοκρατούμενες ελληνικές χώρες μεταξύ του δευτέρου και του τρίτου τουρκοβενετικού πολέμου (1503-1537), σ. 87-9

τάση να εξαπλωθεί στα περίχωρα. Η βαρύτητά τους δεν ήταν μεγάλη. Οι επιδημίες αυτές παρατηρούνταν στις πόλεις σε βρόμικες συνοικίες, φτωχές, που δεν τηρούνταν συνθήκες υγιεινής. (2)

Η επιδημία χολέρας της Κεφαλονιάς παρουσιάστηκε από τον Ιούλιο μέχρι τον Νοέμβριο του 1850. Η προέλευση της ήταν άγνωστη. Ίσως προήλθε από την Μάλτα. Η επιδημία εμφανίστηκε στο Αργοστόλι από τον Ιούλιο μέχρι τις 26 Οκτωβρίου και στο Ληξούρι από τις 8 Σεπτεμβρίου μέχρι τις 15 Νοεμβρίου. Συνήθως ο θάνατος επέρχονταν μέσα σε δύο ημέρες. Σε μερικές περιπτώσεις μόνο μέσα σε έξη ή εννέα ώρες. Κατά την επιδημία αυτή πέθαναν 992 άτομα.

Το 1856 η χολέρα προσέβαλε πάλι την Κεφαλονιά από τις 7 Οκτωβρίου μέχρι τις 12 Ιανουαρίου. Η νόσος μεταφέρθηκε στο νησί από την Ακαρνανία από τους ταξιδιώτες Κεφαλονίτες. Από 3375 κατοίκους, νόσησαν 174 περιπτώσεις (81 άνδρες, 93 γυναίκες), 79 πέθαναν (43 άνδρες, 36 γυναίκες).

Στη Ζάκυνθο εμφανίστηκε από τις 25 Σεπτεμβρίου μέχρι τις 15 Δεκεμβρίου του 1855. Η χολέρα κτύπησε κυρίως την πόλη της Ζακύνθου. Τα χωριά που ήταν σε υψώματα δεν επλήγησαν. Η 5/17 Νοεμβρίου, μετά από μεγάλη κατανάλωση ψαριών, υπήρξε η πιο θανατηφόρα της επιδημίας. Όλες οι περιπτώσεις αυτής της ημέρας είχαν καταστροφικό αποτέλεσμα μέσα σε λίγες ώρες. Ανάμεσα σ' αυτούς που περιποιήθηκαν τους ασθενείς μέσα στο νοσοκομείο μόνο ένας γιατρός αναφέρεται ως θύμα της νόσου. Γενικά από τις 1082 γνωστές περιπτώσεις, πέθαναν 611. Ανάμεσά τους και 45 στρατιώτες από την Αγγλική φρουρά.

Στην Κέρκυρα η επιδημία παρουσιάστηκε από τις 23 Σεπτεμβρίου μέχρι τις 21 Δεκεμβρίου του 1855. Η προέλευσή της ήταν άγνωστη. Αναφέρεται όμως ότι υπήρχε επιδημία στην Ήπειρο (Πρέβεζα και Άρτα). Η νόσος εμφανίστηκε στην πόλη, τα προάστεια και 13 χωριά, παρόλο που όλα τα χωριά του νησιού (περίπου 81) είχαν συχνή επικοινωνία με την πόλη. Σχεδόν κανένα κρούσμα δεν παρουσιάστηκε μεταξύ αυτών που περιποιούνταν τους ασθενείς. Συνολικά 884 περιπτώσεις (381 άνδρες, 503 γυναίκες), θάνατοι 480. Οι περισσότεροι απο τις περιπτώσεις (741 εκ των οποίων 424 πέθαναν) προέρχονταν από την πόλη και από προάστεια που δεν τηρούνταν συνθήκες υγιεινής, όπως το Μαντούκι και ο Ανεμόμυλος, σ' ένα πληθυσμό περίπου 24.000 κατοίκων. (2)

Φυματίωση:

Επειδή κατά την περίοδο που μελετάται η μικροβιακή αιτία των νόσων ήταν άγνωστη, η έλλειψη γνώσης και η πεποίθηση ότι ήταν νόσημα κληρονομικό, είχε ως αποτέλεσμα την ταχύτατη εξάπλωσή της. Θεωρείται και αυτή, όπως και η ελονοσία, κοινωνική νόσος και μάλιστα η κυριότερη, αφού καμμία επιδημία δεν προκαλεί τέτοια θνητότητα, όση η φυματίωση[18] . (25) (εικ. 9)

19ος αιώνας:

Ο Hennen αναφέρει ότι η φυματίωση είναι σπάνια στην Κέρκυρα στις αρχές του 19ου αιώνα. (4) Σύμφωνα με τον ίδιο, παρατηρούνται γενικά και άλλα λοιμώδη νοσήματα την εποχή αυτή, (4) όπως. **Παρωτίτιδα**, ιδιαίτερα όμως στον στρατό, **Γρίππη**, με μεγάλη έξαρση το 1858, **Λύσσα**, που ήταν εξαιρετικά σπάνια, **Πνευμονία**, ενώ από άλλα νοσήματα, παρατηρούνται **παθήσεις του ήπατος** (συχνές στην Κέρκυρα), στις

Εικ. 9 Φυματιώδης μηνιγγίτιδα σε παιδί

αρχές του 19ου αιώνα, **ρευματισμοί**, **φλεγμονές των βλεννογόνων**, (4) **ίκτερος**, **ύδρωπας**, **ελμινθίαση**, **αποπληξία**, **αιμορροΐδες**, **υδροκήλες**. (15)

Πιο σπάνια νοσήματα:

Πελλάγρα Εμφανίζεται σε ενδημική μορφή μόνο στην Κέρκυρα, γιατί στα περισσότερα μέρη ο ελληνικός πληθυσμός χρησιμοποιούσε ψωμί από αραβόσιτο[19] . (34) Πρώτος ο καθηγητής Τυπάλδος έκανε γνωστή τη νόσο αυτή στο νησί. Από 27 χωριά της Κέρκυρας, με πληθυσμό περίπου 15000 κατοίκους, ο Τυπάλδος βρήκε κατά τα έτη 1860-61 περίπου 80 περιπτώσεις με πελλάγρα (64 γυναίκες, 16 άνδρες). Από τα χωριά αυτά, το χωριό Δουκάδες με 580 κατοίκους παρουσίασε 19 περιπτώσεις. (2)

18 Αυτό συμβαίνει γιατί οι επιδημίες αποτελούν πάντοτε παροδικό κακό, το οποίο έχει βραχεία διάρκεια, ενώ η φυματίωση αποτελεί νόσημα που εμφανίζεται όλο το χρόνο και είναι νόσημα συχνό με πολύ μεγάλη θνησιμότητα, βλ. ΣΠ. Γ. ΛΙΒΙΕΡΑΤΟΣ, «Η ελονοσία και η φυματίωσις εν Επτανήσω»,σ. 195.

19 Η πελλάγρα αποτελεί χρόνια νόσο, που υποτροπιάζει και χαρακτηρίζεται από βλάβες του δέρματος και από γαστρεντερικές και νευροψυχικές διαταραχές. Οφείλεται στην ανεπάρκεια νιασίνης (νικοτινικού οξέος), η οποία σχηματίζεται από το απαραίτητο αμινοξύ τρυπτοφάνη. Πρώτος περιέγραψε τα συμπτώματα της νόσου ο Gasper Casal το 1792 στο Oviedo της Ισπανίας, σε φτωχούς χωρικούς που τρέφονταν μόνο με καλαμπόκι και την ονόμασε 'mal de la rose'. Το 1771 ο Francesco Frapolli την ονόμασε για πρώτη φορά πελλάγρα, ονομασία που προέρχεται από το 'pelle', που σημαίνει δέρμα και 'agra', που σημαίνει τραχύ. βλ. Π. Γ. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΚΟΡΦΙΤΗΣ, Χ. ΜΠΟΥΜΠΟΥΚΑ, Α.ΤΑΓΚΑ, Γ.Π. ΚΩΣΤΑΚΗΣ, Β. ΧΑΣΑΠΗ, Α. ΠΕΤΡΙΔΗΣ, «Ξαναθυμίζοντας την πελλάγρα με την ευκαιρία δύο περιστατικών», σ. 31, 32

Σκορβούτο:

Το σκορβούτο, ήταν πολύ συχνό στη Λευκάδα, κατά τα μέσα του 19ου αιώνα, σύμφωνα με τους γιατρούς της εποχής στο νησί και ειδικά στους φτωχούς ανθρώπους, πολλοί από τους οποίους ήταν ναυτικοί. Οι υγρές, ανήλιες κατοικίες, η κακή διατροφή και η ρυπαρότητα συνιστούσαν τις άσχημες υγειονομικές συνθήκες που βοηθούσαν στην εμφάνιση της νόσου. (2)

Βρογχοκήλη:

Οι πρώτες αναφορές για τη νόσο έγιναν από το γιατρό Γεωργιάδη.

Ποδάγρα:

Για την ποδάγρα κάνει λόγο ο Hennen, (4) για την οποία αναφέρει ότι, ενώ ήταν συχνή παλαιότερα στην Κέρκυρα, στις αρχές του 19ου αιώνα ήταν σχεδόν άγνωστη.[20] (2)

Παθήσεις των ματιών, όπως το τράχωμα, κήλες

Δερματοπάθειες:

Η ψώρα είναι πιο συχνή σε μερικά χωριά της Λευκάδας. Αυτή η δερματοπάθεια ήταν παλαιότερα συχνή και στα γειτονικά νησιά με τη Λευκάδα, την Κεφαλλονιά και την Ιθάκη.

Η κακοήθης φλύκταινα ήταν αρκετά σπάνια γύρω στα μέσα του 19ου αιώνα. Παρόλα αυτά εμφανιζόταν μερικές φορές σε περιβάλλον βοσκών. Το ερυσίπελας επίσης απαντάται αρκετά συχνά, πολλές φορές υπό μορφή επιδημίας, αλλά σπάνια προκαλεί καταστροφή.

Ψυχιατρικά νοσήματα:Οι 'φρενοβλαβείς' ήταν μια άλλη ομάδα ασθενών. Στις γυναίκες παρατηρούνταν υστερίες. (15)

Λοιμώδη νοσήματα που απαντούν κυρίως στον παιδικό πληθυσμό: Α) Εξανθηματικά λοιμώδη νοσήματα, πλην της ευλογιάς:

Από τα εξανθηματικά νοσήματα, εκτός από την ευλογιά, συχνή είναι η ιλαρά, η ερυθρά, η οστρακιά.

19ος αιώνας:

Ιλαρά:

Η ευλογιά συγχεόταν και με την ιλαρά, (23) η οποία κατά επιδημικά κύματα εμφανιζόταν στην ελληνική χερσόνησο. Ούτε όμως η ευλογιά, ούτε η ιλαρά αναφέρονται πολύ συχνά στις πηγές, επειδή η ιλαρά είναι παιδική ασθένεια.

Ερυθρά:

Η ερυθρά είναι μία από τις επιδημίες που εμφανίζονται συχνά στον ελληνικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τον Clon Stefano, (2) η επιδημία του 1851 στην Κέρκυρα ήταν πιο βαρειά εξ αιτίας της βρογχοπνευμονίας που παρουσίασε ως επιπλοκή. Αυτή η μεγάλη επιδημία της Κέρκυρας παρουσιάστηκε κατά το Μάρτιο, παρουσίασε τη μεγαλύτερη έντασή της το καλοκαίρι και κυρίως τους μήνες Ιούλιο και Αύγουστο και σταμάτησε κατά το τέλος του Δεκέμβρη[21] . (2) Ενίοτε οι επιδημίες της ερυθράς εμφανίζονται συγχρόνως με άλλες επιδημίες, όπως η οστρακιά, η διφθερίτιδα, ο κοκκύτης, η δυσεντερία.

Οστρακιά:

Η οστρακιά όπως και ο κοκκίτης (23) συνήθως δεν προκαλούν μεγάλες επιδημίες στα Επτάνησα. Η οστρακιά κυρίως εμφανίζεται το καλοκαίρι και συχνά είναι θανατηφόρος.

Β) Μη εξανθηματικά λοιμώδη νοσήματα:

19ος αιώνας:

Κοκκίτης:

Ο κοκκίτης (23) συνήθως δεν προκαλεί μεγάλες επιδημίες στα Επτάνησα, όπως και η οστρακιά.

Διφθερίτιδα:

Πιθανότατα υπήρχαν σποραδικά κρούσματα σε μερικά μέρη.

Οι πρώτες επιδημίες διφθερίτιδας που μελετήθηκαν περισσότερο (2) ήταν η επιδημία της Κεφαλονιάς (1848 και 1850) από τον γιατρό Χαριτάτο Τυπάλδο. Ο Τυπάλδος αναφέρει ότι αυτή η επιδημία έπληξε το Ληξούρι το φθινόπωρο. Ήταν μία μικρής έκτασης επιδημία, αλλά θανατηφόρα σε όλες τις περιπτώσεις. Κάποιες καταστροφικές περιπτώσεις αναφέρθηκαν στο Αργοστόλι το χειμώνα του 1849.

Η επιδημία του 1850 στην Κεφαλονιά παρουσιάστηκε σε χωριά της τον Ιούνιο και κυρίως τον Ιούλιο, οπότε ήταν ζέστη και μεγάλη ξηρότητα. Η επιδημία είχε μία γαγγραινώδη μορφή. Υπήρχαν ακόμη αναφορές για 'αμυγδαλίτιδες'. Μετά αυτή την εποχή η νόσος δεν εγκατέλειψε το νησί και εμφανιζόταν υπό μορφή ενδημική κατά διαστήματα, κυρίως σε μέρη με υγρασία.

Την ίδια χρονολογία εμφανίζεται και στην Κέρκυρα επιδημία της ομάδας 'croup'. Το 1853 εμφανίζεται ελαφρότερη επιδημία στην περιοχή του Όρους, ενώ το 1858 στην περιοχή του «Αγύρου». (2)

Εγκεφαλονωτιαία μηνιγγίτις:

Στην Κέρκυρα εμφανίστηκε επιδημία το 1843 και είναι η πρώτη φορά που γίνεται γνωστή επιδημία αυτής της νόσου. Θεωρήθηκε ότι το 'μίασμα' ήλθε από την Κρήτη, όπου μεταφέρθηκε εκεί από τα Αιγυπτιακά στρατεύματα. Ωστόσο, η νόσος ήταν διαδεδομένη σε πολλές πόλεις της Ελλάδος, όπου οι Κρητικές οικογένειες έρχονταν μαζικά και ζούσαν κάτω από δραματικές υγειονομικές συνθήκες. Η επιδημία αυτή της Κέρκυρας δεν ήταν γνωστό από που προήλθε. Παρουσιάστηκε κατά το μήνα Μάρτιο στα νότια του νησιού, στη Λευκίμμη. Κατά το μήνα Απρίλη και Μάϊο παρουσιάστηκαν μερικές περιπτώσεις στην πόλη της Κέρκυρας και στα προάστειά της. Μετά ένα διάστημα εξαφάνισης επανέρχεται με μεγάλη ένταση και αρκε-

20 Γενικά όμως, σύμφωνα με τον Stefano Clon σε όλη την Ελλάδα η ποδάγρα αναφέρεται ως μία πολύ σπάνια νόσος, βλ. CLON STEFANOS,σ. 541.

21 Συνήθως οι επιδημίες της εμφανίζονταν κυρίως το χειμώνα, την άνοιξη και το φθινόπωρο, βλ. STEFANOS CLON,σ. 520.

τά θανατηφόρος, στην πόλη, στη συνοικία των Ισδραηλιτών το Νοέμβριο του 1843 μέχρι τον Φεβρουάριο του 1844, σύμφωνα με το γιατρό Λαβράνο (2)

Γενικά από τα λοιμώδη και μη λοιμώδη νοσήματα πολλά συνυπήρχαν, όπως η ιλαρά, η οστρακιά, ο κοκκύτης, η ανεμοβλογιά, οι εντερικές λοιμώξεις, ο τυφοειδής πυρετός και συντελούσαν στην υψηλή βρεφική και παιδική θνησιμότητα.

Άλλες παιδικές νοσολογικές καταστάσεις εκτός από τα λοιμώδη:

Όσον αφορά τον παιδικό πληθυσμό, εκτός από τα λοιμώδη νοσήματα, οι περιηγητές του 18ου αιώνα αναφέρονται και σε άλλες νοσολογικές καταστάσεις, όπως διαταραχές από το σκελετό (σκολίωση, εξαρθρήματα, ραχίτιδα) ή διάφορα δερματολογικά προβλήματα και κυρίως το έκζεμα, το μολυσματικό κηρίο και το ανεμοπύρωμα. (2)

Διαταραχές από το σκελετό:

Οι διάφορες διαταραχές από το σκελετό ήταν αρκετά συχνές. Σύμφωνα με τον Clon Stefano, «η αδιάκοπος χρήσις των καλοβάθρων (γαλεντζών), η συνήθεια του να περιτυλίσσωσι τα βρέφη δι' ατελευτήτων σπαργάνων, και επομένως η δυσκολία του να τ' αλλάσσωσι συχνά, η αποφυγή παντός πόνου και πάσης προς σωμασκίαν κινήσεως, η δι' οχήματος ή πλοίου ή ίππου μετάβασις,» διαστρέφουσι τους πόδας και γυναικών και ανδρών, και αναπτύσσουσι τας στραβοποδίας εκείνας, δι'ων ιδίως διακρίνονταν οι εν ΚΠ Τούρκοι και οι Τουρκομερίται Αρμένιοι και Γραικοί από των λοιπών του Κράτους κατοίκων». (2) Ανάμεσα σ' αυτές ήταν η σκολίωση, τα εξαρθρήματα και ο ραχιτισμός, ο οποίος φαίνεται να απαντάται σπάνια στα παιδιά στα μέσα του 19ου αιώνα.

Δερματοπάθειες:

Εκτός από το έκζεμα και το μολυσματικό κηρίο που απαντώνταν κυρίως στα βρέφη, συχνό στα παιδιά ήταν και το ανεμοπύρωμα. (2)

Συμπερασματικά:

Στα Επτάνησα από τον 15ο μέχρι τον 19ο αιώνα, τα λοιμώδη νοσήματα, σε επιδημική ή όχι μορφή, ήταν υπεύθυνα για το μεγαλύτερο μέρος της νοσηρότητας και της θνησιμότητας του πληθυσμού. Κυριότερη ήταν η επιδημία της πανώλης, που επεσκίαζε όλα τα άλλα νοσήματα. Το νοσολογικό φάσμα όμως ήταν ποικίλο και περιελάμβανε εκτός από τα λοιμώδη και πλήθος άλλων νοσημάτων.

Summary:

M. Mandyla-Koussouni[1], E. Poulakou-Rebelakou[2], K. Tsiamis[3], D. Anogiatis- Pelé[1]

[1] Historical Demography, School of History, Ionian University, Corfu, Greece

[2] Department of History of Medicine, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

[3] Department of Microbiology, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

In the Ionian Islands, which were initially under Venetian and subsequently under English occupancy, between the 15th and 19th century, infectious diseases were the main cause of the morbidity and mortality of the population. The plague was the most important infectious disease overshadowing the others by affecting hundreds of victims. However, the disease spectrum during that period varied and included other infectious diseases such as smallpox, which was mostly a children's illness, tuberculosis, malaria, typhus, meningitis, venereal diseases, leprosy, etc. Apart from those, diseases of various aetiology, such as scurvy, skin and bone diseases, etc, were also noted. Their names, treatment schemes and prevention measures differed depending on the conqueror.

Key words: Ionian islands under Venetian and English occupancy, infectious diseases and history of medicine, plague and history

Βιβλιογραφία:

1. BOTTA CARLO, Storia Naturale e Medica di Corfu, Milano, M. DCC'C. XXIII σ. 159 κ.ε.
2. CLON STEFANOS, La Grèce au point de vue naturel, ethnologique, anthropologique, demographique et medical, G. Masson, Editeur, Libraire de l'Académie de médicin, Paris, 1884, σ. 504, 514,511-515, 520, 522, 523,524-526, 539,540, 541, 546
3. GRASSET ANDRE DE SAINT-SAUVEUR, Voyage historique, litté raire et pittoresque dans les isles et possessions ci-devant venitiennes du Levant; / :Savoir: Corfou, Paxo, Bucintro, Parga, Prevesa, Vonizza, Sainte-Maure, Thiaqui, Cephalonie, Zante, Strophades, Cerigo et Cerigotte, Chez Tavernier, Libraire,Paris,vol. I, an VIII, σ.342, 343
4. HENNEN JOHN, «Sketches of the Medical Topography of the Mediterranean, comprising an account of Gibraltar, the Ionian Islands, and Malta: to which is prefixed a sketch of a plan for memoirs of Medical Topography», The Ediburgh Medical and Surgical Journal, exhibiting a concise view of the latest and most important discoveries in medicine, surgery and pharmacy, vol. 34, printed for Adam Black, North Bridge, Longman, Reys, Orme, Brown and Green, London and John Cumming and Hodges and Smith, Dublin, Ediburgh, (1830), σ. 147-149
5. HTTPS://WWW.CORFUHISTORY.EU
6. HUGH WILLIAM WILLIAMS, Travels in Italy, Greece, and the Ionian Islands, in a series of letters descriptive of manners, scenery and the fine arts, p. 160,168, 189, 200
7. LEGRAND EMILE, PETIT LOUIS et PERNOT HUBERT, Bibliographie Hellénique, ou description resonné «Des ouvrages publies par des Grecs au dix-hiutième siecle", tom. 1er , Librairie Garnier Frères, Paris, (1918), σ.78
8. MACMICHAEL W., Journey from Moscow to Constantinople: in the years 1817, 1818, John Murrray, London, 1819, p.165-180
9. ODORICO P., Conseils et mémoirs de Sinadinos, prêtre de Serrès en Macedoine (XVIe siècle), Paris, Athènes, Edition de l'Association "Pierre Belon", 1996, σ. 54-312
10. ΑΓΓΕΛΟΜΑΤΗ ΤΣΟΥΓΚΑΡΑΚΗ ΕΛΕΝΗ, Τα ταξίδια του λόρδου Guilford στην Ανατολική Μεσόγειο, εκδόσεις Ακαδημίας Αθηνών, Αθήναι, 2000
11. ΑΝΔΡΙΩΤΗΣ Ν.Π., Ετυμολογικό λεξικό της κοινής νοελληνικής, Θεσσαλονίκη, 1967, σ.261.
12. ΑΝΩΓΙΑΤΗΣ-ΡΕΛΕ Δ., ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΪΟΣ, «F.C.H.L. POUQUEVILLE, Η πανώλη τύπου Orientalis», σ.15,16
13. ΒΛΑΝΤΗΣ ΣΠ Α., Η Λευκάς υπό τους Φράγκους, τους Τούρκους και τους Ενετούς (1204-1797), Ιστορικόν δοκίμιον, Εν Λευκάδι 1902, σελ. 98-99, 259
14. ΒΛΑΣΣΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤ., Κερκυραϊκά χρονικά, Στατιστικαί και Ιστορικαί περί Κερκύρας ειδήσεις, Κέρκυρα, 1977, σ.34
15. ΒΥΖΑΝΤΙΟΣ ΣΚΑΡΛΑΤΟΣ Δ., Η Κωνσταντινούπολις : ή περιγραφή τοπογραφική, αρχαιολογική και ιστορική της περιωνύμου ταύτης μεγαλοπόλεως και των εκατέρωθεν του κόλπου και του Βοσπόρου προαστείων αυτής, συνδρομή φιλοτίμω του ευγενεστάτου άρχοντος Ποστελνίκου Σωτηρίου Καλλιάδου, ω και προσανατέθη, τόμ. Γ!, Εκ του Τυπογραφείου Ανδρέου Κορομηλά, Αθήνησιν, 1851, τόμ. Γ!, σ. 318
16. ΓΕΔΕΩΝ ΜΑΝΟΥΗΛ ΙΩ., Κωνσταντινούπολις, Τύποις Νεολόγου, Κωνσταντινούπολη, 1882, σ.191
17. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Θ. Ε. «Η πανώλης εν Κρήτη: Συμβολή εις την ιστορίαν των επιδημιών της νήσου», Επιστημονική Επετηρίς της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, τόμ. ΚΑ! τχ. 21 (1970-1971), σ. 118
18. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ Χ., ΤΣΙΑΜΗΣ Κ., ΜΑΝΔΥΛΑ-ΚΟΥΣΟΥΝΗ Μ., ΠΟΥΛΑΚΟΥ-ΡΕΜΠΕΛΑΚΟΥ Ε., ΑΝΩΓΙΑΤΗΣ-ΡΕΛΕ Δ., «Αποικιοκρατία και ευλογιά στα Ιόνια Νησιά κατά τη «βρετανική προστασία». Η περίπτωση του δαμαλισμού της Κέρκυρας (1852), Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα, (2014), 31(1), σ.87. .
19. ΖΩΗΣ Λ. Χ., Λεξικόν Ιστορικόν και Λαογραφικόν Ζακύνθου , τόμ. Α! Ιστορικόν – Βιογραφικόν, Εθνικό τυπογραφείο, Αθήνα, 1963, σ. 199
20. ΗΠΙΤΗΣ ΠΕΤΡΑΚΗΣ Κ.Π., Λοιμολογία ή περί της πανώλης, προφυλάξεως και εξολοθρεύσεως αυτής. Μάλλον εις χρήσιν των ανιάτρων, Ελληνική τυπογραφία του Χρσφέλδ, Βιέννη, 1816, σ.3.
21. ΘΕΟΤΟΚΗΣ Σ, Αναμνηστικόν τεύχος της Πανιονίου αναδρομικής εκθέσεως / Σπυρίδωνος Μάρκου Θεοτόκη εκδιδόμενον δαπάνη των δαπάνη των επί του πανηγυρισμού της Ενώσεως Επιτροπών Κεντρικής και Κερκυραϊκής, εκδόσ.Χρωματυπολιθογραφείον αδελφ. Γ. Ασπιώτη, Εν Κερκύρα, 1914, σ. 62, 63 64
22. ΚΑΡΥΔΗΣ ΣΠΥΡΟΣ, ΤΖΙΒΑΡΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ, «Ο ναός του Αγίου Λαζάρου πόλεως Κερκύρας και η κοινότητα των 'αδυνάτων'», Εώα και Εσπέρια, 2 (1994-1996), σ. 83-109
23. ΚΩΣΤΗΣ Κ. Π., Στον καιρό της Πανώλης, Εικόνες από τις κοινωνίες της Ελληνικής χερσονήσου 14ος –19ος αιώνας, Ηράκλειο, 1995, σ. 18-20, 360, 383, 154, 217, 229,404,405, 60, 169, 94, 117, 119, 122, 78 υπ. 261, 347, 348, 358
24. ΛΑΣΚΑΡΑΤΟΣ ΙΩΑΝ. Γ., Πρόληψη της αρρώστιας και κοινωνική προστασία στα Επτάνησα επί Αγγλοκρατίας (1815-1864), Διατριβή επί Υφηγεσία, Αθήνα, 1984, σ. 379
25. ΛΙΒΙΕΡΑΤΟΣ ΣΠ.Γ., «Η ελονοσία και η φυματίωσις εν Επτανήσω», Πρακτικά του εν Κερκύρα Πρώτου Πανιονίου Συνεδρίου (20-22 Μαΐου 1914) και αι εν αυτώ ανακοινώσεις, Εν Αθήναις, εκ του τυπογραφείου , Π. Α. Πετράκου, 1915, δεύτερη έκδοση, εκδόσεις Τρίμορφο, Ζάκυνθος, 2004, σ. 168
26. ΜΑΛΤΕΖΟΥ ΧΡ., ό. π, Ιστορία του Ελληνικού Έθνους, τόμ. Ι΄ σ.215-218
27. ΜΑΝΔΥΛΑ-ΚΟΥΣΟΥΝΗ ΜΑΡΙΑ,«Οδοιπορικό στην ιστορία των εμβολίων, Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος, τόμ.3, τεύχ.1, Τυποεκδοτική, Κέρκυρα (2003), σ. 112-116
28. ΠΑΝΔΗΣ ΠΟΡΦΥΡΙΟΣ ΟΔ., Νοταριακές πράξεις 1549-1772 από τον κώδικα της Αγίας Τριάδας Αργυράδων Κέρκυρας και πληθυσμιακά στοιχεία 1684-1991 του νομού Κερκύρας, Αθήνα, 1992, σ. 125-129
29. ΠΑΝΤΕΛΕΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΤΣΙΑΜΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΜΑΝΔΥΛΑ-ΚΟΥΣΟΥΝΗ ΜΑΡΙΑ, ΠΟΥΛΑΚΟΥ-ΡΕΜΠΕΛΑΚΟΥ ΈΦΗ, «Θαυματουργική θεραπεία κατά της πανώλης στη Νήσο Κέρκυρα από τον Άγιο Σπυρίδωνα: συμβολή στην Ιστορία της Ιατρικής, Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος,τόμ. 13, αριθμ. 1, Τυποεκδοτική, Κέρκυρα, (Δεκέμβριος 2017), σ. 39-43
30. ΠΛΟΥΜΙΔΗΣ Γ., Οι βενετοκρατούμενες ελληνικές χώρες μεταξύ του δευτέρου και του τρίτου τουρκοβενετικού πολέμου (1503-1537), Ιωάννινα 1974, σ. 87-9
31. ΠΟΥΚΕΒΙΛ ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ-ΟΥΓΓΟΣ-ΚΑΡΟΛΟΣ-ΛΑΥΡΕΝΤΙΟΥ, Ταξίδι στην Ελλάδα,΄Ηπειρος, Μεταφρ. Παναγ. Γ. Κώτσου, Αθήνα, 1994, σ. 107
32. ΠΥΡΡΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ, Εγκόλπιον ιατρών, ήτοι Πρακτική Ιατρική, Εκ της τυπογραφείας των Κωνσταντίνου Τόμπρα Κυδωνιέως, Ιωαννίδου Σμυρναίου και Γεωργίου Αθανασιάδου Μελισταγούς εκ Μακεδονίας, τόμ. Α΄, Εν Ναυπλίω, 1831, σ. 5-242.
33. ΣΑΘΑΣ Κ., Νεοελληνική φιλολογία, Βιογραφίαι των εν τοις γραμμάσι διαλαμψάντων Ελλήνων, από της καταλύσεως της Βυζαντινής αυτοκρατορίας μέχρι της Ελληνικής εθνεγερσίας (1453-1821), τυπογρ.των τέκνων Ανδρέου Κορομηλά, Αθήναι, 1868,σ. 150
34. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Π .Γ., ΚΟΡΦΙΤΗΣ Χ., ΜΠΟΥΜΠΟΥΚΑ Χ., ΤΑΓΚΑ Α., ΚΩΣΤΑΚΗΣ Γ.Π., ΧΑΣΑΠΗ Β., ΠΕΤΡΙΔΗΣ Α., «Ξαναθυμίζοντας την πελλάγρα με την ευκαιρία δύο περιστατικών», Γ΄ Δερματολογική Κλινική Νοσοκομείο ΄Α. Συγγρός', Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, Απρ. τόμ. 17, τεύχ. 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, Αθήνα, (2006), σ. 31, 32
35. ΤΣΙΑΜΗΣ Κ., «Μετακινήσεις στρατευμάτων και δημόσια υγεία: Η περίπτωση τηςεπιδημίας χολέρας στην Κεφαλονιά το 1850»., Πρακτικά Β΄ Ημερίδας Ιστορίας Στρατιωτικής Ιατρικής 'Πολεμικές συγκρούσεις και Δημόσια Υγεία στην ευρύτερη περιοχή της Μεσογείου (19ος–20ός αιώνας)', Αθήνα (2006): 65–71
36. ΤΣΙΑΜΗΣ ΚΩΝ., «Ιστορική και επιδημιολογική προσέγγιση της πανώλους κατά τους Βυζαντινούς χρόνους (330-1453 μ.Χ.), διδακτορική διατριβή αδημοσίευτη, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 2010, σ. 63.52,53 66 67
37. ΤΣΙΑΜΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΠΑΠΑΒΡΑΜΙΔΟΥ ΝΙΚΗ, ΠΟΥΛΑΚΟΥ-ΡΕΜΠΕΛΑΚΟΥ ΕΦΗ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΘΕΣΠΙΣ, «Η συμβολή των Ελλήνων ιατρών στη διαμόρφωση της Δημόσιας Υγείας και της συλλογικής υγειονομικής αφύπνισης στα Ιόνια Νησιά (17ος-19ος αιώνας), ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΡΗΓΑΣ ΦΕΡΡΑΙΟΣ, ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΣ, ΦΡΑΝΣΙΣΚΟ ΝΤΕ ΜΙΡΑΝΤΑ-η Ελληνική Σκέψη στην Αυτοθέσμιση των Κοινωνιών, τον Διαφωτισμό και την Γνώση. ΑΞΟΝΑΣ ΙΙ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΚΕΨΗ ΣΤΟΝ ΔΙΑΦΩΤΙΣΜΟ, ΤΑ ΚΙΝΗΜΑΤΑ, ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΤΩΝ ΙΔΕΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΓΝΩΣΗ, WWW.ACADEMY.EDU.GR, Πρακτικά συνεδρίου, τόμ. Α! και τόμος Β!., Θεσσαλονίκη, 2013, σ.
38. ΤΣΙΤΣΑΣ Α. Χ., Gazetta Ionia, φυλ. 79-99, Μάϊος 1816
39. ΤΣΙΤΣΑΣ Α. Χ., Ο λοιμός του χειμώνα 1815-1816 στην Κέρκυρα, Κέρκυρα, 1990.
40. ΤΣΙΤΣΑΣ Α. Χ., «Περιπλάνηση στα ταφολόγια», Ανάτυπο από το Δελτίο Αναγνωστικής Εταιρείας Κερκύρας, αρ. 12 (1975), σ. 9-21

"The Foreigner of 1854": a short novel referring to the cholera epidemic of Athens in 1854

E. Poulakou-Rebelakou [1],
M. Mandyla-Kousouni [2],
C. Tsiamis [3]

[1] Department of History of Medicine, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

[2] Historical Demography, School of History, Ionian University, Corfu, Greece

[3] Department of Microbiology, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

Key-words
Cholera, epidemic of Athens 19th century. « the foreigner of 1854»

Υπεύθυνος Επικοινωνίας:
E. Poulakou-Rebelakou
697097324
E-mail: elpoulrebel@med.noa.gr

Summary

Cholera was one of the great killers of all time. The disease had spread worldwide and affected human populations in seven deadly waves. The epidemic of cholera in Athens (1854) belongs to the third cholera pandemic (1839-1856), which started from Bengal (India) in 1839, spread worldwide to Middle East, Russia, struck the Western Europe and furthermore North and Latin America. In 1854, the pandemic moved from France to Greece and Turkey, by French troops returning from the Crimean War. Cholera first affected the port of Piraeus and soon reached Athens. The novel "The Foreigner of 1854", although a literary text is written like a chronicle of the disease and many newspapers' refers are embodied in it. Lycoudis narrates the abandonment of the city by the citizens, the panic among the rest population, the insufficient hospital beds and the efforts of the physicians to offer the most of the possible adjuvant therapeutic help to the patients. The state structures and the poor organization of those times had collapsed and the author presents a unique spectacle of an empty and destroyed small city, commenting social attitudes, humanity, religion, and criticizing all deniers of their duty. Every source referring to historical events, even literary texts, can often offer valuable information and details not traced in the official narrations.

Introduction

The epidemic of cholera in Athens (1854) belongs to the third cholera pandemic (1839-1856), which started from Bengal (India) in 1839,(1) spread worldwide to Middle East, Russia, struck the Western Europe(2) and furthermore North and Latin America. In 1854, the pandemic moved from France to Greece and Turkey, by French troops returning from the Crimean War. Cholera first affected the port of Piraeus and soon reached Athens.(3,4) The novel "The Foreigner of 1854", although a literary text is written like a chronicle of the disease and many newspapers' references are embodied in it. Lycoudis narrates the abandonment of the city by the citizens, the panic among the rest population, the insufficient hospital beds and the efforts of the physicians to offer the most of the possible adjuvant therapeutic help to the patients.

The state structures and the poor organization of those times had collapsed and the author presents a unique spectacle of an empty and destroyed small city, commenting social attitudes, humanity, religion, and criticizing all deniers of their duty.(5)

The historical events

Greece played a peripheral role in the Crimean War. When Russia attacked the Ottoman Empire in 1853, King Otto of Greece saw an opportunity to expand north and south into Ottoman areas that had large Greek Christian majorities. When the Russians invaded the Principalities, the Ottoman forces were tied down so Greece invaded Thessaly and Epirus. To block further Greek moves, the British and French occupied the main Greek port, Piraeus, from April 1854 to February 1857 (Anglo-French occupation), [Image 1] and effectively neutralized the Greek army. (6) Greece was not invited to the peace conference and made no gains out of the war. The frustrated Greek leadership blamed the King for failing to take advantage of the situation; his popularity plunged and he was later forced to abdicate. The British and French troops remained in Piraeus until 1857.(7,8)

The epidemic

Cholera caused hundreds thousands of deaths, in 1817, 1820, 1853-1854, 1865, 1883, 1893, and 1912-13 in Greece.(9,10) The largest cholera epidemic was that of 1853-1854, brought to Piraeus by the French troops, who occupied Athens and its port to prevent the participation of Greece in the Crimean War. The disease spread to Athens and then all over Greece, to Larissa, Syros,(11) Nafplion, and Mykonos. People fled to the villages to save themselves as doctors could offer no aid, the media of that era were rudimentary and the state was paralyzed. All rested their hopes in God and they prayed with Neophytos, the Archbishop of Athens, for the extinction of the disease.

The new-established Neo-Hellenic Nation (1830) and its capital Athens (1834) had never faced such a menace, [Image 2] although some preventive measures had been taken aiming mainly against pest. Legislation for the organization of the sanitary protection of the population such as lazarettos and other preventive care already existed, according to the scientific ideas of that period. The first appearance of cholera took place in the port of Piraeus among the members of the French and the British troops and rapidly expanded all over the city.(12) The Admiral of the French-British military forces Marie Charles Adelbert Le Barbier de Tinan (1803-1876) did not take any isolation measures to protect the city of Athens at least for the soldiers, who were free to go and return from the capital to the port. The first victims were buried in a small cemetery at Faliron, a place near Piraeus(13,14,15) and the population of Piraeus fled to the neighboring islands (only 60 families remained in the small city) and no new death was noticed after August 20. Although, there was not a systematic vigilance of the communication between the two cities, the epidemic delayed its expansion to Athens. The sanitary situation in the first 30 years of the new capital was poor. Water supply was insufficient especially during the summer months and quite insufficient for personal and public hygiene. The total amount of clear water was collected and distributed to public fountains.(16, 17) Most of the houses were simple rooms into a common yard together with horse stables, one common bathroom and an open deep pit for sewage. The government of Alexander Mavrokordatos established a special hospital for cholera victims (the Director, physician George Stavridis was one of the victims) and a new Hygienic Committee for the Greek Capital. All these measures were finally proved useless.(18)

The first death occurred on September 29, a second on October 12, three or four on September 16. Five days later, a general fear of death flew over the city of the 30000 inhabitants and crowds (11000 according to the sources) ran away using horses, carriages, or walked carrying whatever could be useful for survivor. The organized State paralyzed and almost all the employees of the ministries and the other public organizations left their positions and their duties. The epidemic wave stopped at the beginning of December 1854.(19)

The literary impact of the cholera epidemic

There are only few authors referring to the first great epidemic of Athens. The first mention belongs to Babis Anninos, and is entitled "Athens 1850 Impressions of two French travelers, Maxime Du Camp and Gustave Flaubert". Both the French visitors stayed at the Lazaretto of Piraeus and completed the obligatory quarantine because of a cholera epidemic before Athens.,(20,21,22) The second mention belongs to the famous Alexandros Papadiamandis with a short and a longer narration. The short one is entitled "The cholera victim" and takes place in the cholera epidemic of Athens in and the long "Guardian at the Hygienic Coast Guards" takes place in the island of Skiathos ten years later during another cholera epidemic(24) Another mention belongs to the author Gerassimos Vokos and his extended novel "The Occupation" referring to the English and French Occupation of Athens (1854-1857)(25) Anyway, the most descriptive and exact to the details of the epidemic panic is the narration of Emmanuel Lycoudis.

The author Emmanuel Lycoudis (1849-1925) [Image 3] was born in Nafplion and studied at the Law School of Athens University. In parallel to his juridical

career he was devoted to Literature. He had not the experience of the cholera epidemic, although some deaths occurred in his native city of Nafplion but the echo of the panic and the destruction of the ordinary life had survived in Athens. He met and spoke with certain eye witnesses and physicians of that period, as he ensured in his personal notes and comments. His novel is written like a diary of the disease and contains articles from the newspapers. Lycoudis entitled his short novel "The "Foreigner of 1854", as most of the Athenian people called the epidemic, because it was broadly believed that it did not belong to the city, some strangers brought it with them. Lycoudis characterized the epidemic as "the green-yellow Amazon of death", probably from the color of the patients and their vomits.

He gives another option of the beginning of the disease: as the Pre-minister of Greece, Alexander Mavrokordatos returned from Marseille, he was obliged to stay at quarantine in Malta because three soldiers died from cholera in his ship. The legend refers to a secret passenger, who was hidden into the ship, reached to Piraeus and was the responsible for the transmission of the contagious disease. On July 6, people in Athens was informed about the cholera in Piraeus, by a town crier and was panicked by the sound of tambours in the streets (many people in those times could not read the newspapers because of the high incidence of analphabetism). From July to August 20 the epidemic was isolated in Piraeus but soon the first case of cholera appeared in Athens, in its oldest neighborhood, Plaka. In a furious runaway to save their lives, some days later, the inhabitants left the city walking or riding or by carriages towards the villages of the area, such as Patissia, Maroussi, Kifissia, Marathon, Acharnes, Megara and more distant destinations, taking with them the most necessary things to carry or even without taking anything.(19) From a population of 30000 only 8000 remained in Athens. Even the Lord Mayor escaped and was replaced, no Ministers were to be found, no Public Services were functioning, all the shops were closed ant it was extremely difficult to find bread or the precious rice considered as a benefit and safe food for healthy and suffering persons.(26) Lycoudis describes the medical aid offered by most of the physicians of Athens, some of them really sacrificing their own life and some trying to avoid the direct contacts with the victims. As the etiology remained unknown, the most accepted therapeutic method was the administration of opium, strychnine, anti-emetics, and many others, dividing sometimes the scientific opinions as there was not a real therapy. At night, medical assistance was easy to find as the Police has marked the physicians private houses with red and violet lights that reinforced the panic in an empty and silent city.

Lycoudis also refers to 3000 deaths, while official

image1: French troops in Piraeus (1854-1857).

image2: Athens, general view in 1854.

image3: Emmanuel Lycoudis (1849-1925)

image4: The Orphanage "Amalieion" (the old building)

statistics of the time restrict the number to 1000 deaths. There was not easy to have punctual statistics during the epidemic, as common tombs were used,

anonymous dead were carried to the already full cemeteries and were urgently buried elsewhere. Additionally, the author added the information that on November 14 (the peak of the epidemic) 200 deaths occurred only at the Military Hospital of Athens. The real tragedy at the Military Hospital of Athens (established in 1836), one of the first hospitals of the Greek capital, is described by Lycoudis. The beds were placed one by the other leaving just the space for the physicians and the nurses to pass through. Many patients could not find a bed and were placed on the floor, waiting for someone to die and empty his bed. Dead corpses were gathered in the hospital's yard, sometimes even naked. The author calls it "the valley of tears". The emotional atmosphere of the small capital demands from the Archbishop of Athens, Neophytos to pray for the citizens and ask mercy from God sending away the cholera and protect the people from any further harm. Neophytos prayed together with all the people of Athens, while priests and citizens followed religious processions in the streets carrying icons of the Holy Virgin and the Saints, asking for divine help.

All the written sources, as well as the literary text of Lycoudis are referring to the role that King Otto and Queen Amelia played during the days of the epidemic. (27)They ordered the physician Lindermayer to take care of the sick and poor patients. The royal couple never left the city and they tried to encourage the citizens, to visit many of the patients without fearing about their own lives and giving amounts to protect the orphans in a new orphanage, named upon Amelia as "Amalieion Orphanage". A heroic lady, Maria Ypsilanti gathered about 300 orphans and unaccompanied children, who after the epidemic went to "Amalieion Orphanage" (1855) [Image 4] for girls or "Hadjikosta Orphanage" (1856) for boys.

Discussion

The novel of Lycoudis is unique in Greek Literature and although written several years later, it keeps the horrible moments and the fear of death, common in every epidemic. The author notes that he read again the description of Thucydides about the pest of Athens and found parallels to the feelings and the behavior of the people. It can also be added the "Journal of the Plague Year" by Daniel Dafoe and the "The Plague" (French: La Peste) by Albert Camus, are some from the most famous books describing the human nature under extreme circumstances. Camus narrates the story of a plague sweeping the Algerian (then French) city of Oran. The book poses some questions about destiny and the human condition and all the characters in it help to show the effects of a plague on a populace. It is believed that the novel is based on the cholera epidemic that killed a large percentage of Oran's population in 1849 following French colonization and demonstrating certain similarities with the Greek novel, as the events are very close in time and both cities were struck by the same cholera pandemic. Dafoe vividly chronicles the progress of the epidemic in London in 1665, describing the deserted streets, the houses of death with cross daubed on their doors and the dead-carts on their way to the pits covered with lime. Besides them, the unknown Greek book adds its own narration to the history (allegoric sometimes) of the great epidemics.

Περίληψη

«Η Ξένη του 1854»: ένα διήγημα με θέμα την επιδημία χολέρας στην Αθήνα το 1854

Πουλάκου-Ρεμπελάκου Ε.[1], Μάνδυλα-Κουσουνή Μ.[2], Τσιάμης Κ.[3]

1. Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
2. Ιστορική Δημογραφία, Τμήμα Ιστορίας, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, Κέρκυρα
3. Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Η χολέρα υπήρξε μια από τις μάστιγες της Ανθρωπότητας. Η νόσος εξαπλώθηκε σε όλο τον πλανήτη πλήττοντας τον πληθυσμό της γης σε επτά θανάσιμα κύματα. Η χολέρα της Αθήνας (1854) ανήκει στο τρίτο κύμα (1839-1856), το οποίο είχε αφετηρία την Ινδία (Βεγγάλη) το 1839, εξαπλώθηκε στη Μέση Ανατολή, στη Ρωσία, στη Δυτική Ευρώπη και έφθασε μέχρι τη Βόρεια και τη Νότια Αμερική. Το 1854, η πανδημία μεταδόθηκε από τη Γαλλία στην Ελλάδα και την Τουρκία από τα Γαλλικά στρατεύματα που επέστρεφαν από τον Κριμαϊκό Πόλεμο. Η χολέρα έπληξε πρώτα το λιμάνι του Πειραιά και έφθασε σύντομα στην Αθήνα. Το διήγημα «Η Ξένη του 1854», αν και λογοτεχνικό κείμενο, είναι ωστόσο γραμμένο ως ημερολόγιο της νόσου και ενσωματώνει πολλές δημοσιογραφικές πληροφορίες του Τύπου της εποχής. Ο Εμμανουήλ Λυκούδης εξιστορεί την εγκατάλειψη της πόλης από τους κατοίκους της, τον πανικό που ξεσπά σε εκείνους που παραμένουν, τις ανεπαρκείς νοσοκομειακές κλίνες και τον αγώνα των γιατρών να προσφέρουν την καλύτερη δυνατή υποστηρικτική θεραπεία στους πάσχοντες. Οι κρατικές δομές και η ελλιπής οργάνωση της εποχής κατέρρευσαν και ως αποτέλεσμα παρουσιάζεται το σπάνιο θέαμα μιας άδειας και κατεστραμμένης μικρής πόλης. Ταυτόχρονα ο συγγραφέας σχολιάζει τις κοινωνικές στάσεις, τον ανθρωπισμό, τη στάση της Εκκλησίας και επικρίνει τους παραβάτες των καθηκόντων τους. Η συμβολή λογοτεχνικών κειμένων στην

πληροφόρηση ιστορικών γεγονότων είναι συνήθως πολύτιμη, καθώς το είδος προσφέρει λεπτομέρειες και αποχρώσεις που δεν ανευρίσκονται στις επιστημονικές πηγές.

Λέξεις κλειδιά:

Επιδημία χολέρας στην Αθήνα 19ος αιώνας,
«η ξένη του 1854»

References

1. Prinaris GC. On the Indian Cholera brief treatise, Athens, 1848.
2. Brody H, Rip MR, Vinten-Johansen P, Rachman S. Map-making and myth-making in Broad Street: the London cholera epidemic 1854 The Lancet 2000; 356: 64-68.
3. Poulakou-Rebelakou E, Vrioni G, Vogiatzakis E, Tsakris A. The great epidemics of the 19th century and the birth of Microbiology in Greece Acta Microbiologica Hellenica 2017; 62(2): 45-57.
4. Tsiamis C, Vrioni G, Vogiatzakis E, Tsakris A. The evolution of infectious diseases and Microbiology in Greece during 20th century through the lectures of Athens Medical Society (1900-1935) Acta Microbiologica Hellenica 2016; 61(2): 51-63.
5. Lycoudis E The foreigner of 1854. In: Emmanuel Lycoudis Short novels Nefeli Athens, 1990, 55-99.
6. Hadjimanolakis J. The story of a city, Piraeus 1835-2005, Ed. Municipality of Piraeus, Piraeus, 2005, 48-51.
7. Clogg R. A Concise History of Greece Cambridge University Press 2007, 53, 60-61.
8. Komis K. Cholera and Lazarettos. The case of Samiopoula, Ioannina University, Scientific Yearbook of School of Philosophy. Ioannina, 2005, 100-103.
9. Koliopoulos JS & Veremis TM, Greece the Modern Sequel. From 1821 to the Present, Hurst & Company, London, 2004, 278.
10. Typaldos-Preténdéris C. Du choléra épidémique observé à Cephalonie en 1850 Athènes 1850, 38.
11. Loukos C, Epidemics and Society. Cholera in Ermoupolis, Syros (1854) Mnemon 1992; 14: 49-69.
12. Micheli L. Piraeus: From Porto-Leone to the Manchester of the Orient. Dromena, Athens, 1989, 99-110.
13. Krasonikolakis D. The “Tomb of the Frenchman” in Piraeus https:dimitriskrasonikolakis. blogspot. com/2015/blog-post_24.hmtl
14. Milesis S. The Cholera Diary of 1854, Pireorama. blogspot.com retrieved 21.11.2014.
15. Koutouzis V. The nightmare moments of Piraeus www.koutouzis.gr retrieved 12.12.2010.
16. Mavrogonatou G. Water supply of Athens From the nets to the only net: 1880-1930 Technology, Society and Policy. Doctoral Thesis (National & Kapodistrian University of Athens-National Polytechnic School of Athens-Metsovion, 2009, 171-172.
17. Tsiamis C, Vrioni G. The microbiologic control of water supply network of Athens during the Inter-War period Acta Microbiologica Hellenica 2010;55(6): 501-511.
18. Dragoumis NM. Historical Memories, Athens 1874, 169-170.
19. Korasidou M. When disease is a menace. Surveillance and control of the populations’ health in Greece of 19th century. Dardanos, Typothito, Athens, 2002, 104-119.
20. Anninos B. Athens in 1850 Impressions of two French travelers, Maxime Du Camp and Gustave Flaubert, Hecate, Athens, 2006, 40-41 (photo print 1st ed. Dimitrakos).
21. Assimakopoulou E. The “Foreigner”, Flaubert, and Papadiamandis, Oral presentation International Day of Archives, Athens, 18.6.2018 (under publication).
22. Flaubert’s letters from Greece 1850-1851, Aliferis N (ed.), Agra, Athens, 1995, 9, 23, 27, 48.
23. Papadiamandis A. The cholera victim. In: Triantafyllopoulos ND (ed.) The Works of Papadiamandis, Domos, Athens, 1984, vol. III, 361-366.
24. Papadiamandis A. Guardian at the Hygienic Coast Guards. In: Triantafyllopoulos ND (ed.) The Works of Papadiamandis, Domos, Athens, 1982, vol. II, 541-640.
25. Vokos G. The Occupation, Vassilios Tsangaris, Athens, 1905, 351, 416, 450.
26. Karamaloudi F. The Foreigner of 1854, In: Athenian Diary 2018 Filippotis SG (ed.), Filippotis Editions, Athens, 2018, 187-195.
27. Anninos B. Historical Notes, Hestia, Athens, 1925 2nd ed. Byron, Athens 1975.