Revistă editată de Colegiul Medicilor Maramureș

Anul XX / nr. 73 / Septembrie 2018

MARAMUREȘUL MEDICAL

DIN CUPRINS: Aportul medicilor maramureșeni la realizarea Marii Uniri de la 1 decembrie 1918
Pacientul ascuns / Aditivii alimentari și modul lor de utilizare
Toamna, inamicul reumatismului

CUPRINS

Aportul medicilor maramureşeni la realizarea Marii Uniri de la 1 decembrie 1918
(Dr. Felix Marian, Baia Mare) 3

Marele Război de Reîntregire a Neamului şi Martirii săi (o evocare din perspectivă medicală)
(Dr. Valeriu Lupu, Vaslui) 4

Pacientul ascuns (Dr. Mihaela Leşe, Baia Mare) 10

Colesterolul şi statinele – Teze şi antiteze (Dr. Ioan Mara, Deva) 11

Starea de sănătate prin prisma bilanţului musculo-articular la pacienţii spitalizaţi cu boli profesionale (Dr. Dorin-Gheorghe Triff, Baia Mare) 20

Larva migrans cutanată şi bolile dermatologice asociate (Dr. Maria Pocol, Baia Mare) 21

Meridianele distincte (Dr. Marius Dan Pop, Kinetoterapeut Andrada Pop, Baia Mare) 23

Aditivii alimentari şi modul lor de utilizare (Chimist principal Aurelia Tecuşanu, Vişeu de Sus) 24

Locuri de muncă sănătoase prin managementul substanţelor periculoase
(Ing. Traian Rad Tăut, Ing. Marian Novosivschei, Baia Mare) 25

Quo vadis? (Dr. Sabin Nemeş-Bota, Baia Mare) 27

Toamna, inamicul reumatismului (Maria-Andreea Chindriş, Baia Mare) 29

Momente din geneza medicinii medico-militare, în lume!
– Dialog cu general mr. (r) doctor, Ion P. Drăguşin (Dr. George M. Gheorghe, Bucureşti) 30

Referat, note şi comentarii la analizele lui Solomon Marcus privitor la artele vizuale
(Dr. Vladimir Dobre, Târgu Mureş) 34

Maramureşeni în Canada (Ing. Lazăr-Aurel Pantea, Baia Mare) 37

Acad. G. Oprescu: Laudate Saxorum (Prof. Liviu Tătaru, Baia Mare) 39

Aniversarea de la 20 de ani de la absolvirea Facultăţii de Medicină Generală „Victor Papilian" din Sibiu (Prof. Dr. Dorin Bardac, Sibiu) 42

Colaborarea savantului Gheorghe Marinescu cu profesorul Ion Minea şi contribuţia profesorului Ion Minea în Şcoala medicală clujeană
(Prof. Univ. Dr. Ştefania Kory Calomfirescu, Conf. Dr. Marilena Kory-Mercea, Cluj-Napoca) 43

Calendar 2018 de Istoria Medicinei şi Farmaciei (III)
(Farm. pr. Maria Gabriela Suliman, Ist. Antoaneta Lucasciuc, Bucureşti) 45

Răsfoind reviste medicale (Dr. Felix Marian, Baia Mare) 49

Publicaţii medicale (Prof. Univ. Dr. Ştefania Kory Calomfirescu, Cluj-Napoca) 50

Mulţumim firmei Meduman SA pentru sponsorizarea acestui număr al revistei.

Consiliul editorial:
Prof. Dr. DANA BARAN (Iaşi)
Prof. Dr. DORIN BARDAC (Sibiu)
Prof. Dr. CRISTIAN BÂRSU (Cluj)
Prof. Dr. ILEANA BENGA (Cluj)
Prof. Asoc. Dr. CONSTANTIN BOGDAN (Bucureşti)
Dr. VASILE BONAŢ (Baia Mare)
Dr. LIVIU DRAGOMIR, dr. în şt. med. (Baia Mare)
Prof. Dr. DAN DUMITRAŞCU (Cluj)
Dr. GH. GRĂDINARU, dr. în şt. med. (Baia Mare)
Prof. Dr. ŞTEFANIA KORY CALOMFIRESCU (Cluj)
Dr. IRIMIE LENGHEL, dr. în şt. med. (Sigh. Marm.)
Dr. GIULIANO PETRUT (Baia Mare)
Lect. Univ. Dr. ANCA POP (Bucuresti)
Conf. Dr. CĂLIN POP (Baia Mare)
Dr. RAREŞ POP (Baia Mare)

„MARAMUREŞUL MEDICAL" – publicaţie trimestrială
editată de Colegiul Medicilor din Maramureş
ISSN: 1841-4508
COLECTIVUL DE REDACŢIE
Director fondator: Dr. CONSTANTIN PRIE
Redactor şef: Dr. FELIX MARIAN
Redactori: Dr. EMILIA ARMEANU, Dr. DAN FLORIN FILIP
Secretar de redacţie: ELISABETA MOLNAR
Culegere: CORNELIA POP
Tehnoredactare computerizată, fotoredactare: ALEXANDRU BREZOVSKI
Redacţia: Baia Mare, str. G. Coşbuc nr. 25A/4, Tel.: 0262-218018,
E-mail: office@colmedmm.ro, www.colmedmm.ro
Tipărit la CECONII SRL Baia Mare, Tel: 0722 366 945

APORTUL MEDICILOR MARAMUREŞENI LA REALIZAREA MARII UNIRI DE LA 1 DECEMBRIE 1918

Dr. Felix Marian, Baia Mare

ISTORIA milenară a patriei noastre este un lung şi neîntrerupt şir de lupte pentru menţinerea fiinţei naţionale, a dăinuirii noastre în vorba strămoşească şi cu limba străbună, ca neam, în vecinătatea altor popoare etnic deosebite.

După formarea conştiinţei naţionale s-a urmărit crearea statului naţional românesc independent.

În această luptă care a îmbrăcat diferite forme, au fost numeroase perioade deosebit de fierbinţi, cu multiple jertfe de sânge. Între cele mai importante menţionăm evenimentele din toamna anului 1918, care au culminat cu convocarea Marii Adunări Naţionale de la Alba Iulia, declarând Unirea Transilvaniei cu România, şi prin aceasta desăvârşirea făuririi satului naţional unitar român, la 1 Decembrie 1918.

Stringenta necesitate de a se rezolva o serie de probleme naţionale şi sociale au scos la suprafaţă, din rândul poporului, o serie de personalităţi, între care medici şi farmacişti, care înţelegând momentul şi viitorul societăţii au fost proiectate în fruntea maselor, acţionând pentru împlinirea revendicărilor acestora. Medici, studenţi în medicină şi farmacişti s-au solidarizat cu poporul şi au acţionat, cot la cot cu el, pentru realizarea lor.

În toamna anului 1918, în jur de 300 de medicinişti, medici şi farmacişti au acţionat în sensul grăbirii şi realizării evenimentelor atât de mult aşteptate.

Sub îndrumarea consiliului Naţional Român Central, cadrele medicale au luat parte la formarea gărzilor Naţionale şi a Consiliilor Naţionale Române Locale pentru pregătirea deplasării la Alba Iulia, asigurarea asistenţei, medicale de urgenţă la locul adunării, şi participarea lor însăşi la Marea Adunare Naţională.

La înfăptuirea Marii Uniri medicii au avut un rol activ, unii dintre ei situându-se chiar în fruntea acţiunilor, cum au fost: Alexandru Vaida Voievod, Iuliu Haţieganu, Iuliu Moldovan şi alţii. Studenţii în medicină, împreună cu colegii lor de la alte facultăţi au acţionat în sensul formării conştiinţei naţionale ca premiză a Marii Uniri politice în cadrul societăţilor academice studenţeşti româneşti dintre care, mai importante au fost „Petru Maior", la Budapesta între anii 1871-1919 şi „România Jună" la Viena între anii 1871-1919.

Printre studenţiii medicinişti, cei mai activi la începutul fiinţării Societăţii Academice „Petru Maior" amintim alături de Victor Babeş şi pe Gheorghe Bilaşcu, acesta din urmă a devenit în perioada Marii Uniri medic stomatolog, Şef de lucrări la Facultatea de Medicină din Budapesta. După 1 Decembrie 1918 a revenit în patrie, devenind profesor universitar la Facultatea de Medicină din Cluj, fiind întemeietorul învăţământului stomatologic din România.

Participant cu credenţional la Marea Adunare Naţională, ca reprezentant al Cercului Electoral Berbeşti – Sighet, Maramureş, stomatologul Dr. Gheorghe Bârlea a participat intens la pregătirile pentru Unire. A mobilizat cetăţenii şi, ca urmare a activităţii sale, s-au ţinut adunări populare în tot Maramureşul şi s-au format Consiliile Naţionale Române.

În Giuleşti s-a ţinut o mare adunare populară cu oameni de pe Valea Marei, unde au fost aleşi delegaţi pentru a pleca la Alba Iulia. Drumul delegaţiei maramureşene spre oraşul Marii Uniri a fost descris magistral în coloanele ziarului „Sfatul" din Sighetu Marmaţiei.

Un alt medic maramureşan, Dr. Vasile Ilea, cu o bogata activitate în cadrul ASTREI, devenit directorul Spitalului de Boli Nervoase din Sighet, a fost unul dintre participanţii de la Alba Iulia. A facut parte din Societatea Academică Studenţească „Petru Maior". Pe la mijlocul lunii noiembrie 1918 a luat parte la o mare adunare a muncitorilor, intelectualilor şi studenţilor români din Budapesta. Aici s-a stabilit delegaţia care urma să participe la istorica Adunare de la Alba Iulia.

Dr. Sigismund Pop din Sighetu Marmaţiei, în timpul Primului Război Mondial, a fost medic militar stagiar la Budapesta în Galiţia şi în Bucovina. În toamna anului 1918 s-a întors în oraşul natal, a participat activ la formarea Gărzilor Naţionale Române, iar la 1 Decembrie 1918 a însoţit delegaţia maramureşeană la Marea Adunare Naţională de la Alba Iulia.

Tot printre medicii care şi-au adus contribuţia marele act al Unirii figurează şi Dr. Gheorghe Bran, născut în 1897 fiind descendent al marii familii Bran din Tohat. Fiind medic militar – colonel – este menţionat în documentele epocii ca mobilizator al plecării poporenilor din Sibiu la Alba Iulia din ziua de 1 Decembrie 1918.

Dintre farmaciştii maramureşeni, care au participat la luptele duse pentru realizarea marelui eveniment de la 1 Decembrie 1918 s-a numărat şi Traian Catul, născut în 1870 la Arieşul de Pădure (judeţul Maramureş). Alături de câţiva farmacişti năsăudeni, el s-a înrolat în armata română, a luptat în rândurile acesteia, inclusiv pe frontul din Moldova, de unde s-a întors apoi în Transilvania.

Aceşti medici maramureşeni, alături de alte câteva sute de medici, studenţi în medicină şi farmacişti, împreună cu întreaga naţiune română au participat, sub diferite modalităţi, la pregătirea şi înfăptuirea marelui act al Unirii.

Omagiind generaţia medicilor din perioada Unirii, omagiem şi generaţiile care i-au premers şi i-au format, cât şi pe cele care vor veni.

Act istoric de o deosebită importanţă, la înfăptuirea căruia medicii şi farmaciştii au fost împreună cu poporul, Marea Unire de la 1 Decembrie 1918 a avut o importanţă covârşitoare asupra evoluţiei politice, economice şi sociale a României, contribuind în mod efectiv la afirmarea ei ca stat naţional, unitar, suveran şi independent.

MARELE RĂZBOI DE REÎNTREGIRE A NEAMULUI ȘI MARTIRII SĂI (o evocare din perspectivă medicală)

Dr. Valeriu Lupu, Vaslui

"Știm că prin moartea martirilor Țara câștigă pe verticală o transcendență, o demnitate, o aoreolă mântuitoare la Judecata Mare a istoriei, dar orizontala ei, orizontala noastră cea de toate zilele rămâne pustiită, viața celor rămași în veci pustiită".

Ștefan Fay

Introducere

În istoria omenirii războaiele au fost adevărate catastrofe umanitare, prin faptul că întotdeauna au cauzat cele mai crunte nenorociri, atât în plan personal, cât și în plan familial, comunitar sau național. Dincolo de confruntarea directă, care urmărește scoaterea din luptă a adversarului prin moartea sau rănirea lui gravă, erau marile nenorociri care se asociau aproape constant; molimele devastatoare pentru armată și populația civilă, foametea, refugiul, tragedia celor din teritoriile ocupate, la care se adaugă toate neajunsurile care decurg dintr-o stare de război; mobilizare, rechiziții, economie de război, legi speciale, nesiguranță și pretențiile învingătorului. Toată această tragedie o va trăi poporul român în prima conflagrație mondială în care, totuși, speranța reîntregirii neamului părea mai aproape ca oricând.

De regulă, după consumarea unui conflict armat, sau a unui război, indiferent de natura lui, posteritatea reține din această tragedie doar actele de bravură, de eroism și desigur, victoria finală, dar dramatismul momentului cu spectrul morții care bântuie permanent, lovind năprasnic, decisiv sau agonic, asupra celor care-și dispută "gloria" pe câmpul de luptă, sunt repede date uitării. Iată de ce în cadrul conflictelor armate "singurul război care are legitimitate morală și istorică pentru o națiune este războiul de eliberare" după cum spunea și demonstra Paulescu în cartea sa "Sinagoga și Biserica față cu pacificarea omenirii". Pretențiile teritoreale, aroganța, superioritatea afișată ostentativ, pretenția apărării unor principii nobile sau valori umane cum ar fi progresul și civilizația, democrația și drepturile fundamentale ale omului, libertatea neîngrădită a individului și autonomia, sunt tot atâtea motive care doar aparent sunt invocate ca justificare a conflictului și agresiunii. În fapt nu este vorba decât de interese economice, de avere și putere, de supremație și dominație "instincte sociale care au devenit patimi sau vicii" după cum le definește același mare gânditor, Paulescu, în scrierile sale.

Or, contabilizarea și gestionarea *de facto* a suferinței și nenorocirilor pe care le aduce o stare de război pentru o armată învingătoare sau învinsă, o țară cuceritoare sau cotropită, un popor glorios sau umilit, a făcut-o, o face și o va face întotdeauna serviciul sanitar al armatei și al statului aflat în stare de beligerență. Impactul și dramatismul situațiilor individuale sau colective este atât de mare, încât nici nu e de mirare că cei care operează în acest domeniu sunt cei mai afectați sub aspect psihologic, ajungând la adevărate stări de suferință psihică. Pentru că și confruntarea cu "gloria tranșeelor" este cel mai adesea apocaliptică și lasă urme adânci în sufletul și inima celor puși în situația de a se confrunta cu suferința extremă.

Iată de ce corpul medico-sanitar a fost adesea victima depresiilor și tulburărilor psihice și, nu rareori, a fost etichetat ca defetist în raport cu rostul războiului, optimismul planurilor operative care, oricât de inteligente ar fi fost, nu puteau să nu însemne suferință, sânge și victime. În acest context este relevantă meditația unui medic de pe frontul Primului Război Mondial căruia, pur și simplu, i se părea absurdă situația în care se afla, aceea de a gestiona ororile tranșeelor. "Ce fac medicii în războiul acesta? Eram puși să culegem roadele tranșeelor. Să scoatem din trupurile sfârtecate de grenade și obuze, din carnea amestecată cu țîrână și glodurile șanțurilor altă viață, bună pentru alte șanțuri. Am făcut să tacă în noi rostul unei vieți întregi închinate grijii de a păzi pe alții de boli și am ajutat la cel mai crunt măcel al atâtor mii de vieți tinere din care numai noi știm câte și cum au ieșit" medita cu durere doctorul Ștefănescu Galați în "Amintiri din război" (Ed. Viața Românească, 1921).

Armata română și serviciul sanitar

Prin Înalt Decret Domnesc, la data de 21 august 1862, se înființează două structuri importante în cadrul Ministerului de Război al Principatelor Unite sub sceptrul domnitorului Alexandru Ioan Cuza; Corpul Ofițerilor Sanitari ai Armatei și Direcția Generală a Serviciului Sanitar Român sub comanda generalului de divizie Carol Davila, ctitorul sistemului sanitar militar și civil din țara noastră, ctitor al învățământului medical, al asociațiilor medicale și de cruce roșie, al presei medicale și științei medicale românești. În anul 1882, prin decretul regal 1125 din 15 aprilie, avea să se elaboreze și Legea de Organizare și Funcționare a Serviciului Sanitar al Armatei, condusă de o direcție specializată din cadrul Marelui Stat Major al Armatei.

Serviciul Sanitar al Armatei părea foarte bine pus la punct, având la bază ideile generalului dr. Carol Davila și generalului de Corp de Armată dr. Ștefan Corvin (originar din Vaslui, autor de manuale militare de specialitate în domeniul sanitar) care impuneau reguli stricte privind triajul trupelor, cantonamentul trupelor, igiena câmpului de luptă, structura ambulanțieră, evacuarea răniților, spitalele mobile, spitalele de evacuare, spitalele de zonă interioară etc. Cu toate acestea, organizarea medico-sanitară din structura armatei și mai ales, respectarea legislației sanitare, era tratată cu o anumită superficialitate, mai ales de corpul ofițerilor de comandă care, în bună măsură, neglijau respectarea regulilor de sanitație sau chiar le persiflau. Un exemplu trist și dureros al acestei atitudini a fost cel petrecut în cel de al II-lea Război Balcanic când, cu toată vaccinarea antiholerică a savantului Ioan Cantacuzino, peste 14000 de ostași români aflați pe teritoriul Bulgariei se îmbolnăvesc de holeră (cu 1089 de decese), ca urmare a contactului cu surse de infecție indigene și nerespectarea regulilor elementare de igienă personală și colectivă.

Se ştia de pe atunci că starea de sănătate a trupelor (ca de altfel a oricărei colectivităţi umane) era şi continuă să rămână condiţionată deopotrivă, de condiţiile de sanitaţie individuală şi colectivă. Cum grosul trupelor era format, la acea vreme, din ţărani simpli fără deprinderi igienice şi cu o educaţie precară, morbiditatea prin boli comune şi epidemice, ca şi mortalitatea de altfel, se găsea la nivele foarte ridicate,. Un tablou sumbru al acestei situaţii ni-l prezintă o statistică efectuată pe intervalul septembrie 1914 – octombrie 1915, când România era încă în stare de neutralitate. La 250420 soldaţi şi ofiţeri, cât reprezentau efectivele Armatei Române, se înregistrează 457.000 de internări (fiecare soldat avea două internări pe an), cu 954.666 zile de spitalizare, înregistrându-se o morbiditate de 440% şi o mortalitate de 1,6%. Incidenţele cele mai crescute ale morbidităţii le înregistrau febra tifoidă cu 1,8% (mortalitate 16,6%), tuberculoza cu 5,2%, gripa 36,1%, scabia 93%, boli venerice 22,2%.

Cu toate adaptările modelului iniţiat de Carol Davila şi continuat de Ştefan Corvin (autor de cărţi de iniţiere pentru medicii militari, pentru sanitari, brancardieri şi ambulanţieri), acestea nu reuşeau să ţină pasul cu progresele militare în domeniu din viitoarele ţări beligerante, ţări care erau şi cele mai dezvoltate din Europa, mai ales în domeniul înzestrărilor militare. S-a adăugat şi faptul că entuziasmul unionist, generat de declaraţia de război împotriva Austroungariei, avea să contamineze şi conducerea armatei care, în faţa succeselor de început pe teritoriul transilvan, au pierdut din vedere activităţile metodice de coordonare a acţiunilor militare cu serviciile auxiliare, printre care şi cu serviciul sanitar şi rigorile acestuia.

Repercursiunile aveau să se resimtă curând, prin impactul asupra coerenţei şi sincronizării operaţiunilor militare. Astfel încât, chiar dacă în zona operaţiilor serviciul sanitar era asigurat de un medic de batalion, de structuri sanitare regimentare (companii sanitare, brancardieri şi ambulanţă care se detaşau conform planului de luptă) şi de structuri sanitare divizionare (spitale mobile şi spitale de evacuare către zonele de interior), după primele confruntări militare ele s-au dovedit puţin eficiente.

Chiar şi zona etapelor (pentru care exista un comandament general care făcea parte din cartierul general al armatei) care gestiona spitalele de etapă şi de interior, spitalele de contagioşi, spitalele veterinare, trenurile sanitare, infirmeriile de gară, depozitele de medicamente şi materiale sanitare (în care corpul de armată era structura militară de referinţă), din primele confruntări s-a dovedit şi ea a fi puţin eficientă faţă de exigenţele frontului şi starea de fapt din Primul Război Mondial.

Deficienţele cele mai mari se înregistrau însă la capitolul dotare materială şi încadrare cu medici. Aşa de exemplu, ca dotare se putea asigura din resurse interne doar tărgile, corturile, paturile, vata şi fiolajele. În rest, totul depindea de aprovizionarea din exterior (medicamente, dezinfectante, reactivi, aparatură medicală, instrumentar medical, materiale sanitare etc), extrem de dificilă, nesigură şi costisitoare în timp de război. Şi numărul de medici era insuficient, deşi a fost mobilizată toată suflarea medicală, înclusiv rezidenţii şi studenţii în medicină, armata era deservită doar de 1929 medici, dintr-un necesar de 4000.

Deşi Regatul Român intră în război după doi ani de neutralitate, interval în care teoretic ar fi putut să-şi modernizeze armata şi îndeosebi serviciul sanitar, mai ales că tehnica de luptă modernă (aviaţie, tancuri, tehnică de luptă, gaze toxice), ridicau noi exigenţe şi cereau măsuri adecvate, serviciul sanitar avea să fie tot la nivelul anului 1913. Cu alte cuvinte, din campania din Bulgaria conducerea armatei nu a tras învăţămintele cuvenite, cel puţin în privinţa Serviciului Sanitar. O imagine evocatoare a începutului de război ne-o oferă generalul Constantin Argetoianu în amintirile sale ”un talmeş balmeş de ambulanţe vechi şi noi, de furgonete, de căruţe rechiziţionate, de automobile hodorogite, de cuptoare şi bucătării de campanie amestecate unele cu altele în voia Domnului. O forfoteală de ofiţeri, gradaţi şi civili zbierând şi înjurându-se între ei ierarhic, blestemând cu toţii organizarea, încurcând şi mai rău, parcă înadins, ceea ce fusese atât de bine încurcat în zilele precedente”.

”Toamna pătimirii noastre” şi ”Triunghiul morţii”

Înfrângerile succesive din sudul ţării suferite de Armata a III-a în Valea Jiului, Turtucaia, Silistra, Flămânda, Neajlov-Argeş (ultima însemnând pierderea Bucureştiului şi Dobrogei), vor conduce la pierderea a 76,3% din teritoriul regatului. Retragerea precipitată şi în dezordine a armatei către Moldova dintre Carpaţi şi Prut, urmată de coloane nesfîrşite de refugiaţi din calea urgiei cotropitorilor, va însemna începutul ”toamnei patimilor noastre”.

”În Ţara Zimbrului” – cum cu durere şi optimism cânta poetul Vasile Voiculescu în versurile sale acest colţ de ţară – se vor regăsi ultimele zvâcniri ale românismului acelor vremuri, asediat la rândul său şi aparent lipsit de perspectivă. Acestor neajunsuri aveau să li se adauge prizonierii de război, care trebuiau gestionaţi tot de armată şi instabilitatea din cadrul trupelor ruseşti aflate pe frontul românesc al Antantei.

Capitularea Bulgariei din al II-lea război balcanic, va fi scump plătită în a doua parte a Primului Război Mondial, când trupe germane de elită (retrase de pe frontul de vest) sub comanda generalilor Mackenzen, Falkenheym şi Morgen, în alianţă cu trupe austroungare, otomane şi bulgare, vor ocupa trei sferturi din teritoriul regatului român, generând imense suferinţe populaţiei care nu apucase să se refugieze. Aceasta va face ca în zonele ocupate de inamic ”toamna patimilor noastre” să se prelungească în chipul cel mai dureros până la sfârşitul războiului.

Retragerea generală în Moldova se va face în aşa zisul ”triunghi al morţii”, ca ultimă redută a românismului, a cărui bază se afla pe aliniamentul Galaţi-Siret-Focşani-Carpaţii de Curbură, latura estică pe Prut, latura vestică pe trecătorile Carpaţilor şi vârful în zona Sucevei, triunghi care însemna parte din Moldova istorică a vechilor voievozi, sau Ţara Zimbrului cum o numea Vasile Voiculescu în volumul său omonim amintit mai sus, pentru că ”Leul Băniei”, ”Vulturul Munteniei” şi ”Delfinul Dobrogei” îşi pierduseră vigoarea şi semeţia. Afluxul de peste 1,5 milioane refugiaţi din calea trupelor de ocupaţie, îndeosebi germane, bulgare şi ungare, era motivat de atrocităţile severe şi regimul draconic impus de cotropitori cu scopul declarat de a extermina populaţia băştinaşă.

Întârzierea intrării României în război se datora în bună măsură şi profundei sciziuni din societatea românească în care orientările erau diferite; fie spre Antanta (antantofilii) care promiteau România Mare, fie spre Puterile Centrale (germanofilii) dată fiind originea germană a Casei

Regale şi existenţa unui tratat încă din 1883 pe care l-a denunţat însuşi Eminescu la vremea sa. Ultimatumul Înaltului Comandament Francez din iulie 1916 încheiat cu sintagma ”acum sau niciodată” va determina România să intre în Război, ceea ce va atrage după sine represalii furioase, îndeosebi germane, cu scopul evident de exterminare a populaţiei autohtone. Dislocarea trupelor germane de elită de pe frontul de Vest însă, vor face posibile victoriile Antantei pe Sonne şi Isonzo, ceea ce va însemna foarte mult în desfăşurarea viitoare a războiului.

Prima conflagraţie mondială a realizat şi cea mai largă mobilizare de resurse umane şi economice cunoscută în istoria de până atunci. Forţele militare şi-au crescut foarte mult combativitatea şi capacitatea de distrugere, în comparaţie cu războiul clasic, datorită noutăţilor tehnice precum; utilizarea gazelor toxice, submarinelor, tancurilor şi aviaţiei. Ca să nu mai vorbim de mijloacele de propagandă şi spionaj care au reuşit să destabilizeze imperii, cum a fost cazul imperiului rus, compromis de spionajul german. Şi punerea în mişcare a unor resurse oculte par să fi jucat un rol important spre sfârşitul războiului. Armata germană, care părea să domine Europa, va sucomba subit, într-un interval record de numai câteva luni, nu numai prin participarea americană care va conduce la capitulări în lanţ într-un interval la fel de scurt, dar şi prin blocaje financiare realizată de finanţa internaţională. Urmarea va fi încheierea rapidă şi necondiţionată a războiului după patru ani de beligeranţă neîntreruptă. În acest context diversitatea de opinii va bulversa şi factorul politic autohton, de unde ezitările şi oscilaţiile în atitudine.

Dezastrul acestei încleştări dramatice va însemna în primul rând însă, victime umane, a căror număr impresionant îl va determina pe Paulescu să definească primul război mondial ca ”o adevărată hecatombă umană”, iar imensele pierderi materiale vor fi de ordinul triilioanelor de dolari. Vindecarea rănilor războiului va însemna ani grei de muncă pentru populaţia fiecărui stat pentru că, învinşi sau învingători, participanţii la conflagraţie au avut de suferit la modul cel mai dramatic; familii distruse, orfani, răniţi şi mutilaţi, bunuri distruse, sărăcie, foamete şi boli epidemice, între care cel mai redutabil a fost tifosul exantematic care a cuprins ţările şi trupele beligerante aproape în totalitatea lor.

Anul 1917 şi epidemia de tifos exantematic

Dezastrului din toamna anului 1916 avea să-i urmeze o iarnă năpraznică, cu geruri foarte puternice, cu temperaturi ce coborau sub minus 30 grade celsius ceea ce a ridicat grele probleme în ceea ce priveşte cantonamentul trupelor şi adăpostirea refugiaţilor. Retragerea armatelor şi refugiul în masă către Moldova, a făcut ca aglomeraţia să fie de neimaginat în majoritatea zonelor urbane şi rurale. De pildă în satul Todireşti-Vaslui, au fost încartiruiţi 3000 de militari în 96 de case ţărăneşti ajungându-se la 5-8 persoane într-o cămăruţă ţărănească care, conform tradiţiei construcţiilor ţărăneşti, erau şi mici şi joase. S-a ajuns până acolo încât se construiau bordeie pe jumătate în pământ pentru adăpostirea trupelor şi refugiaţilor, pentru că toate instituţiile statului, inclusiv şcolile, au fost transformate în infirmerii sau spitale de contagioşi. În aceste condiţii, cu tot eroismul unor medici şi unor eforturi considerabile din partea structurilor sanitare, serviciul sanitar s-a dovedit a fi complet depăşit.

Aglomeraţia, promiscuitatea şi lipsurile de tot felul au creat contextul necesar pentru ca în ianuarie 1917 să izbucnească epidemia de tifos exantematic ce va cuprinde repede întreaga Moldovă, lovind deopotrivă în armată şi populaţia civilă, băştinaşă sau refugiată. Marele nostru savant Ioan Cantacuzino, care prin înalt decret regal fusese investit cu puteri depline pentru combaterea epidemiei, va nota în lucrările sale cu acurateţea omului de ştiinţă începutul şi amploarea dezastrului, după ce reuşise prin măsuri antiepidemice severe să stingă focarele din Dobrogea, Neamţ şi Suceava. ”Nu au fost semnalate alte cazuri până la momentul când retragerea românească a început să se transforme în dezastru, epuizată de marşuri şi lupte, abia hrănită, insuficient îmbrăcată, parţial dispersată armata română s-a retras pe un frig năpraznic în Moldova. Învălmăşeala în satele Moldovei a devenit în curând atât de mare ca urmare a afluxului trupelor extenuate şi a exodului populaţiei civile care fugea de invazia germană încât tifosul exantematic şi-a găsit condiţiile cele mai prielnice pentru intinderea lui. În localităţile în care căutam regimentele nu rareori puteai vedea 25-30 de oameni înghesuiţi într-o odăiţă ţărănească. Medicii mobilizaţi cădeau ei înşişi victimă acestui teribil flagel”.

Peste 350 de medici şi peste 1000 de sanitari, inclusiv parte din medicii misiunii franceze printre care şi doctorul Jean Clounet conducătorul Spitalului de campanie de la vila Greerul (astăzi staţionarul pentru copii Jean Clounet), au murit în lupta cu boala. Dezastrul era atât de mare încât presa timpului descria adevărate scene apocaliptice. ”Cine ar putea uita tabloul pe care-l prezenta gara Iaşilor şi mahalalele lui în februarie 1917. Soldaţi risipiţi şi rămaşi în urmă, refugiaţi de tot felul năpădeau de pretutindeni, pe jos sau pe calea ferată, albiţi de păduchi ei împrăştiind în calea lor boala, unii dintre ei cădeau morţi în drum, alţii în clipa sosirii lor, zilnic pe peroanele, pe drumurile spre oraş, la uşa spitalelor tixite de bolnavi stăteau mormane de cadavre, îngrămădite cu sutele unele peste altele, medici şi infirmiere cădeau atinşi de molimă peste tot, nu mai erau nici scânduri pentru sicrie, iar căruţele târâte de cai ca umbrele purtau cadavrele trântite grămadă. Imaginile clasice ale ciumei din Atena se impuneau irezistibil în memoria noastră”.

Realitatea din teren era la fel de dezastruoasă dacă nu chiar mai grea, dacă se poate imagina ceva mai dramatic. Iată ce scrie în memoriile sale generalul dr. Ion N. Antoniu, şeful Serviciului Sanitar din Marele Cartier General al Armatei Române cu ocazia unei inspecţii a trupelor în teren ”la unul din regimentele de recruţi 900 muriseră din totalul de 1200 şi toţi ofiţerii regimentului erau bolnavi. La un alt regiment tocmai murise comandantul, iar într-un sat nu erau nici mai mult nici mai puţin decât 1000 de morminte proaspete, deopotrivă civile şi militare”.

O comisie medico-militară formată din 10 oameni care trebuia să evaluieze situaţia trupelor a fost repede decimată de boală prin îmbolnăvirea a şapte dintre ei, trei sfârşind prin deces. Însăşi Ecaterina Teodoroiu încartiruită cu compania sublocotenentului Gheorghe Mănoiu, pe care o asista ca infirmieră în satul Dăneşti-Vaslui, şi-a lăsat în cimitirul satului 11 camarazi doborâţi de tifosul exantematic. Boala era ea însăşi de un dramatism aparte încât mărturiile vremii o prezintă ca o dramă pe care astăzi cu greu ne-o putem imagina. O descriere a suferinţei produsă de boală o avem ca mărturie în memoriile generalului Radu R. Rosetti; ”temperatură foarte

înaltă (40-42 grade celsius), migrene teribile însoţite de delir, halucinaţii şi coşmaruri, comă hiperpiretică, agitaţie extremă cu contracturi şi convulsii, erupţie cutanată hemoragică caracteristică. Acest calvar durează aproximativ două săptămâni, după care urmează o convalescenţă de aproximativ o lună în care bolnavul este atât de slăbit şi epuizat încât nu este capabil de nici o activitate fizică". Generalul va fi îngrijit de doctorii Ioan Cantacuzino, Alexandru Slătineanu, Grigore Eftimiu, Marius Nasta, medicul francez Vaillet şi asistenta Ana Ludwig şi din fericire va învinge boala.

O descriere a stărilor halucinatorii şi delirante din boală o face Petru. Dumitriu când vorbeşte de stările prin care a trecut Alexandru Stahl (unul din marii noştri etnografi – succesorul lui Dimitrie Gusti) în timpul bolii, când totul pare ireal, răsturnat, fără limite şi de neatins, ca într-o stare de imponderabilitate în care se produc lucruri stranii (*Cronica de familie*, Ed. ESPLA, Buc. 1956).

Provocat de o bacterie din specia rickettsia tipul prowazeki, *rickettsia prowazeki* (denumită după numele celor doi savanţi care cad victimă cercetând boala), a cărui vector de transmisie este păduchele de corp (pediculus corporis), boala avea caracter endemic (permanent) în multe ţări din Europa (şi nu numai), cu izbucniri epidemice în masă, în condiţii de aglomeraţie, lipsă de igienă, război, calamităţi naturale, servicii sanitare ineficiente, sărăcie extremă, promiscuitate. Pe atunci îngrijirile erau eminamente empirice; *ventuze şi lipitori pe ceafă, spălături cu alcool şi pudraje cu talc, masaje musculare în timpul crizelor de contractură şi contenţie în timpul crizelor halucinatorii şi migrenoide,* de aici şi mortalitatea care varia între 14-80%.

Un rol important la acest dezastru l-au avut şi trupele ruseşti, cuprinse de volbura revoluţiei bolşevice. Prin insubordonare (au ajuns să-şi împuşte ofiţerii), prin dezertări în masă, vandalisme, violuri şi constituire în bande de răufăcători, prin precaritatea încredibilă a stării lor de igienă, nu numai că se constituiau în focare de infecţie, dar răspândeau boala, încât a constituit unul din motivele pentru care li s-a cerut retragerea de pe frontul românesc, nu fără dificultăţi şi atitudini ostile însă, forţând armata română să acţioneze uneori în forţă.

De altfel epidemiile în istoria militară a Europei şi a lumii au fost o realitate care au determinat deopotrivă victorii şi înfrângeri. Câteva exemple pot fi edificatoare. Războiul de 30 de ani, franco-german (1618-1648) s-a soldat cu 10 milioane de morţi prin ciumă şi tifos exantematic, jumătate din populaţie Germaniei moare de foame şi doar 350.000 de soldaţi mor pe câmpul de luptă. În 1812 Napoleon Bonaparte pleacă în campania din Rusia cu 650.000 de soldaţi, 20% mor de tifos exantematic şi holeră, jumătate din efective mor de frig, restul în lupte şi doar 3000 se mai întorc acasă în Franţa.

Războiul Crimeei (1854-1856), sub aspect medical s-a soldat cu 65.000 de soldaţi francezi şi englezi şi 38.000 de combatanţi ruşi răpuşi de holeră. În 1914 Serbia pierde prin tifos exantematic un sfert din armată (200.000 de oameni), jumătate din prizonierii austrieci (din cei 60.000 câţi căzuseră în mâinile sârbilor) şi 126 medici din cei 400 pe care îi avea armata sârbă. De altfel întreaga Europă va plăti un tribut greu epidemiei de tifos exantematic înregistrându-se un număr de 30.000.000 îmbolnăviri cu 3.000.000 de decese. Armata a II-a franceză a fost efectiv decimată de epidemia de febră tifoidă înaintea introducerii vaccinului specific.

Situaţia era pierdută de sub control, pentru că mase întregi de populaţie plecau în bejenie din cauza războiului, măsurile de sanitaţie erau precare prin lipsa autorităţii generată de degringolada administraţiei publice. Toate acestea au creat condiţiile propice propagării şi răspândirii epidemiilor de tifos exantematic, febră tifoidă şi holeră. Este locul să subliniem faptul că dacă primul război balcanic a încetat înainte de a începe din cauza epidemiei de holeră, al doilea război balcanic a fost câştigat de Ioan Cantacuzino prin vaccinarea antiholerică aplicată de autor întregii armate române (două doze a 2 ml şi respectiv 5 ml la interval de o săptămână şi un rapel la şase luni).

Victimele epidemiei de tifos exantematic din iarna şi primăvara anului 1917, înregistrate deopotrivă în armată şi populaţia civilă, s-au ridicat la cifra de 300.000 de decese; 125.000 au fost militari şi 175.000 civili, între care 350 medici (din cei 1929 pe care îi avea Armata Română) şi peste 1000 de sanitari.

Modernizarea Serviciului Sanitar al Armatei

Desigur, astăzi boala este istorie, descoperirea vaccinului în 1940 şi mai ales descoperirea antibioticelor din clasa ciclinelor (tetraciclina, doxiciclina, reverin) şi cloramfenicolului în anii 50 ai secolului trecut, aveau să stăpânească şi să vindece boala. În timpul primului război mondial însă, când tifosul exantematic făcea ravagii pe toate fronturile, singurele măsuri eficiente erau cele de prevenţie. Aşa încât în baza prerogativelor pe care le avea Ioan Cantacuzino împreună cu staful său, va introduce măsuri deosebit de severe care vizau deopotrivă recruţii (tundere, baie şi frecţie cu petrol), trupele prin măsuri de igienă personală extrem de riguroase, sterilizarea hainelor şi uniformelor în cuptoare de brutărie (devenise o adevărată industrie fabricarea acestora) apoi în etuve cu aburi şi călcatul cu fierul încins cu cărbuni, igienizarea riguroasă a locurilor de staţionare a trupelor, a vagoanelor de transport etc. Pentru o mai bună supraveghere toate spitalele de tifici vor trece sub comanda armatei.

Aceste măsuri asociate cu cele privind reorganizarea armatei, modernizarea ei şi îndeosebi, modernizarea şi eficientizarea serviciului sanitar al armatei sub patronajul reginei Maria cu ajutorul Misiunii Militare Franceze, va face posibilă lichidarea epidemiei de tifos în iunie 1917, urmată apoi de marile victorii ale Armatei Române din vara anului 1917. Cele 15 divizii ale Armatei Române, instruite şi dotate conform programului Misiunii Militare Franceze, vor fi grupate în două armate sub comanda generalilor Alexandru Averescu şi Eremia Grigorescu. Patronate de regele Ferdinand, care preluase comanda armatei la sfârşitul anului 1916, trupele române vor reuşi să dea o replică hotărâtă Germaniei şi aliaţilor ei, replică ce va contribui la grăbirea deznodământului final al războiului prin capitularea necondiţionată a Puterilor Centrale, ultima fiind Germania la data de 11 noiembrie 1918. Am convingerea că a evoca rostul şi rolul Misiunii Militare Franceze în această etapă este o datorie de onoare din partea oricui se apleacă asupra realităţilor acelor vremuri, aşa încât în câteva cuvinte voi încerca acest demers.

Sub comanda generalului Henri Mathias Berthelot, Misiunea Militară Franceză formată din 1564 militari, vine în România pe 15 octombrie 1916, când armata română

trecea printr-o perioadă critică, iar poporul român intra într-o zodie a jertfei fără sfârşit (toamna pătimirii noastre). În structura misiunii intrau 414 ofiţeri (277 de infanterie, cavalerie şi artilerie, 88 medici, farmacişti şi veterinari, 37 piloţi şi observatori, 4 ofiţeri de marina, 8 ofiţeri de intervenţie) şi 1150 grade inferioare pentru instruirea trupelor la toate categoriile de arme. Pe lângă activitatea practică de instruire şi dotare, misiunea franceză consilia conducerea armatei până la nivel de commandant de divizie. Însuşi comandantul misiunii, generalul Berthelot, era consilierul Regelui Ferdinand în calitatea sa de comandant al Armatei.

În cadrul misiunii două secţiuni aveau un statut special; Misiunea Aeronautică şi Misiunea Serviciului Sanitar condusă de doctorul Claude Coulaud care va acţiona în zonele; Galaţi, Iaşi, Botoşani, Dorohoi, Vaslui, Roman, Bacău, Piatra Neamţ şi Huşi. Împreună cu Regina Maria, care preluase sub înaltul ei patronaj Serviciul Sanitar (întocmai precum soţul ei Regele Ferdinand preluase conducerea armatei), al cărei spirit de sacrificiu şi optimism făceau minuni pe front, se va realiza modernizarea şi eficientizarea activităţii medico-sanitare ridicând astfel şi moralul celor care se luptau cu moartea în fiecare moment.

Principalele modificări în cadrul serviciului sanitar au constat în centrarea şi dotarea serviciilor sanitare la nivel de divizie. Aceste servicii includeau formaţiunile regimentare, ambulanţele divizionare şi spitalele mobile care s-au dovedit a fi extrem de eficiente, prin faptul că aveau capacitatea să rezolve majoritatea problemelor chirurgicale de război având echipe complete. Fiecare divizie din cele 15 (cât aveau cele două armate române după reorganizare), aveau în structură serviciile ambulanţiere într-o alcătuire modernă; cu coloanele de brancardieri active, coloane de rezervă şi coloane de împrospătare). Urma apoi eşalonul doi în care erau formaţiunile de etapă. Acestea includeau spitalele de evacuare, spitalele de etapă, centrele de convalescenţă, trenurile sanitare şi depozitele de medicamente şi materiale sanitare. Al treilea eşalon se găsea sub directa coordonare a Marelui Cartier General al Armatei şi cuprindea spitalele de boli contagioase, infirmeriile de gară, trenurile sanitare de băi, automobilele sanitare şi depozitele centrale. În această formulă serviciile sanitare sau dovedit eficiente nu numai în marile confruntări ale anului 1917 care au adus gloria armatei române, dar şi în activitatea curentă a armatei.

O dovadă a respectului şi preţuirii pentru activitatea Misiunii Militare Franceze a fost şi faptul că la intrarea triumfală a Casei Regale şi Armatei în Bucureşti la sfârşitul războiului, generalul Berthelot defila în dreapta regelui Ferdinand. Recunoaşterea meritelor generalului Berthelot şi sacrificiilor Misiunii Militare Franceze se vor concretiza prin numeroase decoraţii acordate, titlului de cetăţean de onoare al României, membru de onoare al Academiei Române, o moşie pe teritoriul comunei Unirea din judeţul Hunedoara (pe care generalul o va dona Academiei Române), comună care în 2001 va primi numele de comuna General Berthelot.

Din nefericire pacea de la Buftea va întrerupe activitatea Misiunii Militare Franceze pe data de 9 martie 1918, nevoită fiind să se retragă. Va ajunge la Paris după două luni de peregrinări prin Rusia sovietică. Cu generalul Berthelot istoria noastră se va reîntâlni curând, pentru că el, în fruntea armatelor aliate, va face joncţiunea cu trupele române la începutul lunii noiembrie 1918 şi va elibera teritoriul ocupat de germani şi aliaţii lor în 1916. Mai mult, va conduce o a doua Misiune Militară Franceză în ţara noastră în perioada 1 octombrie 1918 – 4 martie 1919.

Regina Maria sub a cărui patronaj se afla serviciul sanitar al armatei va colabora foarte strâns cu Misiunea Sanitară stârnind admiraţia contemporanilor pentru abnegaţia de care dădea dovadă, expunându-se fără frică la cele mai mari riscuri. ”Din zori până în amurg umblam printre ei, pretutindeni pe unde ar fi fost, prin orice murdărie sau pericol de infecţie. Niciodată nu mi-am astupat urechile la un strigăt de ajutor”, iar Argetoianu în memoriile sale spunea cu admiraţie ”se poate afirma că în răstimpul pribegiei noastre regina Maria a întrupat frumos aspiraţiile cele mai înalte ale conştiinţei româneşti”. Va răsplăti la rândul ei curajul şi dăruirea corpului medico-sanitar prin conferirea medaliei ”Crucea Reginei Maria”.

Drama populaţiei în teritoriile aflate sub acupaţie

Dacă în Moldova situaţia medico-sanitară ajunsese să fie sub control, nu acelaşi lucru se poate spune despre situaţia din teritoriile ocupate de germani, bulgari şi otomani. Aici epidemia de tifos exantematec bântuia cu violenţă printre băştinaşi, pentru că sub aspect medico-sanitar germanii se limitau doar la stricta supraveghere a propriilor trupe. Populaţia românească a fost lipsită în totalitate de orice asistenţă medicală. Mai mult, toate spitalele rurale destinate asistenţei spitaliceşti pentru populaţia din mediul rural au fost demontate şi sistematic mutate.

O mărturie zguduitoare a jertfei populaţiei din zonele ocupate de trupele germane şi bulgare ne-o lasă tânărul medic chirurg american John Breckenbridge Bayne, care de-a lungul a 400 file de jurnal descrie jaful, furturile, rechiziţiile, confiscările de bunuri, lipsurilor de tot felul, restricţii şi obligaţii, lipsa asistenţei medicale a populaţiei şi multe alte neajunsuri impuse de un regim de ocupaţie a cărui duritate mergea până la barbarie. Acest jurnal va constitui subiectul cărţii lui Ernest Latham ”Un Destin ciudat, John Breckenbridge Bayne, un medic american pe frontul românesc (1916-1919)” (Ed. Vremea, 2016), în care este descrisă odiseea românească a doctorului Bayne, un medic care se dedică trup şi suflet cauzei sănătăţii populaţiei din zonele ocupate. Remarcabilă este atitudinea sa după retragerea trupelor române când, rămas singurul medic în Spitalul Militar Regina Elisabeta, va încropi din cei rămaşi (angajaţi ai spitalului şi administraţiei) şi un grup de doamne voluntare, două echipe cu care spitalul putea să-şi continuie activitatea, uzând de statutul său de cetăţean american, stat cu care Germania nu era în război. În amintirile sale un cuvânt deosebit de măgulitor are pentru doamnele voluntare şi nu numai, care au rămas la datorie ”Pe umerii lor avea să cadă o mare sarcină, iar povestea dăruirii lor, a renunţării de sine, a curajului, înscrie o pagină strălucită în istoria României. La chemarea ţării ele au venit pe front şi, pentru mine, colaborarea cu ele a fost un privilegiu profund inspirator”.

O mărturie importantă privind profilul acestui om vine din partea unui ostaş pe care l-a îngrijit la Spitalul Militar Regina Elisabeta.”Un om înalt şi puternic, frumos şi elegant, simpatic, plin de viaţă şi bunătate. Nu ştia altă limbă decât limba ţării sale. Îl vedeam stând în sala de operaţii uneori până la miezul nopţii, încins şi transpirat, muncind

din greu fără încetare, fiindcă răniţii erau aduşi în număr tot mai mare şi pe mulţi i-a întors din pragul morţii. Cât de mulţi din ostaşii noştri sfârtecaţi în luptă au rămas în viaţă datorită lui (...). Mulţi răniţi îl rugau şi chiar insistau să le amputeze mâna sau piciorul ca să nu mai sufere, dar el a făcut puţine amputări, încercând pe cât posibil să vindece nu să amputeze". Va reuşi să menţină spitalul în funcţiune până în 1917, când SUA declară război Puterilor Centrale şi devine automat prizonier de război.

Chiar şi atunci când va avea acest statut de prizonier, germanii îi vor permite totuşi să lucreze ca medic în mediul rural, unde se va lupta cu epidemiile de tifos exantematic, malarie şi holeră, de care el însuşi se va îmbolnăvi şi va suferi timp de câteva săptămâni. După o scurtă vizită în America va reveni în România cu Misiunea Crucii Roşii Americane, în cadrul căreia va construi un Spital Mobil la Voineşti-Ialomiţa ce va deservi 42 de sate, concomitent cu acţiuni filantropice de anvergură pentru o populaţie suferindă, epuizată de război, foamete şi molime.

Epidemia de tifos continua pe tot teritoriul aflat sub ocupaţie. Chiar şi în Bucureşti unde trupele de ocupaţie au luat măsuri severe de prevenţie (doar pentru ele n.n.) scăpând astfel de molimă, epidemia continua să facă victime în populaţia autohtonă cu aceiaşi intensitate. Situaţia va continua până în noiembrie 1918 când trupele germane au fost alungate de Armata Franceză de Orient venită de la Salonic comandată de nimeni altul decât generalul Henri Mathias Berthelot, fostul comandant al Misiunii Militare Franceze, moment în care măsurile sanitare se vor impune cu rigurozitate pentru săvilirea epidemiei.

Din această atitudine inumană a nemţilor, (o adevărată tragedie la care cotropitorii asistau pasivi şi cu satisfacţie), savantul Ioan Cantacuzino va trage totuşi concluzii ştiinţifice când spune; "Acest procedeu inuman al germanilor faţă de populaţia românească comportă totuşi lecţii practice şi demonstrează cât de eficiente sunt metodele de profilaxie raţionale, aplicate cu stricteţe în plin focar epidemic, în timp ce locuitorii din Bucureşti plăteau bolii un greu tribut, trupele germane despăduchiate cu grijă şi ţinute departe de orice contact au rămas aproape neatinse de infecţie".

Însuşi Nicolae Iorga, referindu-se la barbaria germană într-un articol întitulat "De ce omoară copiii" (Neamul Românesc, 22 septembrie, 1916), găseşte următoarea explicaţie; "În dorinţa lor de a fi stăpâni recurg la un rasism sălbatic: zi de zi (românii n.n.) să are, să semene, să culeagă, să care, să sape, să taie, să învârtă, să asude, să sângereze pentru rasa nobilă, pentru supraoameni, pentru zei. Sclavii mai vechi vor fi vătafii celorlalţi. Cu toţii vor fi păstraţi până ce geniul german va găsi maşini capabile de a-i înlocui cu totul. Atunci vor fi suprimaţi ştiinţific" Iată o mărturie a epocii, care ar putea fi luată şi ca o profeţie pentru ceea ce avea să urmeze peste câteva decenii în expansionismul german, conform vechiului deziderat cuprins în sintagma "Drang nach osten" ca brand al pangermanismului pe care acest popor îl urmăreşte încă din vremea cavalerilor teutoni.

În loc de concluzii

Importanţa serviciilor sanitare în armată este covârşitoare când este vorba de conflicte armate sau război, pentru că nu numai că gestionează direct rezultatul dramatic al conflictului care înseamnă vătămări corporale produse de gloanţe, obuze, bombe, luptă corp la corp cu consecinţele lor răniri grave, mutilări sau moarte (care şi ea trebuie gestionată), dar devine vitală şi pentru populaţia civilă.

Riscul enorm al epidemiilor de orice natură, care pot izbucni oricând, se datorează în primul rând faptului că starea de război creează condiţiile necesare apariţiei şi răspândirii lor, ca să nu mai vorbim de faptul că scoate din luptă efective importante.

Însăşi epidemia de tifos exantematic din iarna şi primăvara anului 1917 care a făcut 300.000 de victime, deopotrivă în populaţia civilă şi militară, a fost apreciată de generalul Constantin Kiriţescu ca fiind *echivalentă cu pierderile a 10 mari bătălii*, iar istoria a arătat că din cauza epidemiilor au fost războaie care s-au terminat înainte de a începe, sau au hotărât rezultatul conflictului războinic indiferent de tactica, dotarea sau vitejia combatanţilor, ceea ce avea să demonstreze cu asupra de măsură şi Primul Război Mondial.

Pentru Regatul României şi pentru teritoriile româneşti în ansamblul lor, Primul Război Mondial a însemnat o jertfă imensă, plătită în egală măsură de armată şi popor, de toată suflarea românească indiferent de convingeri, apartenenţă, sex, vârstă, religie şi chiar etnie. Jertfa a fost atât de mare, încât întrebarea *şi cât de necesară a fost?* vine imediat. Răspunsul nu poate fi decât unul foarte hotărât; *a fost mai mult decât necesară*. A fost drumul către o împlinire istorică, iar Marea Unire vine ca o răsplată pentru Jertfa Neamului.

Pentru că "toamna pătimirii noastre", "triunghiul morţii", tributul de sânge pe front, epidemiile, bolile şi foametea, care au făcut ca România să piardă 3% din populaţie (imediat după Franţa care pierde 3,6% din populaţie), au fost realităţi trăite cu suferinţă şi durere de un popor întreg; dinlăuntrul şi din afara graniţelor, un adevărat martiriu pe care generaţie după generaţie trebuie să-l cunoască, să-l comemoreze şi să-l cinstească ca pe o jertfă sfântă pe calea întregirii noastre ca Neam şi Ţară.

Bibliografie

1. Antoniu,Ioan N. – *Organizarea şi funcţionarea serviciului sanitar militar,* Tipografia Marelui Stat Major, 1922;
2. Argetoianu, C – *Pentru cei de mâine, amintiri din vremurile celor de ieri*, vol III, Buc. 1992;
3. Cantacuzino, Ioan – *L'epidemie de typhus exantematique en Roumain pendant la derniere Guerre*, Societe de pathologie exotique, Paris, 1920;
4. Drang nach Osten – *German History*, Enciclopedia Britanică, 1998;
5. Dumitriu, Petru – *Cronica de familie*, Ed. ESPLA, Buc. 1956;
6. Giurcă, Ion – *Generalul Henri Mathias Berthelot – 150 de ani de la naştere*, Gândirea Militară Română, nr.6/2011;
7. Iorga, Nicolae – *De ce ne omoară copiii*, Neamul Românesc, 22 sept. 1916;
8. Kiriţescu, Constantin – *Istoria Războiului pentru întregirea Neamului, 1916-1919*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Buc. 1989;
9. Lupu, Valeriu – *Nicolae C Paulescu – între ştiinţa vieţii şi metafizica existenţei*, Ed. TipoMoldova, 2016;
10. Natham, Ernest – *Un destin ciudat, J Breckenridge Bayne, un american pe frontul Românesc 1916-1919*, Ed. Vremea, Buc. 2016;
11. Paulescu, Nicolae C – *Sinagoga şi Biserica, faţă cu pacificarea omenirii*, Tipografia Steaua Bucureşti, vol I, 1923;
12. Regina Maria – *Povestea vieţii mele*, vol III, Ed. Moldova, Iaşi, 1991;
13. Rosetti, Radu – *Mărturisiri (1914-1919)*, Ed. Modelom, Buc. 1997;
14. Stoica, Leontin – *Serviciul Sanitar al Armatei Române 1914-1919*, Teză Doctorat, Chişinău, 2012;
15. Ştefănescu, Galaţi I – *Amintiri din război*, Ed. Vatra Românească, 1922.

PACIENTUL ASCUNS

Dr. Mihaela Leşe, Baia Mare

MI S-A întâmplat de foarte multe ori să externez un pacient pe care familia îl îngrijeşte acasă. De obicei, soţia sau soţul, dar şi sora sau fratele sau nepoţii, sunt permanenţi asistenţi personali, nevăzuţi şi nerecunsocuţi de societate.

Recomandările la externare le fac adesea la aparţinători ca şi pe ceva firesc, fără să mă gândesc de multe ori că implicarea lor le schimbă total viaţa; cu atât mai mult cu cât pacientul meu este mai dependent de ei.

Nu-i mare lucru, ar spune cineva. Ba da, este. Pentru că ea sau el:

- îşi ia o mare responsabilitate, cu atât mai mare cu cât boala este mai gravă
- diagnosticul grav (de exemplu cancer) îl pune pentru prima dată faţă în faţă cu moartea
- îşi modifică în totalitate viaţa renunţând la timpul liber şi activităţile de rutină
- trebuie să facă îngrijiri de tot felul: igienă personală, alimentaţie, curăţenie, gătit, cumpărături, ne mai vorbind de emoţiile cărora trebuie să le facă faţă
- administrează medicamente, face pansamente, supraveghează branule, catetere, învaţă manopere (mobilizare, tapotaj, alimentaţie pe gastrostomă, etc)
- nu poate dormi, dispare pofta de mâncare, apare depresia, anxietatea, sentimentele de vină sau lipsa de speranţă.

Putem face ceva pentru acest pacient ascuns? Da. Şi încă multe, dacă ne uităm în "ograda" ţărilor civilizate.

Avem în vedere aparţinătorul chiar din ziua în care se internează pacientul nostru pentru că, încă de la prima întâlnire cu el ne va pune cel puţin două întrebări: ce are pacientul şi ce poate să-i aducă de mâncare. La prima întrebare îmi aleg cu grijă cuvintele care pot să facă foarte mult rău, dacă este vorba despre o boală gravă: îl întreb ce ştie deja, îi spun că evoluţia este nefavorabilă, că are nevoie de operaţie şi care sunt, sincer, şansele de vindecare. A doua întrebare îl face să se simtă util şi, pentru că ştiu că mă va asculta cu sfinţenie, îi dau cât mai multe detalii despre mâncarea sănătoasă care poate să-l ajute să se vindece.

Pe parcursul spitalizării punem adesea familia pacientului în situaţia de a participa la îngrijiri datorită lipsei de personal. Dar tot răul spre bine pentru că, pe această cale îl învăţăm cum să facă aceleaşi manevre acasă: să-l tapoteze, să schimbe sacul de colostomie sau ileostomie, să administreze alimente pe sonda de gastrostomie, etc. Bacteriile comunitare cu care vin fără voia lor aparţinătorii în vizită, se pot evita dacă le atragem atenţia să pastreze igiena (în special a mâinilor). Şi de fapt, nu acestea sunt ucigaşe, ci acelea pe care le vehiculează personalul din spital, rezistente la majoritatea antibioticelor.

Bine ar fi ca pe lângă instrucţiunile verbale să le putem pune la dispoziţie şi indicaţii scrise care însă lipsesc chiar şi din spitalele occidentale. Acestea au însă o linie telefonică deschisă 24 de ore din 24, la care personalul din secţia în care a fost internat pacientul răspunde tuturor întrebărilor şi poate atrage atenţia când pacientul trebuie văzut de către medicul curant.

Este important să evaluăm la fiecare vizită nevoile pacientului şi posibilităţile de implicare a familiei, precum şi gradul său de epuizare. În îngrijirile paliative (IP) acordarea unui timp de respiro familiei, este unul dintre criteriile de internare în secţia de IP, permiţând aparţinătorului să se odihnească şi să rezolve probleme de care nu a avut timp să se ocupe.

Ar fi foarte bine dacă asistenţa socială ar putea să se ocupe de actele necesare obţinerii drepturilor pe care le au pacienţii în stare gravă şi îngrijitorii lor, sau măcar să-i sfătuiască în această privinţă. Sfaturi suntem obligaţi să le oferim şi noi, cei care-i avem în evidenţă, atunci când credem că un coleg sau un serviciu i-ar putea ajuta într-o problemă chiar şi mică.

Ni se pare firesc atunci când pacientul vine la control în scaun cu rotile adus de un aparţinător, dar nu realizăm întotdeauna că avem în cabinet de fapt doi pacienţi. Toată stima mea pentru pacientul ascuns pe care trebuie să-l tratăm cu o porţie mare de simpatie, în primul rând, şi să-l ajutăm să-i fie şi lui bine, în al doile rând.

COLESTEROLUL ŞI STATINELE TEZE ŞI ANTITEZE

Dr. Ioan Mara, Deva

BOLILE cardiovasculare şi cu precădere ateroscleroza constituie prin gardul înalt de morbiditate şi mai ales prin mortalitate o problemă de cel mai mare interes pentru sănătatea publică. În acest context, este de înţeles atenţia acordată în cadrul Congresului European de Cardiologie de la Roma din 2016 factorilor de risc şi în primul rând dislipidemiilor. Astfel, a fost elaborat un nou ghid, precedentul Ghid European de Dislipidemii datând din anul 2011. Acest ghid reia tabelul de risc SCORE adoptat încă din anul 2003 bazat pe cinci factori de risc principali: sex, vârstă, fumat, valorile TA şi valorile colesterolului total. În funcţie de prezenţa sau mărimea acestori factori se calculează riscul de deces cardiovascular pe următorii 10 ani. Când parametrii sunt absenţi sau cu valori mici, acest risc este zero sau 1; dacă ei sunt prezenţi şi cu valori mari riscul creşte până la 30%. Acum mai intervine un element şi anume în ţările europene situate în general în sud (zona mediteraneană), datorită stilului de viaţă cât şi datorită altor factori, riscul cardiovascular (CV) este relativ mic la 10 ani pentru exact ale aceloraşi valori ale celor cinci parametrii că riscul calculat pentru alte ţări europene, în general din Europa Centrală şi de Est, considerate ţări cu risc CV ridicat. În 2012, oarecum surprinzător, o serie de ţări – anume Germania, Marea Britanie şi toate ţările scandinave au fost trecute în rândul ţărilor cu risc scăzut, alături de cele mediteraneene. Noutatea la Roma 2016 a fost că, la rândul lor, restul ţărilor Europei au fost împărţite în ţări cu risc înalt şi foarte înalt, România fiind încadrată în categoria de mijloc, adică înalt (rată mortalităţii CV la 47-74 de ani de 225-450/100.000 la bărbaţi, 175-350/100.00 la femei). Consecinţă practică a acestei clasificări a evaluării riscului este că, ţările cu risc foarte înalt şi înalt, ţintele terapeutice trebuie să fie severe. Din punct de vedere al dislipidemiilor, pentru indivizii încadraţi la risc C foarte înalt sau înalt, ţintă terapeutică trebuie să fie pentru LDL colesterol (LDLc) sub 70 mg/dl chiar şi în prevenţia primară. La Roma s-au trecut în revista factori care agravează încadrarea într-o categorie individuală de risc CV, chiar dacă prin parametrii de baza riscul era mediu sau scăzut: obezitatea, inactivitatea fizică, fibrilaţia artriala, bolile inflamatorii, sindromul de apnee în somn şi alţii, ridică gradul categoriei de risc CV individual. S-a luat în considerare folosirea altor indicatori lipidici pentru rafinarea evaluării riscului la bolnavii cu risc mediu după încadrarea de baza: apoliproteina B (apoB), lipoproteină a (Lpa), proteină C înalt sensitivă (hs-CRP) sau scorul de calciu la tomografia de înalta rezoluţie. Colesterolul total (CT), este utilizat pentru încadrarea în tabelul de risc SCORE.

Statinele continuă să fie tratamentul medicamentos de baza al dislipidemiilor. Cristopher C. Cannon, profesor la Harvard, a arătat că reducarea LDLc între 30 şi 50 mg/dl şi chiar sub 30 mg/dl nu a avut nici un efect negativ, iar aceste afirmaţii de la Harvard nu sunt incluse în ghiduri. Discuţiile de la Roma au arătat că nu trebuie să fim îngrijoraţi dacă întâmplător sau nu, LDLc scade foarte mult, pentru că nici un efect nedorit nu a fost semnalat în aceste cazuri. În privinţa ţintei terapeutice la pacienţii cu risc CV înalt, ţintă pricipala LDLc sub 70 mg/dl a fost păstrată, cu observaţiile: se foloseşte o doză maximă de statină. Dacă ţinta nu e atinsă, se adaugă ezetimib şi, dacă nu se reuşeşte, se înlocuieşte ezetimib cu inhibitor de PCSK9. Ca o alternativă de tratament, se indică ţinta de reducere a LDLc cu cel puţin 50% din valoarea iniţială. Se atrage atenţia că dincolo de ţinta cantitativă, cea mai mare importantă o are durata adecvată a tratamentului. Guy de Backer, profesor emerit la Ghent (Belgia), a arătat că o durată continuă şi controlată cu statine peste şase ani este superioară privind rezultatele clinice unei durate mai scurte de urmărire.

Durata este la fel de importantă ca şi ţinta însăşi. Aşadar, tratamentul controlat cu statine ar trebui să fie "a long life story". Referitor la inhibitorii PCSK-vedeta tratamentului dislipidemiilor din actualele ghiduri (medicamentul evolocumab) adăugat unui tratament maximal cu statine, reduc suplimentar LDLc cu peste 50%. Datele făcute publice până în prezent sugerează că beneficiile clinice sunt direct proporţionale cu scăderea LDLc sub limita recomandată astăzi de 70 mg/dl. Sunt de notat, totuşi, unele sugestii privind o afectare suplimentarăneuro-cognitivă. Trigliceridele crescute sunt considerate că potenţial factor de risc CV independent. În hipertrigliceridele rezistente se acceptă asocierea fenobibratului la dozele maximale de statine.

Două concepte fundamentale guvernează terapia actuală a dislipidemiilor. Primul concept derivă din studiul MRFIT (7.616.612 pacienţi) care a arătat o relaţie cvasiliniara între colesterolul seric şi riscul CV fără prag al afectării, iar al doilea din metaanaliză CTT 2005 care a dovedit că orice scădere cu un 1 mmol (38,46 mg /ml) a LDLc aduce o scădere a riscului CV cu 22%. "Câştigătoarele" au fost statinele, deoarece comparativ cu orice medicaţie contemporană determina cea mai substanţială scădere a LDLc. Descoperite de Endo în 1976 acestea cresc LDLc –receptorii hepatici responsabili de epurarea LDLc plasmatic. Studiile cu statine de toate generaţiile au confirmat ipotezele originale, atât că prevenţie primară cât şi secundară. Sintagma care a rezultat este de "the lower, the better". Există o întrebare fără răspus încă, dacă există o limita inferioară a LDLc şi care este această. Niciunul din studiile cu statine, indiferent de puterea acestora, nu a demonstrat idealul din studii, rezultând o diferenţa între ţintele indicate de ghiduri şi performanţă practică. Sunt studii care demonstrează că, la pacienţii cu ric vascular crescut, terapia statinica (chiar combinată cu alţi agenţi hipolipemianti) reuşeşte să aducă valoarea LDLc indicate de ghid la mai puţin de jumătate din pacienţi. În fine pacienţii intoleranţi la statine în viaţă reală sunt mai mulţi decât cei existenţi în studii. După mai multe studii eşuate sau necorespunzătoare, mai recentul studiu IMPROVE-IT a demonstrat o reducere a riscului CV atunci când ezetimib e combinat cu simvastatina faţă de simvastatina singură. Totuşi reducerea de risc obţinută este modestă.

Conform datelor din literatură, terapia cu statine este frecvent abandonată de pacienţi, chiar de pacienţi care au trecut printr-un infarct miocardic, şi aici există anchete mari de sănătate din SUA care arată că cel mult 30-40% din pacienţi se mai află în regim de statine, mai ales cu

valori ţintă atinse, la un an după infarct. O metaanaliză importantă publicată în 2014, arată că aproximativ 40% din pacienţîi care primesc statine, fie nu tolerează maximul, deci regim intensiv, fie chiar sub doză maximă de statine nu ajung la nivelul ţintă.

Vobind despre factorii ce infuenteaza complianţă la tratament, având în vedere că statinele urmăresc o ţintă care se poate evalua doar prin teste de laborator, şi astfel pacientul nu simte nimic, că nu poate face nicio măsurătoare obiectivă clinic altă decât determinarea valorilor LDLc, pacienţîi sunt tentaţi să renunţe la tratamentul cu statine. Apoi, se strecoară ideea că doar nivelul colesterolului (C) a scăzut sub statine, asta înseamnă că deficitul metabolic e reparat şi de aceea opreşte terapia din proprie iniţiativa sau în urmă diverselor comentarii "folclorice" legate de eficentă şi efectele adverse ale statinelor. Există unele efecte adverse cum ar fi mialgiile sau unele creşteri moderate ale transaminazelor, care sperie pe medicii care nu sunt cardiologi sau diabetologi care îi fac pe pacienţi să renunţe la terapia cu statine. Sunt puţine studii care arată utilitatea tratamentului anticolesterol la varsnici sănătoşi şi vitali, ceeace justifică faptul că, în general, medicii manifestă reţinere în prescrierea acestor medicamente la personae peste 70 de ani. Cu toate acestea se presupune că vârstă înaintată nu mai este un impediment sau o contraindicaţie în tratamentul dislipidemiilor. Conform studiilor, la vârstnici tratamentul cu statine este la fel de eficace că la persoanele tinere, iar rezultatele se observă la unu-doi ani de la începutul tratamentului. Deasemenea, scăderea LDLc la persoanele cu vârstă de 70-74 ani sau 80-89 ani conduce la scăderea morbidităţii şi motalitatii prin bolile cardio vasculare (CV). Dacă în diferite domenii ale ştiinţei există, concepte, teorii, adevăruri axiomatice, larg acceptate şi aplicate, însuşite oficial, se găsesc în acelaşi timp cercetători, oameni de ştiinţă, practicieni, care caută şi găsesc anumite slăbiciuni, zone vulnerabile şi îşi constuiesc contraargumente pe baza cărora merg până la punerea la îndoială, până la contestarea făţişă a acestora. Aceştia constituie o adevărată "dezidenta" poate mai puţin vizibilă, fără acces larg la revistele ştiinţifice, chiar obstructionisti în a-şi propagă ideile. Acesta e cazul celor care neagă rolul nociv al colesterolului şi susţîn inutilitatea tratamentului cu statine. Aşa cum pe câmpul de lupta este important de cunoscut unde se află, cum gândeşte şi cum acţionează inamicul, aşa şi în acest domeniu nu este inutil de cunoscut cum văd lucrurile aceşti "dezidenti". Aceştia se referă în primul rând la rolul fiziologic al colesterolului în organism care, departe de a fi o toxina, nu e altceva decât o lipidă din familia sterolilor, prezent în mod natural în orice celulă a corpului nostru. Există două surse de colesterol: cel alimentar care nu joacă niciun rol asupra nivelului colesterolului din sânge, şi colesterolul pe care celulele noastre, ele însele îl fabrică în funcţie de necesităţile lor. Toate celule noastre sunt capabile să sintetizeze colesterol (C), deoarece toate au nevoie de C pentru structura membranelor lor şi pentru a avea o funcţionalitate optimă. Dar, unele celule fabrică un plus de C faţă de nevoile lor propri, căci pornind de la C, fabrică substanţe foarte importante pentru fiziologia noastră generală. Ele "exportă" apoi aceste substanţe spre, alte celule. De exemplu, ovarele şi testiculele fabrică hormoni sexuali, testosteron şi estrogeni, indispensabili reproducerii, deci supravieţuirii specie. Deasemenea, pornind de la C, glandele suprarenale fabrică steroizi şi hormoni de stres, precum şi aldosteron. Din aceste motive, C face obiectul unui transport permanent în sânge, de la organele producătoare de C – mai ales ficatul – spre organele mari utilizatoare de C, precum glandele sexuale. Trei sferturi din producerea C are loc în ficat şi întră în structura membranelor celulare. Dacă el reprezintă 2% din masă noastră corporală, cel mai mult se găseşte în creier (25% din total), cu rol esenţial în structura şi funcţionalitatea sinapselor. Un deficit de C cerebral creşte considerabil riscurile de depresie nervoasă şi tulburări de memorie. Cum este şi un percursor al acizilor biliari, el favorizează digestia grăsimilor. O prăbuşire a nivelului de C reprezintă un marker de insuficenta hepatică. C e prezent în piele, şi sub acţiunea razelor solare se transformă în vitamina D, prevenind decalcifierea şi osteoporoză, dar deasemenea apariţia unor tipuri de cancer, precum cel de san, pancreas şi colon. Indivizii ce prezintă (în general ereditar) deficite de sinteză a C, dezvoltă patologii variate, în special neurologice şi psihiatrice, şi sistemul lor imunitar e afectat (sindrom Smith-Lemli-Opitz). C măsurat la luarea unei probe de sânge nu informează decât asupra transportului sau sanghin şi deloc asupra rolului sau fiziologic. Nivelul C circulant depinde de nevoile organismului fiecărui individ, după vârstă, de exemplu în momentul menopauzei concentraţia creşte, dar această creştere e fiziologică, normală, căci răspunde unei nevoi. Nivelul C poate varia mult de la o zi la altă fără schimbarea alimentaţiei. Derivaţia standard este de 17 mg/dl, ceeace înseamnă măsurând de o 1000 de ori te poţi aştepta la variaţii la 35 mg/dl în plus sau minus. După profesorul Walter Hantenbach, nivelul de C nu poate fi redus durabil nici prin alimentaţie, nici prin medicamente. El revine fără încetare la valoarea iniţială. O scădere a C e iresponsabilă, această echivalează cu "reducerea serioasă a capacităţilor fizice şi psihice". A împiedică sinteză C, poate induce efecte secundare: slăbiciune generală şi musculară, tulburări de memorie, tulburări de somn, probleme gastro-intestinale, cât şi creşterea enzimelor hepatice, şi nu în ultimul rând pancreatite, disfuncţii renale, etc. Multe studii au arătat creşterea riscului de cancer. Profesor Sherif Sultan de la Universitatea Orlando a spus: "Colesterolul este unul dintre cele mai utile molecule din organism şi previne cancerul, infecţiile, durerile radiculare şi alte condiţii ale oamenilor în vârstă". Scăderea C cu medicamente pentru prevenţie primară a bolilor cardio-vasculare (CV), peste vârstă de 60 de ani este o totală pierdere de timp şi resurse, în schimb, o modificare a stilului de viaţă e singură şi cea mai importantă cale de a obţine o bună calitate a vieţii. Profesor Uffe Rawscov de la Lund University din Stokholm, în lucrarea să "Les dangers dune faible taux de Cholesterol" scrie: "Aşa cum temperatura corpului e menţinută în limite foarte precise toată viaţă noastră, acelaş lucru se întâmplă şi cu procesele şi reacţiile chimice. Noi nu avem nevoie a măsură şi "corija" nici unul dintre ele; organele noastre pot să le regleze. A avea exact aceeaşi cantitate de colesterol, e pur şi simplu ridicol. Atunci, nu e de conceput că dacă C nu este disponibil în cantitate suficientă, această carenţă ar putea avea efecte CATASTROFALE?".

Profesor Phillipe Even, fost decan al Facultăţii de Medicină Necker şi preşedinte al Institutului Necker din Paris, se apleacă asupra unei analize ample a literaturii ştiinţifice pentru a proba că C e fără pericol, iar statinele sunt ineficace pentru a proteja de infarct miocardic şi accidente vasculare cerebrale. În cartea sa "Coruption et credulite en medicine" se întreabă de ce societăţile farmaceutice produc boli ce nu există? Cardiologul şi cercetătorul francez Michel de Lorgeril s-a făcut cunoscut din 1992 propunând o teorie explicativă a fenomenului

epidemiologic numit "paradox francez" bazat pe ideea că vinul şi unele din componetele sale (etanol şi polifenoli) ar avea efecte benefice asupra sănătăţii CV. În 1994, pentru prima dată, Michel de Lorgeril a arătat efectele protectoare pentru sănătate a acidului gras omega-3 origine vegetală. De asemenea, el a fost principalul investigator al studiului Lyon Diet Study care, între anii 1998 şi 1999 a permis în mod definitiv să demonstreze că regimul mediteranean este modelul alimentar optim pentru prevenirea bolilor CV şi a altor boli cronice. Până la mijlocul anilor 1980, el a văzut în cholesterol adevăratul "vinovat" pentru bolile cardio-vasculare arteriale. El chiar a condus un studiu pentru a proba această implicare. Deoarece toate studiile lui s-au dovedit negative, el a căutat să înţeleagă ce se petrece realmente. După 2007, el se alătură la a denunţa ceea ce crede a fi o dezinformare sistematică în jurul chestiunilor C şi a medicamentelor anticolesterol. El consideră că teoria "cu cât mai puţin C cu atât mai bine" şi cea a "nivelului de toxicitate" a C nu se bazează pe nici un fel de date ştiinţifice serioase. Ele nu ţin cont de realitatea biologică ce ar fi cu totul alta, deoarece C e o moleculă-cheie a biologiei, şi creşterea nivelului sau nu ar fi markerul unei dezordini lipidice subiacente. Cu alte cuvinte, nivelul de C nu ar fi decât martorul (rău) al unei crime şi ar fi absurd a vrea cu orice preţ "a face să scadă C" căci această vine să suprime martorul unei crime fără a remedia crima. Astfel, după el, putem avea un colesterol ridicat şi a nu muri niciodată de o boală CV, sau a avea un C normal (cu sau fără statină) şi a face un infarct. Realitatea medicală arată că fraza "C obstruează arterele" e un rezumat, grosier şi fals, al complexităţii fiziologice. Aceasta ocupă un volum între zero şi 20% din placă. Dar accidentele vasculare par mai mult să fie legate de o inflamaţie repetată a endoteliului vaselor sanghine.

În 2008, Michel de Lorgeril a scris cartea "Cholesterol mensonges et propagende'' în care arată că statinele nu diminuau mortalitatea. Dimpotrivă, aceste medicamente antrenează efecte indezirabile. Dacă se compară bărbaţii între 45-60 de ani din Franţa şi Marea Britanie, se constată că au valoriale C aproape identice, în timp ce mortalitatea CV în Franţa e de aproape două ori mai redusă. Preşedintele Societăţii Franceze de Cardiologie Nicolas Dachin a mers până acolo de a-l acuza de intenţii criminale. Invitat la un post TV francez în 19 februarie 2013 pentru a-şi expune opinia în legătură cu statinele şi în special cu CRESTOR, s-a găsit în faţă a doi jurnalişti care au încercat în mod agresiv să-l împiedice, punându-i întrebări în afara subiectului. Invitat să vorbească 30 de minute, el a aflat înainte cu foarte puţin timp (2 minute) de a intră în direct că de fapt are la dispoziţie doar două minute. Până la urmă, datorită insistenţelor sale, a reusit să vorbească 11 minute. Lucrarea sa mai sus amintită a suscitat un articol în Le Monde intitulat "Le cholesterol ne bouche pas les arteres", şi în zilele ce au urmat au avut loc condamnări unanime ale comunităţii cardiologilor şi a industriei farmaceutice. Autorul cărţii de 415 pagini, solid argumentată de o multitudine de articole şi lucrări contesta folosirea din ce în ce mai răspândită şi în doze din ce în ce mai ridicate a hipolipemiantelor. El critică teoria care atribuie un rol determinant C care ar fi proporţional cu nivelul sanghin al acestei molecule. Datele biologice, experimentale, clinice şi epidemiologice nu permit a afirma în mod serios universalitatea unei cauzalitati între o dată biologică şi o realitate clinică. Valabilă, poate, pentru tinerii anglo-saxoni, această ipoteză nu e obligatorie valabilă pentru alte populaţii. Indicaţiile statinelor se bazează, într-adevăr, pe studii realizate la sfârşitul anilor 1980. Ele privesc populaţii scandinave sau anglo-saxone ale căror moduri de viaţă sunt departe de cele ale populaţiilor mediteraneene. Autorul constată că indicăţiile şi prescripţiile statinelor ar trebui revizuite. Astfel a indica medicamente cu titlu preventiv la subiecţii cu o sănătate bună, fără antecedente CV, cu risc mic, ar fi o eroare legată de eficacitatea lor care e foarte contestată în diferite publicăţii, costul lor ridicat şi de riscurile hepatice şi musculare. Autorul recomandă la toate persoanele, oricare ar fi riscul lor CV, să adopte o bună igiena a vieţii: dietă mediteraneeană, renunţarea la fumat, eforturi fizice, consum moderat de alcool, controlul stresului. Aceste moduri de viaţă, cel puţin ieftine şi fără risc, contribuie mai mult decât statinele la ameliorarea sănătăţii şi calităţii vieţii. Numai hiperlipidemiile maligne justifică "din precauţie" un tratament sistematic cu statine. Persoanele bolnave sau nu, trbuie să înveţe că o schimbare a stilului de viaţă e mai util decât consumul acestor medicamente care la cea mai mare parte a persoanelor scade nivelul C fără a le creşte durata de viaţă. Michel de Lorgeril a fost primul care a arătat că "studiile miraculoase" asupra medicamentelor contra C sunt manipulate. Datele publicate sunt modelate pentru a servi interesele industriei. Celelalte, jenante, rămân multă vreme sub scutul secretului industrial. În concluzie: toate medicamentele anticolesterol, atât cele vechi cât şi cele noi sunt toxice prin modul lor de acţiune şi privează corpul de un factor protector: COLESTEROLUL.

În cartea sa "Corruption et credulite en medecine" Michel de Lorgeril scrie: "Adevăraţii responsabili a tuturor acestor derive sunt ai noştri mii de cliniceni universitari al căror bagaj ştiinţific, contrar a ce pretind ei, e extraordinar de redus în special în domeniile legate de medicament şi evoluţie, biochimie, farmacologie şi statistică. Cea mai mare parte dintre ei nu au cea mai mică idee de realităţi. Ei nu citesc, în cel mai bun caz, decât titlurile şi scurtele concluzii ale articolelor ştiinţifice sau de prezentările la minut a congreselor medicale, fără să urce vreodată la surse, sau a citi lecturile critice a marilor reviste anglo-saxone falsificate de industrie şi prezentate în mod de a le servi.

Aceşti universari constituie o masă inertă, gata mereu să înghită creduli şi convinşi că medicamentele cele mai recente şi mai scumpe sunt cele mai bune, în timp ce din păcate totdeauna e invers. Adevăratul pericol vine de la 5% dintre ei, botezaţi lideri de opinie cheie, cumpăraţi şi infeudati de industrie prin contracte personale, declarate sau nu, în general în străinătate ce ating de la 20.000 la 50.000 euro pe an sau mai mult, în funcţie de importanţa pieţii. Ei îi servesc în toate etapele de parcurs ale unui nou medicament. Ei ţin ochii închişi la articolele redactate de către firme, le prezintă la congrese ce le finanţează, determină poziţia societăţilor savante, care financiar depind 90% de industrie şi sunt întotdeauna alese din cauza notorietăţii mediatice ce le-o asigură firmele, ca experţi prin agenţi de stat, impunând astfel autorizaţiile de comercializare, asigurând rambursarea maximală a medicamentului." Limitele toleranţei nivelului C în sângele unei personae sănătoase au fost revizuite cu regularitate de către AHA(American Heart Asociation), de la 260 la 200 mg/dl.

Acum, the lower the better.

Am. Heart J. Ian 2009: din 147.060 persoane internate în spital cu probleme cardiace 75% aveau un C normal.

Ideea conform căreia C joacă un rol major în bolile CV este atât de intim implantantă în mintea noastră, încât ar putea fi surprinzător a vrea să o pui la îndoială, ceea ce totuşi o fac un număr crescând de medici şi cercetători din lumea întrega. La iniţiativa profesorul suedez Uff Rawscov, autor al cărţi: "Miturile colesterolului" s-au regrupat un număr de 98 cercetători independenţi de industria farmaceutică, formând IHNCS (Internaţional network of Cholesterol Skeptiks). Majoritatea au publicat în revista Lancet, dar lucrările lor au fost puţin reluate. Ei spun că nimic din literatură ştiinţifică nu probează o relaţie între C şi ateroscleroză. Pentru ei "diabolicul C" ar fi un mit. Pentru ei, teama de C se bazează pe "o suită neîntreruptă de mesaje orchestrate de o propagandă intensivă, devenită din ce in ce mai sofisticata cu timpul".

În 1993, cercetătorii au examinat relaţia dintre majoritatea CV şi alimentaţie în 40 de ţări. A fost definit un indice "C – grăsimi saturat" şi s-a urmărit în ce măsură o creştere a acestui indice e asociată cu mortalitatea CV. Franţa şi Finlanda erau printre ţările cu cel mai mare indice, adică 214 pentru 1000 calorii în Franţa şi 126 Finlanda. Nivelul de mortalitate CV la 100.000 bărbaţi între 55-60 de ani erau 198 în Franţa şi 1031 în Finlanda.

În 13 iunie 2016 presă naţională din Marea Britanie, inclusiv posturi de radio şi TV, au raportat "a new surprise and controversy" cu privire la bolile CV şi supravieţuire. Raportul se referă la ediţia on-line a British Medical Journal. E o metaanaliză a unor publicaţii anterioare legate de supravieţuire în raport cu nivelele sanghine de C. Concluzia a fost că peste vârsta de 68 de ani, un nivel crescut de C nu e periculos ci da un avantaj de supravieţuire. S-a făcut referire la Studiul Framingham care a fost cel mai important studiu legat de relaţia C – supravieţuire. Între 1951-1955 când decesele prin bolile CV au devenit o serioasă problemă de sănătate publică, 1919 bărbaţi şi 2435 femei fără boli CV, cu vârstă între 31 şi 65 ani au fost urmăriţi timp de 30 ani. Pentru scopul unei analize detaliate, subiecţii au fost grupaţi în sferturi legate de C sanghin. Concluzia: bărbaţii între 31-39 ani au avut un avantaj de supravieţuire cu cel mai mic C (84%, comparativ cu cel mai mare C, numai 68%). Supravieţuirea a fost mai bună la femei decât la bărbaţi, totuşi, la femeile din această grupă de vârstă, avantajul de supravieţuire cu C jos a fost mai mic – 95% comparativ cu 85% pentru cel mai înalt C. La vârsta 50-65, supravieţuirea nu a fost influenţată de nivelul de C. După vârstă de 58 ani nu e o mortalitate crescută cu orice nivel al C. Studiul Framinghan nu a recrutat persoane peste 65 ani, dar alte studii au făcut-o: Studiul Paris, Studiul Honolulu, Studiul New Haven au recrutat personae peste 65 ani. Aceste studii au demonstrat ceva diferit. În grupa de vârstă peste 70 ani, cei cu cel mai mare nivel de C au avut o mai bună supravieţuire.

Dr. Wigth Lundell-chirurg cardio-vascular, specializat în operaţii de pontaj, cofondator al Lutheran Heart Hospital spune: Mulţi medici vor continua să creadă că medicamentele pentru scăderea C vor trata cu succes bolile CV în ciuda faptului că Amer Heart J. (ian 2009), analizând 137.000 pacienţi internaţi în SUA cu o criză cardiacă a demonstrat că aproape 75% aveau nivelul de C normal.

Ideea că o substanţă normală adică C ar putea provoca o boală CV nu m-a convins niciodată. Am văzut pacienţi revenind la al 2-lea pontaj la câţiva ani după primul având C normal. Ron Rosedale: Înainte de toate, nivelul C e un element esenţial pentru fiecare membrană celulară de pe Terra. Cu alte cuvinte, nu poate există viaţă pe pământ fără C. Se poate deduce în mod automat că prin el însuşi nu poate fi periculos. În realitate, el e unul din cei mai buni amici ai noştri. Medicamentele ce reduc C acţionează de fapt reducând inflamaţia, şi pot să o facă fără a reduce nivelul C. Aspirina reduce inflamaţia, fiind mult mai ieftină. Această selecţie preferenţială a falsificat realitatea. În schimb, companiile care vând medicamente difuzeaza mitul C în milioane de exemplare.

Dr. Harlan Kramble de la Universitatea Yale a declarat în 1994 că persoanele cu C jos mor de două ori mai mult decât cele cu C crescut. Partizanii companiei anti-C ignoră această observaţie sau o considera ca o exceptie rară.

În 19 mari studii efectuate de peste 68.000 decedaţi, examinaţi de Profesor David R Jacobs şi colegii săi de la Division of Epidemiology din Minnesota, un nivel redus de C prezice un risc crescut de maladii gastro-intestinale şi respiratorii. Deci, C protejează contra infecţiilor. Dr. Rauchaus şi colaboratorii de la spitale din Germania şi Marea Britanie au constatat că riscul de a muri de insuficenţă cardiacă cronică a fost puternic invers asociat cu un C total, LDL-C şi trigliceridele. Cei cu valori lipidice mai mari trăiau mai mult decât cei cu valori mici. Într-un studiu efectuat de Iribaarren şi Zol, peste 100.000 de indivizi sănătoşi au fost urmăriţi 15 ani. Pe parcurs, cei al căror C iniţial a fost cel mai jos au fost spitalizaţi semnificativ mai des din cauza unor boli infecţioase de-alungul celor 15 ani. O explicăţie, a asocieri inverse e faptul că un C ridicat poate proteja contra cancerului, explicaţia ar fi că unele tipuri de cancer sunt cauzate de virusuri, în plus, experimente de scădere a C la rozătoare au dus la cancer. La fel, în unele studii, semnificativ mai mulţi pacienţi cu cancer erau în tratament de scădere a C. Un studiu al Departamentului de Medicină Cardiovasculară a Universităţii Yale a conchis că persoanele în vârstă care au un C mai mic mor în număr de două ori mai mult în comparativ cu cei cu un C mai redus. Cireaşa de pe tort, un studiu publicat în prestigioasă revista Lancet a ajuns la concluzia că un nivel ridicat de C diminua riscul de deces de toate cauzele. Dacă ateroscleroza debutează în special la vârstă medie şi devine mai pronunţată cu creşterea în vârstă, ipoteza C ar presupune că ar există o ameninţare ATS cumulativă care s-ar exprimă prin o mortalitate de toate cauzele şi CV mai mare la persoanele vârstnice cu cel mai ridicat nivel de risc.

Se ridică unele întrebări relevante pentru cercetătorii sanitari. Dacă un C înalt e un factor de risc la persoanele de vârstă tânără şi medie, de ce nu şi la vârstnici? De ce o parte din vârstnicii cu LDL-c înalt trăiesc mai mult decât cei cu LDL-c jos? Un argument comun care ar explica de ce valorile mici ale lipidelor sunt asociate invers cu mortalitatea ar fi că bolile grave ar determina o scădere a C. Totuşi, această nu e o explicaţie deoarece în 5 studii, bolile terminale şi mortalitatea din timpul primilor ani au fost excluse. În schimb, trei dintre ele au arătat că cea mai mare mortalitate a fost observată la cei cu cel mai mic LDL-c,cu semnificaţie statistică. O ipoteza a asociaţiei inverse a LDL-c jos şi mortalitate e că acesta este susceptibil pentru bolile fatale. Suportul acestei ipoteze e furnizat de experimente pe animale de laborator din zeci de grupe de studiu care au arătat că LDL-c leagă sau inactivează microorganismele şi toxinele lor. Bolile cauzate sau agravate de microorganisme pot de aceea

apare mai des la persoanele cu C mic, aşa cum s-a observat în multe studii.

Dr. Tamara Hrwich din Los Angeles a urmărit peste o 1000 de persoane cu insuficenţă cardiacă severă şi după 5 ani, 62% din cei cu C sub 129 mg/dl erau decedaţi, iar din cei cu C peste 222 mg/dl numai jumătate. Scăderea nivelului de C total prin medicaţie, ne spune teoria, scade riscul de boli cardiace, diminuând formarea plăcii aterosclerotice. Până în anii 1960-1980 au fost folosite o serie de medicamente numite fibraţi pentru a scădea nivelul de C (deşi nimeni nu cunoştea mecanismul de acţiune al acestora), şi a reduce riscul de atac cardiac. OMS a încredinţat unui medic englez Michael Oliver, care se ocupă mult de C, să facă un mare eseu asupra efectului CLOFIBREX în prevenirea infarctului, la 15.000 bărbaţi europeni ce aveau un nivel ridicat de C. Speranţele la acea epoca erau imense, din păcate a fost un dezastru "cei trataţi mureau mai mult decât martorii aflaţi sub placebo", risc de mortalitate mai mare cu 47%, majoritatea acestui exces fiind atribuită cancerelor. Clofibratul şi-a terminat în mod brutal carieră, în timp ce industria farmaceutică era pe cale de a comercializa un alt fibrat – GEMFIBROZIL (lipanthyl). Un studiu făcut în Finlanda (Institutul Naţional de Sănătate Publică din Helsinki) a arată o mortalitate pe timp de 8,5 ani mai mare cu 21% în raport cu placebo. Era actuală de tratament vizând scăderea LDL-c a început în 1987, odată cu intrarea în uz a primelor statine ce acţionează prin blocajul unei enzime ce favorizează sinteza C în special la nivelul ficatului (simvastatina 1988, pravastatina 1991, atorvastatina 1992, fluvastatina 1994, rosuvastatina 2002). Studiul 4 Scandinavian (Simvastatin Survival Study) a ratat o scădere a concentraţiei C şi a redus mortalitatea CV cu 36% şi mortalitatea coronariana cu 43% după o durata a tratamentului de 5,4. Rezultatele au fost prezentate în 1994 de către ACC. Acest studiu nu a fost replicat niciodată. Studiul JUPITER a testat rosuvastatina la persoanele în varsta demne de orice boli şi fără un C ridicat. Investigatorii şi sponsorul puneau ipoteza că, chiar în absenţa unui C ridicat şi a unei boli arteriale, putea fi util a lua această statina (probabil pe viaţă) pentru a proteja de boli CV. Înainte de JUPITER nici un studio nu a arătat că rosuvastatina putea salva vieţi sau a scădea riscul de infarct. Din contra, două studii făcute pe pacienţi bolnavi (disfuncţie cardiacă şi insuficenta renală) la care se pretindea ca fiind grav bolnavi ar fi profitat cu atât mai mult de o diminuare severă a C, s-au dovedit complet negative. Planul iniţial de analiză la JUPITER era că pacienţii trebuiau urmăriţi cel puţin 4 ani pentru a spera să se vadă un efect benefic al tratamentului. Dar, după doi ani a fost stopat de sponsori şi investigatori sub pretextul că efectele benefice au fost extraordinare. Aceasta, ca într-o cursă, după două ture de hipodrom, organizatorii decid să oprească cursa de cai prevăzută pentru 4 ture, sub pretextul că favoritul lor are un aşa mare avans că nu poate fi ajuns. Investigatorii au pretins că subiecţii lor care au primit statine beneficiază de o "diminuare importantă a morbidităţii şi mortalităţii cardiace". O analiză atentă a cifrelor arată indubitabil că numărul de decese de origine CV a fost identic în cele două grupe. Dr. Fiona Taylor (London School of Higiene and Tropical Medecine) care a publicat o analiză a studiilor cu statine, consideră că datele de acest tip au putut fi manipulate: "În fine, trebuie amintit că metaanalizele sunt realizate prin definiţie cu date publicate. Au putut să dispară pe radarul statisticenilor toate studiile negative, pe care laboratoarele au decis să nu le publice, ceea ce falsifică constatarea finală. Controversa principală e focusată pe profilaxie primară care e mai puţin clar definită.

Estimarea riscului şi beneficiului se bazează pe măsurători invalide, adică biomarkeri, în loc de mobilitate şi mortalitate. Unii sunt îngrijoraţi că o persoană de 70 de ani fără alţi factori de risc va primi tratament cu statina numai pe baza vârstei. Cele mai multe boli CV apar după vârstă de 70 ani, dând acestora o mare reducere potenţială a riscului. Dar nu există date actuale referitoare la rezultatele finale ale tratamentului persoanelor peste 70 ani, deoarece trialurile nu înrolează persoane peste 70 de ani. Aşa cum au notat unii critici, oamenilor în vârstă le sunt prescrise multe medicamente dar nu există date asupra interacţiuni acestor medicamente sau posibilă sinergie a efectelor "colaterale". În ce priveşte persoanele victime ale unui infarct miocardic, metaanalizele raportează o reducere a mortalităţii de ordinul a 10% cu luarea pe termen lung a statinei. Numai că e puţin (sau poate face mult mai bine o simplă schimbare a stilului de viaţă) dar mai toate studiile ce contribuie la aceste rezultate sunt suspecte. Este vorba în general de studii vechi, finanţate de industrie.

Dr. Michael Rubeus: "După anii 1970, părea demonstrat că un nivel ridicat de C era cauza principală a bolilor arteriale. Era deci logic de a căuta un remediu pentru a-l face să scadă. Insist, eu eram un prescriptor de statine. Când au apărut pe piaţă, noi ne-am spus: Iată ceva formidabil. Faimosul studiu 4 S arată o scădere a mortalităţii la pacienţii care făcuseră un infarct şi au luat statine părea impresionant. Noi medicii, am început atunci să le prescriem pe scară largă, într-o prima faza la indivizii ce au avut probleme CV, apoi, prin extensie, celor ce aveau un C ridicat. Într-o bună zi, mi-a căzut în mâna o lucrare a unui profesor american Norton M. Hunelar care trata subiectul excesului în medicină. El aborda în particular cazul statinelor. Intrigat, am început să mă interesez mai în amănunt şi să fac cercetări, a face schimb de opinii cu alţi medici şi în special cu cardiologul Michel de Lorgeril, ce puneau la îndoială eficacitatea statinelor. Am realizat astfel, că Studiul 4 S nu a fost niciodată repetat, aruncând o îndoială asupra rezultatelor. Şi că marea majoritate a studiilor erau atinse de conflicte de interese. Am început să fiu din ce în ce mai convins de inutilitatea prescrierii statinelor. Azi nu le mai prescriu aproape deloc. Ce le reproşez statinelor? Întâi că orice s-ar spune, eficacitatea pe termen lung n-a fost niciodată stabilită ştiinţific. Toate studiile zise pozitive sunt subiecte de precauţie, atât în conduită cât şi în concluzii. Conflictele de interese sunt omniprezente. Pe de altă parte, efectele secundare sunt subestimate. Astfel, dacă puneţi un bărbat de 40 de ani sub statine, ştiind că statistic le va lua 45 de ani – nu aveţi nicio idee la ce va duce această pe termen lung. Ştiind că el nu are nici un simptom la început, el nu face decât să-şi scadă C. Aşa stând lucrurile, efectele secundare apar puţin frecvent în studiile consacrate statinelor. Dar se uită că aproape totdeauna există o perioada de încercare pe cobai. Cei care reacţionează cu efecte secundare importante sunt excluşi din proces…. Rita Radberg cardiolog la Universitatea de Medicină din San Francisco şi editor la JAMA, că şi alţii, au fost vocali în a evidenţia că drogurile anti C sunt suprapreserise şi că efectele adverse ce merg de la dureri musculare la cataractă trebuie luate în serios. Ea, precum şi Michelle Katz, editor la JAMA, afirmă că estimările asupra beneficiilor statinelor pot fi "umflate" şi că rapoartele asupra evenimentelor adverse

sunt incomplete. De aceea atenţionează să se facă "a step back". "A trata până la ţintă" această strategie a fost larg folosită în ultimii 15 ani, dar sunt trei probleme cu această abordare:

- Prima, datele clinice nu indică ce ţintă să fie;

- În al doilea rând, noi nu ştim magnitudinea reducerii riscului pentru boli CV cu o ţintă mai mică decât altă;

- În al treilea rând, nu se ţine cont de efectele adverse posibile date de terapia cu mai multe droguri pentru a obţine un tel specific.

Cu alte cuvinte, nu se ştie ce nivel de C e dezirabil iar severitatea unor efecte colaterale nu e cunoscută căci în ciuda acestora, doctorii au prescris timp de decenii statine pentru a duce C la nivele crescător mai joase. Această poate fi descrisă în mod rezonabil că o medicaţie nebazata pe evidente, sau poate fi sistematic mal praxis.

Dr. Kailash Choud preşedinte al British Medical Association pune în garda contra prescrierii excesive de statine. El explică într-un articol publicat în Sunday Express de ce el a încetat să ia statinele care ii fuseseră prescrise. După el, directivele britanice care vizează prescrierea acestor medicamente persoanelor cu risc egal sau superior la 10% faţă de 20% înainte "nu aduce beneficii decât laboratoarelor farmaceutice".

Dr. Chaud, 60 de ani nu a luat cunoştiinţă de toxicitatea statinei decât după ce cardiologul sau i-a prescris acest medicament în urmă cu 5 ani. "După câteva săptămâni am început să simt dureri musculare în tot corpul, care mă trezeau noaptea. La început am pus asta pe seama stresului. Mai târziu am încetat să iau medicamente. Era singurul mijloc de a stabili dacă statinele erau cauza, deoarece medicii şi laboratoarele spuneau contrariul. Or, lucrurile au început să între în normal în 2-3 săptămâni ce au urmat (proba că ei minţeau). Astăzi nu mai am nici" un simptom. Era o nebunie, eu nu ţineam cont că durerile mele se datorau medicamentelor". Era proba că însuşi un mare nume al medicinii britanice, aflat în ignoranţa, ridică vocea contra statinelor.

Un studiu publicat în New York Times în 2008 sub titlul "Cholesterol Drug Bomb" relevă studiul făcut de profesorul Kastelein din Amsterdam, care susţine odată în plus că "nu există un raport între scăderea C şi riscul de infarct miocardic, în timp ce milioane de oameni din întreagă lume iau medicamente anti C, sperând să le reducă riscul. Banii joacă un rol important în această afacere. Acesta este reproşul pe care îl adresez sistemului nostru: de a prezenta riscul drept boală. În plus, acesta noţiune a evoluat în timp, dacă la început studiul asupra riscului CV realizat în America de Nord a fost definit că "riscul crescut", mai târziu, deci progresiv a fost definit drept "risc crescut". Deasemenea, noţiunea de colesterol corespunde unui nivel de C tot mai scăzut, din ce în ce mai mic. Se înţelege că o mare cantitate de bani stă în spatele acestui lucru. Trebuie renunţat la ceeace e ascuns sistematic de marii prescriptori: poţi avea un C crescut şi a trăi mult fără medicamente. A face mişcare, a mânca corect, a nu fuma determina în realitate 80-90% din riscul CV. Poziţia publicaţiilor oficiale referitoare la posibilile efecte adverse ale statinelor merg de la a le nega pur şi simplu, a le ignora, la a le reduce frecvenţa.

Dr. Paul Poirier de la Institutul de Pneumologie şi cardiologie din Quebec: "Dacă statinele permit diminuarea cu 25% a riscului de a muri de infarct, înseamnă că 75% s-ar putea îmbolnăvi în ciuda faptului că sunt sub tratament medicamentos. Medicamentul nu este un panaceu, nu e o pilula miracol. La femei în profilaxia primară, e departe de a fi probat că pilula scade riscul. Invers, medicamentul poate cauza diabet la 7% dintre ele.

Profesorul Gh. Dan: pacienţii intoleranţi în lumea reală sunt mai mulţi decât cei estmati în studii: între 5 şi 15%. Vorbeşte de o discretă creştere a deficitului cognitiv şi de o creştere moderată a transaminazelor care îi sperie teribil pe medici. Marinela Olaron: Efectele secundare ale statinelor observate la vârstnici nu sunt mai severe decât la adulţi. Cele mai frecvente sunt: tulburările gastro-intestinale, miopatiile (dureri şi crampe musculare, prezente la 1-7% din pacienţi şi foarte rar rabdomioliza sau intoxicaţii hepatice).

După profesorul Michel de Lorgril efectele sexuale sunt trecute sub tăcere (sub 1% din pacienţi) în timp ce studiile indică faptul că cel puţin 20% sunt afectaţi mai mult sau mai puţin. În cartea să "The truth about statines", cardiologul american Barbara Roberts enumeră diverse complicaţii mai mult sau mai puţin stridente: dureri musculare, probleme neurologice (amnezie), risc de diabet şi risc renal. Sunt mai frecvente şi mai severe la femei şi sunt în funcţie de doză. La congresul de la Roma din 2016, Cristopher Cannon profesor la Harvard, analizând studiul IMPROVE-IT, arată că reducerea C între 30 şi 50 mg/dl nu a avut niciun efect nefavorabil. Profesorul Vomem: "Şi totuşi nu sunt medicamente lipsite de riscuri". Deşi refuzăm să fim alarmaţi, se pare că la unele categorii de vârstă – peste 60 ani – creşterea riscului e importantă (peste 50%) şi pe o perioada scurtă de 5 ani.

După experţii interesaţi, un pacient la 1000 prezintă simptome muscular sau ligamentare. Această cifră e raportată mereu la congrese şi în revistele medicale. La cealaltă extremă, patru mii de experţi examinează această chestiune, nu din eseuri clinice sponsorizate de industrie ci din consultarea pacienţilor neselectionaţi (pe scurt, în viaţa reală) aproape un pacient din doi s-ar plânge de tulburări musculare sub efectul statinelor. Diabetologia din 4 martie 2015 a publicat un studiu efectuat în Finlanda semnat de Hanna Caderberg, potrivit căruia statinele cresc riscul de diabet zaharat până la 46%. Este vorba de 8749 bărbaţi neselectionaţi, din care 2142 luau statine şi 625 au dezvoltat diabet zaharat prin diminuarea secretiei de insulină sau scăderea sensibilităţii la ea.

J Internal Med. a publicat un uriaş studiu retrospectiv de aproape un million de persoane din care aproape jumatate luau statine, şi s-a constatat: cazurile de pierdere de memorie erau de 4,4 ori mai numeroase faţă de cei care nu luau statine. Mass media occidentală refuză pur şi simplu să divulge adevărul că statinele pot afecta memoria pe scară largă.

JAMA 2016; 315:1500-1590: Pentru a identifica pacienţii cu simtome muscular la statine, 419 pacienţi au fost randomizati: 24 săptămâni cu atorvastatina versus placebo. Simptomele musculare au apărut la 209 (46%). Risc de poliatrita reumatoidă: Ann Boheum din 10.11.2011, la Utrecht au fost analizate 508 persoane cu un prim diagnostic de poliartrită reumatoidă în perioada 2001-2006. Cazurile au fost 15,9% la cei care luau statine faţă de martori 6,8%. Dr. Paul Poirier de la Institutul de Cardiologie şi Pneumologie din Quebec (ziarul Le

Soleil 18 iunie 2015): "Oamenii preferă soluţii facile şi sunt puţin înclinaţi să îşi schimbe obiceiurile pe termen lung. Ei cer mai degrabă doctorilor să se ocupe de ei şi problemele lor. Oamenii trebuie să fie responsabilizaţi de problemele lor de sănătate, ceea ce nu se întâmplă întotdeauna căci sistemul de sănătate este gratuit şi trebuie să se bazeze pe pastile în loc să alerge pe jos şi să mănânce sănătos. Aceasta e aberant'' a conchis el. "Ar fi facil pentru mine să dau o reţetă. Colesterolul pacienţilor ar scădea, dar nu înseamnă că mi-am făcut datoria. Soluţia pentru a scădea bolile CV şi AVC nu trece niciodată prin medicamente, cu excepţia celor care deja au un infarct sau AVC. În 2008, se contabilizau în Quebec 487656 de utilizatori de statine, acoperite de sistemul public, comparativ cu 442987 în 2004. În anul 2007, cheltuielile totale cu aceste medicamente erau în Canada de 1,9 miliarde dolari, adică 10% din costul tututror medicamentelor.

În 2007, fiecare francez a cheltuit în medie 16 euro, pentru a-şi trata C sau, ceea ce reprezintă un record în UE; pentru comparative avem: 14,7 în Ţările de Jos, 12,1 în Spania, 10,7 în Italia, 10, 1 în Marea Britanie şi numai 5 euro în Danemarca. Această dorinţa a francezilor de a avea un C jos e sideranta. Într-adevăr, dacă nivelul C unui francez nu e în mod particular jos, această nu se traduce prin o mortalitate CV mai mare. E chiar invers. E o afacere oarecum deconcertantă, pentru medicul respectiv care prescrie cu bună credinţă un medicament anti C. Pentru pacientul respectiv care înghite cu scrupulozitate comprimatul de crestor sau altă statină, sperând să prevină obstrucţia arterelor sale sau chiar să le dezobstrueze. Mulţi medici au dubii cu privire la efectele protective ale statinelor. Acest scepticism a fost suscitat de practica lor; ei nu au impresia că pacienţii trataţi sunt protejaţi în raport cu cei netrataţi. Dar, aceste impresii sunt subiective şi din prudenţă ei continuă să prescrie în speranţa că dacă aceste medicamente nu fac bine, ele nu fac nici rău. Această e o pură eroare. Dar nimic nu ar fi de reproşat acestora căci totul e făcut azi pentru a da iluzia că sunt perfect tolerate. Ei pot citi în reviste de ştiinţă renumite că efectele secundare ale statinelor sunt rarisime. Medicii nu sunt obligaţi să urmeze recomandările a la lettre, dar cea mai mare parte o fac din câteva raţiuni : ei doresc să practice cea mai bună medicină posibilă. Ei vor să fie în acord cu standardele comunităţii şi ştiu că, dacă nu urmează recomandările, se găsesc într-un plus de risc de a fi urmăriţi dacă lucrurile nu merg bine. Din aceste motive, precum şi cu enormă publicitate făcută în jurul noţiunii de colesterol, ghidul adus la zi joacă un rol mai mare decât orice recomandare o făcea înainte. Rolul esenţial jucat de C este repede uitat când citeşti recomandările pentru gestionarea C şi eşti prins în frenezia scăderii lui, adică a colesterolului. Învăţată în facultatea de medicină, e vehiculată de decenii de către autorităţile de sănătate precum şi mesajele publice. Persoanele care încearcă să conteste într-un fel sau altul sunt repede ridiculizate de către cardiologii puternici, consideraţi săraci de spirit, care nu înţeleg nimic. Ne putem întreba: de ce, având toate informaţiile în mână există o aşa largă acceptare a mitului C în lumea medicală şi de ce medicii insistă că toată lumea să aibă acelaş nivel de C?. Explicaţia este relativ simplă. Întâi, există circa 30.000 de articole medicale şi nici un medic nu le poate citi pe toate. În al doilea, printre numeroasele studii publicate, cele negative sunt puţine. Michel de Lorgeril: "Nici medicii nici pacienţii nu sunt astăzi bine informaţi asupra acestei situaţii. Din contra, "liderii de opinie", medici legaţi de laboratoarele farmaceutice întreţin o perdea de fum eficace pentru că prescrierile de statine să nu diminue."

În ciuda unor date biologice, genetice şi epidemiologice consistente şi evidente, şi evidenţei din trialurile randomizate, există controverse între ghidurile naţionale în practică clinică cu privire la LDLc "măsurarea şi utilitatea lui, utilizarea screeningurilor populaţionale şi beneficiul net/risc al diferitelor droguri de scădere a LDL, beneficiul ţintelor terapeutice, şi dacă scăderea agresivă a LDL e benefică".

După modificarea criteriilor pentru a defini osteoporoza, 7 milioane de americani s-au transformat în pacienţi de la o zi la altă. În anii 1980, un medicament antiaritmic, lorcainida, a fost testat pe 100 de persoane. Nivelul de deces a fost de patru ori mai mare decât la cei care au luat placebo. Studiul nu a fost niciodată publicat iar rezultatele au trecut în uitare. Numai jumătate din rezultatele eseurilor sunt publicate, iar cele ale căror rezultate sunt negative au de două ori mai multe şanse de a nu fi publicate. Aşa cum medicii sunt ţinuţi în ignoranţă, pacienţii sunt expuşi la tratamente inferioare, ineficace, non-necesare, mai scumpe şi/sau mai riscante, chiar periculoase. În Franţa există de patru ori mai multe decese pe an legate de luarea de medicamente decât accidentele de circulaţie.

Ghidurile americane din 2013 care includ recomandări pentru prevenirea primară a ATS au atras critici imediat după lansare. Cele mai multe sunt asupra metodelor (probleme cu riscul calculat), etice (conflicte de interese) şi în concluzii (prea multe persoane aflate sub tratament). Conform ghidurilor ACC/AHA, din cei 101 milioane locuitori ai SUA fără boli CV şi cu vârstă între 49-79 ani, 33 milioane se estimează a avea pe 10 ani un risc probabil de boli CV de 7,5 sau peste (la care un tratament intensiv cu statine poate fi considerat), şi alte 13 milioane cu risc previzibil între 5% şi 7,5% care trebuie să ia statine. Populaţia SUA e de aproximativ 1/20 din populaţia globală cu aceeaşi categorie de vârstă. Global 33 + 13 x 20 = 920 milioane vor fi categorisiti în acelaş grad de risc. Această este probabil o subestimare! Cu creşterea populaţiei,îmbătrânirea populaţiei şi creşterea prevalenţei factorilor de risc, va fi mai rău decât în SUA. Aceste cifre nu iau în calcul pe cei care au deja boli CV sau foarte mare LDLc. În plus, unele statine sunt disponibile că generice, ceea ce le face mai ieftine, contribuind la o "statinizare" chiar în ţările cu bugete mai mici pentru sănătate.

Henry Brauer (2014) sub titlul "Statine; Scandalous" a scris: În noiembrie 2013 ACC şi AHA, au aprobat "Guidline on the tratment of blood Cholesterol to reduve death CVrisk în adult''. Cine le scrie? Ghidurile poartă ştampila de aprobare a unor eminente organizaţii: 17 membrii sunt daţi cu numele, plus "Expert Pannel Members", Methodology Members, un "Subcomitee on Prevention Guidelines". Dar cine a cercetat literatură, decizând ce să includă şi ce să elimine din masă materialelor publicate despre statine în ce priveşte beneficiile lor şi efectele colaterale? În această privinţă, ghidul este un Raport Oficial care este prea des autoimportant şi servind auguste corporaţii. Ele sunt comparabile prin lipsa lor de autenticitate cu multe articole din revistele medicale. Ghidul e în mod patologic atins de conflicte de interese deoarece emană de la industria de medicamente sau de la surse plătite de aceste industrii într-un mod sau altul. Biomarkerii sunt luaţi drept boală CV deşi nu sunt. Ghidul estimează riscul pe 10 ani şi reduce criteriile pentru tratamentul riscului de la 10 la 7,5%. "Barbara Roberts a spus că noile ghiduri

sunt: "a big kiss to big pharma". Peter Goetzke, autorul cărţii "Medicamentele mortale şi crima organizată" arată cum au corupt marile companii farmaceutice sistemele de sănătate. Înspăimântător cât de multe similitudini există între acesta industrie şi grupările mafiote. Acestea mituiesc politiceni şi alte categorii de persoane, iar industria farmaceutică face exact acelaşi lucru". Afacerea Vioxx şi Mediator arată cum industria farmaceutică ascunde datele tehnice. Colesterolul este o nouă vacă sacră a medicinii, ce e numai bună de muls. "Cu cât mai puţin cu atât mai bine". Totuşi mai puţin C nu înseamnă nici mai puţin infarct miocardic şi nici mai puţine decese.

Vicente Giner şi col. scriu în Vâsc Heart Risk în 2016: Marele număr de ghiduri existente că şi diferenţele uzuale în recomandările date cresc confuzia şi dubiile clinicienilor. Ultimul obiectiv al clinicianului este de a aplică în practică cele mai bune indicăţii existente. Deoarece medicină modernă este în continuă evoluţie prin creşterea numărului de informaţii, este destul de dificil pentru clinician să le urmărească. Ghidurile sunt scrise pentru a ajută pe cliniceni să aplice în practică cele mai bune date existente. Totuşi, acest lucru nu se întâmplă total, aşa cum o dovedeşte numărul nejustificat de mare de ghiduri. De exemplu, în SUA există peste 2500 de ghiduri. O parte din proliferarea ghidurilor poate fi explicate prin existenţa unor interese în afară unor date strict ştiinţifice în domeniul sănătăţii. Acesta este un aspect complex analizat din cauza că majoritatea ghidurilor dau puţine informaţii asupra conflictelor de interese. Numai în jur de trei cincimi din ghidurile existente în SUA sunt eliberate de societăţi profesionale medicale. Alt factor ce trebuie considerat asupra ghidurilor este legat de presiunea industriei. Încercarea de a folosi cercetările cele mai bune obţinute din trialurile clinice randomizate este dificilă şi uneori are o importantă componentă subiectivă de interpretare. Este dificilă şi pentru că trialurile clinic randomizate nu pot prezenta recomandări în termeni de beneficii, complicaţii şi costuri, ci doar în termeni de eficacitate şi adesea exclusiv cu referire la tratamentul farmacologic. Referirile trialurilor la schimbarea stilului de viaţă sunt puţine.

Profesor Even: "Capitalismul a devenit esenţialmente speculativ vizând rentabilitatea imediată". Noi am devenit toţi hipertensivi, diabetici, hipercolesterolemici, arteriali, osteoporotici şi toţi impotenţi. Industria inventează boli care nu există şi medicalizeaza dificultăţile psihologice şi fizice curente ale existenţei. Cum brevetele marilor molecule au căzut în domeniul public şi devenite generice, industria a scos în rafale, la fiecare 5-6 ani quasi-copii "revizuite" şi "revandabile", molecule botezate "a două" şi a "a treia generaţie". Iar medicii prescriu adesea cu prioritate "noutăţile" ce sunt mai scumpe şi niciodată mai eficace, unele au aceleaşi efecte secundare grave. Industria e o caracatiţă care a infiltrat toate instituţiile decizionale naţionale şi internaţionale, marile administraţii, societăţile savant medicale. Profesor Even se întreabă: "Cum industria farmaceutică a devenit cea mai bogată din lume? Cum a devenit astăzi, după ONU, în afară de orice control?". O anchetă publicată în 2008 în "Busines Week" a interogat o serie de cercetători de nivel înalt cu privire la dubiile şi suspiciunile ce există în comunitatea ştiinţifică. Ce descoperă ei? Studiile invocate de Scott Grundig şi colaboratorii sunt manipulate şi contrazise de studii mai convingătoare dar îngropate sau minimalizate. Medaliat în 2010 cu medalia de aur a AHA, el s-a văzut constrâns sub presiunea unor organisme independente să admită că a fost remunerat de pricipalii fabricanţi de medicamente anti-C: Merck; Sherig; Plough; Pfitzer; Astra Zeneca;Bristol Mayers; Squibb şi Bayer.

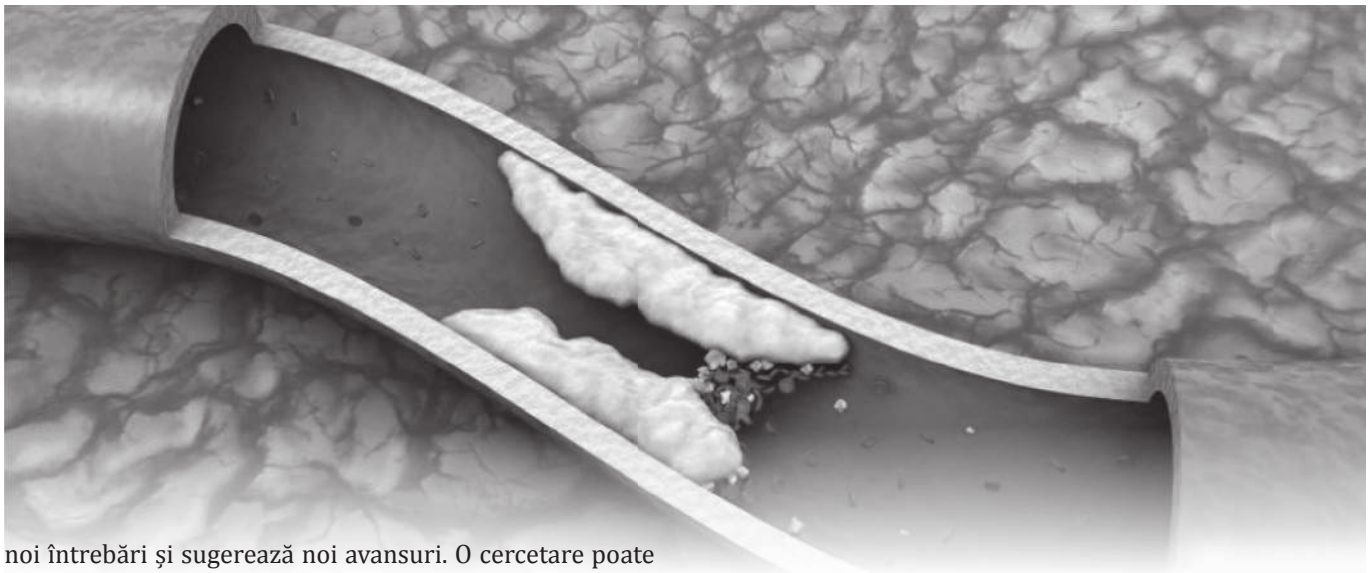
Statinele au ocupat locul al 3-lea în topul celor mai vândute medicamente din SUA în 2010, cu 18 miliarde dolari. Atorvastatin a fost medicamentul din clasa statinelor cel mai bine vândut. Pfitzer a câştigat aproape 10 milioane dolari din comercializarea medicamentului Lipitor, se afirmă într-un articol din "The Wire". Se afirmă de asemenea că veniturile combinate a 10 corporaţii au fost mai mari decât a 400 corporaţii luate împreună (35,9 miliarde $), statinele fiind cele mai vândute medicamente din istoria Americii. Dr. Jerome P. Kassierer, un vechi redactor şef al NEJM, a arătat cititorilor "Washington Post" că publicaţii majore că La gestin de Lipides, La Lettre Lipidique, Lipides –on – Ligme sunt toate finanţate de fabricanţii de medicamente anticolesterol. Aceste publicaţii care pun în gardă fără încetare contra pericolelor, influenţează milioane de medici. Ele sunt concepute desigur, pentru a-i convinge să prescrie medicamente anti-C. Industria farmaceutică şi aliaţii ei se bazeza pe eseuri clinice. Din păcate, e clar că aceste eseuri conduse de sponsori care doresc, în complicitate de interese, ca rezultatele să fie favorabile produsului, nu au valoare ştiinţifică pentru că sunt contaminate de subterfugii şi manipulări metodologice. Acestea sunt efectuate adesea de investigatori experimentaţi dar dificil de detectat de către medici, inclusiv universitari, care cad adesea în capcanele grosiere ale marketingului. Graţie unui marketing masiv şi insistent, fabricanţii de statine au influenţat în mod abil ştiinţa şi au controlat opinia publică în modul că prescripţia de statine să devină normă de societate. Oricine critică aceste politici sau nu e de acord cu ele este etichetat eretic, ignorant şi ridiculizat. Marketingul a triumfat într-adevăr asupra medicinii. Dar banii nu explică totul. Există un alt lucru.Pentru a-l înţelege, trebuie mers în urmă, imediat după al doilea război mondial, în Statele Unite. Acolo s-a născut o psihoză colectivă. Oamenii mor loviţi de o boală cardiacă. Trebuia explicat, a găşi vinovatul şi a-l suprima. Şi iată că cercetătorii l-au găsit, sau, mai degrabă i-au găsit, căci există doi vinovaţi: grăsimile animale pe de o parte şi colesterolul pe de altă. Media e entuziasmată. La o parte cu toate studiile care infirmă această idee. Important este de a "crede". De a crede împreună, acolo este consensul. Fragil la început, el se impune spre începutul anilor 1980. Autorităţile din sănătate publica recomandările lor întâi în SUA apoi în Europa şi în alte ţări. Trebuie redus C în sânge şi consumul de grăsimi animale. Două industrii extreme de profitabile vor sesiza chilipirul: industria farmaceutică, pe de o parte, care va crea o piaţă a medicamentelor anti-C, industria alimentară pe de altă parte, care va crea o piaţă alimentară săracă în grăsimi. De decenii, ideea dominantă a fost că un nivel ridicat de C este o cauza primară de boli CV. Dar niciun studiu al unei populaţii neselecţionate nu a găsit o asociere între C total şi gradul aterosclerozei.

- Statinele nu au probat a ajută femeile de orice vârstă;

- Statinele nu au probat că ajută persoanele peste 65 de ani;

- Singurul grup de pacienţi ce "pot" obţine un beneficiu sunt bărbaţii: de vârstă medie care au avutdeja probleme cardiace.

Datele ştiinţifice indică faptul că a diminua C nu serveşte la nimic, căci în marea majoritate a cazurilor e total inocent, el, colesterolul e un martor mut. Studiile clinice sunt rar definitive. Dacă unul pare aşa, alt studiu ridică



noi întrebări și sugerează noi avansuri. O cercetare poate susține cercetarea anterioară sau rezultatele sunt mult diferite, încât capitolul nu e niciodată închis. De aceea, chiar dacă tratamentul e găsit eficace, mulți autori cer încă noi cercetări pentru a înțelege mai bine intervenția-cine poate beneficia, dacă are efecte colaterale, cum poate fi aplicată în practică. Nu toate studiile sunt bine definite, iar rezultatele pot fi luate în afara contextului. De exemplu: cine a plătit studiul? Cercetările clinice pot fi bazate pe agenții guvernamentale precum The Național Heart Lung and Blood Institute, centre academice sau fundații, companii farma-ceutice. Cum a fost făcut studiul? Cele randomizate dublu orb sunt considerate standardul de aur. Unde a fost articolul publicat? Nu toate revistele sunt la fel. NEJM, JACC, Circulation, JAMA, etc. Câți participanti sunt incluși? Studiul trebuie ideal să include suficienți participant, încât cercetarea poate prezice cum va acționa tratamentul în grupuri similar de populații. Cât de lung e studiul? De exemplu, pentru a constata dacă o oarecare dietă scade riscul persoanei pentru un atac de cord poate necesita ani, chiar decenii. Deasemenea, cu cât tratamentul e mai lung, cu atât mai multe informații pot fi colectate asupra efectelor tratamentului. Sunt statistic semnificative?

FRAUDE ÎN STUDIILE EPIDEMIOLOGICE

- Un studiu care nu e "pozitiv", care nu place sponsorului nu e publicat.

- Un studiu care displace cercetătorului sau firmei farmaceutice nu e citat.

- Un studiu "negativ" căci informează asupra toxicitătii unui medicament nu va fi adus niciodată la cunoștință medicilor. Astfel, apărătorii ipotezei rolului C citează mereu același studiu și uită totdeauna de studiile contrare ipotezei lor, care nu găsesc o legătură statistică între bolile CV și C.

- Eseurile clinice care au cercetat reducerea nivelului de C nu sunt toate probate.Ele sunt realizate cu un protocol care asigura descoperirea unui mic efect pozitiv.

- Toate cărțile ce critică dogmă C încep prin a relua studiile unul câte unul, exhumand studiile uitate, și a analiză studiile citate că "pozitive" dar care pot fi interpretate că "negative" când se interesează de conținutul lor și de tabelul de cifre ce le acompaniază.

- Când studiile găsesc un efect "pozitiv", el nu privește adesea decât mortalitatea CV fără mortalitatea de toate cauzele.

- De cele mai multe ori, eseurile clinice se bazează pe un criteriu compozit ce permite, socotind diferit evenimentele, de a asigura că studiul va fi declarat pozitiv, și că tratamentul va obține autorizație de punere pe piață.

- Studiul semnificativ e obținut asupra unei populații hiperselectionate după o perioada de "run în" care semnifică faptul: are dreptul să testeze pacienții înainte de debutul studiului, pentru a vedea cine este responder la medicament și cine suportă bine efectele secundare. Această ajută studiul, ceace e legal.Toată lumea testează pentru a avantaja medicamentul.

- În fine, dacă e găsită o ameliorare, această poate fi supraestimată, iar efectele secundare subestimate.

BIBLIOGRAFIE

1. Prof. Dr. Mircea Cinteză: Dislipidemiile la Congresul European de Cardiologie – ESC Roma 2016;
2. Prof. Dr. Dragoș Vinereanu: Interviu: E nevoie de educație în dislipidemii. Viață Medicală Nr. 43, 21 oct. 2016;
3. Prof. Dr. Gheorghe Andrei Dan: Perspective în terapia dislipidemiilor. Viață Medicală , Nr. 47, 18 oct. 2016;
4. Phillips E., Saseen D.:Current Controversies With Recent Treatments Guidelines.J Pharm Pract 2016 feb. 29 (1):15-25;
5. Robert D. Brooff, Michel de Lorgeril. Cholesterol confusion and statine controversy. World J Cardiol 2015 jul. 26, 7 (7): 404-409;
6. Uffe Ravnscow, David M Diamond: Lack of association or inverse association between low-density lipoprotein cholesterol and mortality în the erderly: a systematic review. BMJ 2016 jul 21;
7. Hamazaki T, Okuyama H, Ogushi Y.: Toward a paradigm shift în cholesterol treatment – a re-examination of the cholesterol issue în Japan. Ann Nutr Metab 2015, 66 (suppl 4):16;
8. Cholesterol-Lowering Drugs Taken by 28% of US Population. JAMA 2015, 313 (8): 7-8;
9. Ioannidis JP. More that billion poeple taking statins? Potențial implications of the new cardiovascular guidelines, JAMA, 311 (2014): 463-4;
10. Christine Brosteaux , Juan Ruiz, Thierry Buclin: Statines et effets indesirables masculaires. Rev Med Suisse 2010: 510-17;
11. Michel de Lorgeril: Cholesterol, Mensonges et Propagande,Thierry Souccar Editions 2013;
12. Michel de Lorgeril: L'Horible veriteb sur les medicaments anticholesterol.Comment les statines empoisonnent en silence, Thierry Souccar Edition 2015;
13. Robert Du Broff, Michel de Lorgeril: Cholesterol confusion and statîn controversy, World Cardiol J.2015 Jul. 26; 7 (713). Michel de Lorgeril: Un "crime sexuel" presque parfait: statines contre cholesterol. Editions A4 SET 2011;
14. Pr. Philippe Evens: Coruptions et ctedulite en medicine, 2015, Editeur Le cherche Midi; 15:40.

STAREA DE SĂNĂTATE PRIN PRISMA BILANȚULUI MUSCULO-ARTICULAR LA PACIENȚII SPITALIZAȚI CU BOLI PROFESIONALE

Dr. Dorin-Gheorghe Triff, Baia Mare

CALITATEA actului medical, raportată la nevoile şi aşteptările pacienţilor, impune o evaluare comprehensivă şi o abordare holistică ale funcţionalităţii, simptomatologiei aşteptărilor, factorilor de interferenţă a prognosticului şi adeziunii pacientului la terapie. În acest sens, efectuarea bilanţului muscular şi articular ca şi evaluarea psiho emoţională şi a calităţii vieţii la pacienţii spitalizaţi sunt componente pe care medicul le poate lua în considerare.

Pacienţilor internaţi în secţia de boli profesionale, în ziua externării, au participat voluntar la evaluarea bilanţului articular şi muscular, completând totodată chestionarul de anxietate şi depresie HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) şi chestionarul Short Form 36 pentru autoevaluarea stării de sănătate.

Chestionarul Short Form 36, instrument validat al evaluării calităţii vieţii prin prisma stării de sănătate percepute, măsoară opt parametri: funcţionalitatea fizică, funcţionalitatea socială, energia (vitalitatea), sănătatea mentală, durerea percepută, starea generală de sănătate şi limitări ale activităţii sau muncii (de cauză fizică şi emoţională).

Bilanţul articular prin măsurarea distanţelor şi unghiurilor (cu ajutorul goniometrului) a cuprins respectiv următoarele articulaţii: coloana cervicală (unghiurile de flexie, extensie, lateralitate, rotaţie laterală ca şi distanţele menton stern, occiput C7, acromion tragus), coloana lombară (unghiurile de flexie, extensie, lateralitate, rotaţie ca şi indicele Schober şi Stibor, distanţa index sol în flexie, distanţele deget3-sol pentru lateralitate), umărul (unghiurile de flexie, extensie, abducţie, rotaţie internă şi externă), cotul (unghiul de flexie), antebraţul (unghiul de pronaţie şi supinaţie), pumnul (unghiurile de flexie, extensie, abducţie, adducţie), şoldul (unghiurile de flexie, extensie, abducţie), genunchiul (unghiul de flexie), glezna (unghiurile de flexie şi extensie).

Bilanţul muscular manual (testingul muscular) a cuprins principalele grupe musculare ale articulaţiilor menţionate. Studiul s-a derulat în două intervale de timp distincte: 11 dec 2017 – 31 dec 2017 (Lotul A) şi 8-22 ianuarie 2018 (Lotul B). Pacienţii cu statusul de Performanţă Karnofsky <70 nu au fost incluşi.

Estimarea gradului de asociere între variabilele măsurate s-a realizat prin coeficientul de corelaţie Pearson la un prag ales de semnificaţie statistică de 0,05.

Rezultate

Dintr-un total de 37 de pacienţi externaţi în intervalul din luna decembrie, 5 au avut scorul Karnofsky <70, 13 pacienţi au participat la studiu (Lotul A). Dintr-un total de 82 de pacienţi externaţi în intervalul din luna ianuarie, 3 au avut scorul Karnofsky <70 iar un număr total de 23 pacienţi au participat la studiu (Lotul B). Toţi pacienţii sunt de sex masculin.

La lotul A pacienţii au vârsta cuprinsă între 56 şi 78 de ani cu o medie de 58,8 ani. 4 dintre pacienţi au urmat internare de zi (3 având fibroză pulmonară şi unul discopatie lombară).

La pacienţii lotului A cu internare continuă proporţia bolilor profesionale este cea din figură (**Fig. 1**)

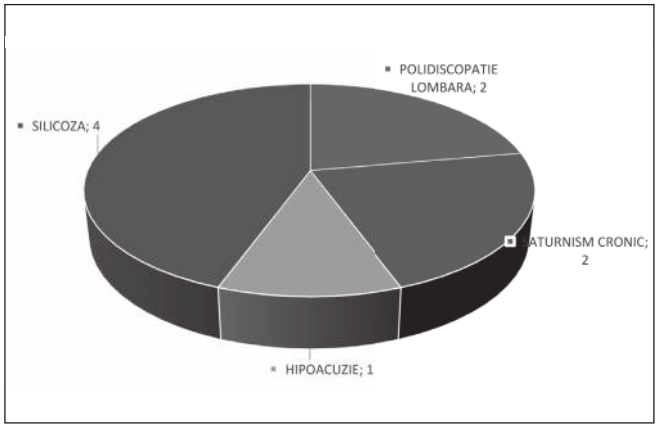


Fig. 1 Proporţia afecţiunilor profesionale în internarea continuă la lotul A

La lotul B vârsta pacienţilor variază între 45 şi 80 de ani, cu o medie a vârstei de 59,4 ani iar durata spitalizării variază între 1 zi (5 dintre pacienţi avânt internare de zi pentru boală legată de profesie) şi 7 zile. La cei 18 pacienţi cu boală profesională durata medie de spitalizare a fost de 5,44 zile. Diagnosticele la externarea de zi au fost cele rteprezentate de fibroza pulmonară (4 cazuri) şi BPOC (1 caz). Principala boală profesională la lotul B a fost reprezentată de silicoză (**Fig. 2**).

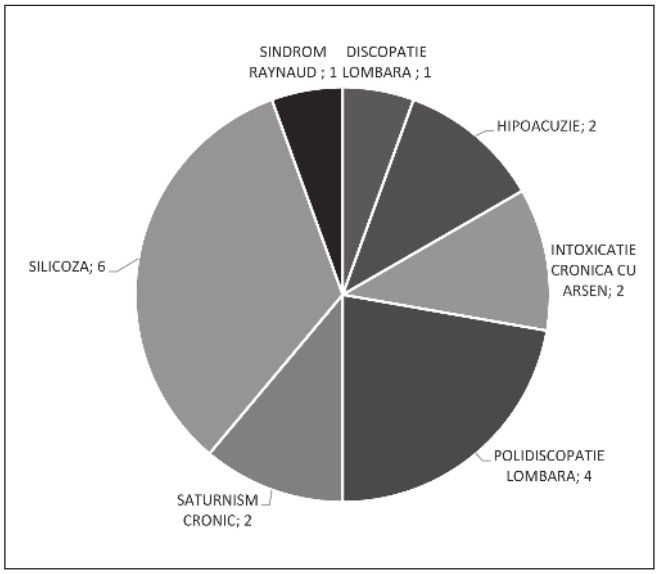


Fig 2. Proporţia afecţiunilor profesionale la lotul B

La ambele loturi, scorurile medii ale bilanţului articular măsurate se încadrează în intervalele normale pentru articulaţiile respective, bilanţul muscular la pacienţi a relevat o forţă musculară normală, doar la 5 pacienţi, localizat, aceasta a fost acceptabilă.

Corelaţiile semnificative obţinute concordant la simetric ambele articulaţii şi la ambele loturi au fost următoarele:

Funcţionalitatea socială se corelează negativ cu mobilitatea articulară prin flexie a genunchiului (lotul A, p=0,13 la ambii genunchi iar la Lotul B la genunchiul drept p=0,037 şi la genunchiul stâng p=0,034).

Durerea percepută se corelează pozitiv cu gradele mobilităţii articulare de supinaţie a antebraţului (lotul A; p=0,01, bilateral iar la Lotul B în dreapta p=0,031 respectiv în stânga p=0,048).

Scorul de depresie se corelează semnificativ negativ cu cel al parametrului de sănătate mentală (lotul A, p=0,034 şi lotul B, p=0,033), stării generale de sănătate (lotul A, p=0,038 iar lotul B, p=0,38). Energia se asociază semnificativ, pozitiv cu sănătatea mentală, (lotul A, p=0,023 iar la Lotul B p=0,00). În plus sănătatea mentală se corelează pozitiv cu starea generală de sănătate (lotul A, p=0,017 iar Lotul B p=0,007).

La lotul B, diferenta în valoare absolută dintre mobilitatea articulară, comparativ dreapta-stânga la articulaţiile similare, semnificativ se corelează pozitiv după cum urmează: prin flexie in articulatia cotului cu scorul de depresie (p=0,017) iar cea prin flexie laterală in coloana vertebrală respectiv cu energia (p=0,025), sănătatea mentală (p=0,017)şi cu limitări ale activităţii de cauză emoţională (p=0,014).

Bilanţul muscular şi articular a completat diagnosticul în 5 cazuri nedecelate iniţial prin anamneza şi examenul clinic initial: calus vicios după fractură antebraţ, leziune meniscală, aderenţe după secţionare flexori palmari, hernie discală lombară.

Concluzii

Parametrii bilanţului articular şi muscular, încadrându-se în intervalele de normalitate, la pacienţii internaţi în secţia de medicina muncii cu comorbidităţi multiple, preponderent respiratorii şi cardiovasculare, frecvent având şi patologie articulară asociată, nu realizează corelaţii semnificative cu anxietatea, depresia şi cu parametrii subscalelor de funcţionalitate ai SF36.

Rezultatele obţinute pe loturi mici chiar dacă sunt concordante necesită rezerva în interpretare şi eventuala validare pe eşantioane mai mari.

Bilanţul articular şi muscular ca şi percepţia pacienţilor asupra funcţionalităţii fizice şi emoţionale, mai ales la cei cu afecţiuni osteomusculoarticulare sunt utile atât prin faptul că pot aduce completări diagonstice cât şi prin faptul că reprezintă etaloane de evaluare a calităţii actului medical.

Astfel încât deşi sunt cronofage, efectuarea testingului muscular şi a bilanţului articular la examenul medical, mai ales pe secţiile de recuperare medicală şi de medicina muncii, sunt puncte de referinţă în aprecierea ale calităţii examinării medicale.

Bibliografie

Nicu A, laszlo Irsay L., şi colab (2016), *Evaluare clinică articulară şi musculară*, UMF Iuliu Haţieganu, Cluj Napoca.

LARVA MIGRANS CUTANATĂ ŞI BOLILE DERMATOLOGICE ASOCIATE

Dr. Maria Pocol, Baia Mare

TERMENUL „larva migrans" semnifică migraţia prelungită a paraziţilor în stare de larvă în pielea sau organele interne ale omului, în aceste condiţii omul serveşte, mai mult sau mai puţin, drept gazdă finală neîntâlnită în mod normal sau drept gazdă intermediară.

Se cunosc două sindroame bine determinate:

1. Larva migrans cutanată

2. Larva migrans viscerală

Aceste procese sunt produse în special de larvele paraziţilor din clasa +++++, ce cuprinde nemathelminţi de interes medical.

Larva migrans cutanată mai este denumită şi creeping disease dermatită liniară, maladia R. Lee, larva currens. În cadrul acestui sindrom, unii autori includ şi miazele cutanate asemănătoare.

Etiologie

Aproape toate cazurile de „creeping disease" sunt produse de către larvele infectate ale nematodelor din genurile Ancylostoma şi Strongyloides. Deşi Ancylostoma braziliensis este cel mai frecvent implicat, şi alte specii ale genului Ancylostoma produc boala. Ancylostoma infectând pisicile, câinii şi oameni din Asia de Sud-Est; Unicaria cephala, parazit al câinilor în Europa; Bunostomum phlebotomum, un vierme cosmopolit al vitelor; Ancylostoma tubaeforme, obişnuit la pisicile din zonele temperate. Până recent, Ancylostoma tubaeforme a fost confundată cu caninum şi este probabil că o serie de cercetări iniţiale în care pisicile au fost utilizate drept surse de larve de Ancylostoma caninum, implică de fapt Ancylostoma tubaeforme. Este de asemenea probabil că viermii din genul Ancylostoma ai diferitelor animale sălbatice, invadează ocazional şi pielea omului. Mai intră în discuţie, Ancylostoma duodenale şi Necator Americanus, care infectează oamenii şi care, de asemenea, pot produce erupţii serpiginoase la indivizii sensibilizaţi prin expuneri anterioare. În majoritatea situaţiilor, şi în special în cazul Ancylostomei braziliensis, un sol umed, cald, nisipos este cel mai potrivit pentru dezvoltare. Acest tip de mediu se găseşte în lăzile cu nisip, unde copiii se joacă, şi pe plajele cu multă lume. În consecinţă infecţiile sunt dobândite de obicei în astfel de locuri.

Pentru că pisicile şi câinii defecă frecvent în apropierea clădirilor, muncitorii, precum instalatorii, electricienii, tâmplarii sunt adesea expuşi infecţiei.

Mai rar, larvele speciilor de Strongyloides sunt responsabile pentru o serie de cazuri de „creeping disease". Speciile de Strongyloides care afectează animalele sălbatice au fost incriminate ca o cauză a erupţiei serpiginoase la persoanele care lucrează în regiunile mlăştinoase. Experimental, leziuni similare au fost produse cu Strongyloides procoins, la un voluntar.

Există şi alte specii care în mod normal afectează animalele şi care pot să producă dermatite şi erupţii serpiginoase la om: Strongyloides fulleborni al primatelor, Strongyloides papillosus al oilor şi caprelor, Strongyloides Westerni al cailor, Strongyloides venezuelensis al şobolanilor.

Dezvoltarea larvelor infectate de Strongyloides în mediul exterior, are loc la fel de bine în masa fecală, în sol sau în apă, larvele sunt bine adaptate pentru înot şi de aceea infecţiile sunt frecvente când indivizii vin în contact cu apa contaminată.

Larvele de Gnathostoma şi alte nematode sunt, de asemenea, capabile să producă eruţii serpiginoase în piele, dar aceşti paraziţi migrează în special, în ţesuturile profunde producând larva migrans viscerală.

Manifestări clinice

În majoritatea cazurilor de „creeping disease" reacţia tegumentelor este aceiaşi. La scurt interval, după ce larvele au intrat în piele, se dezvoltă la locurile de pătrundere papule eritematoase, însoţite de prurit şi senzaţie de arsură. Migraţia larvelor devine vizibilă sub forma unor traiecte serpiginoase în epiderm. Pruritul este de obicei intens în această perioadă. Traiectele cutanate proeminente, pruriginoase, se deplasează cu câţiva centimetri, până la 15-20 cm pe zi. Larvele pot persista în piele şi pot să-şi continue migraţia până la 6 luni sau chiar mai mult. Uneori pot să-şi oprească migraţia în decursul câtorva zile sau săptămâni.

O foarte rapidă migraţie cu leziuni extinse este numită „Larva currens". Aproape toate cazurile umane de „larva currens" sunt produse de Strongyloides stercoralis. Puternicul disconfort manifestat de unii pacienţi poate produce insomnie, scădere în greutate şi pierderea vitalităţii.

În unele cazuri are loc şi o implicaţie sistemică prin migrarea larvară în plămâni şi alte organe, după străbaterea pielii. Sindromul Löffler (astm, pneumonii de tranziţie, tuse şi eozinofilie) apare adesea la aceşti pacienţi, iar uneori larvele parazitului pot fi evidenţiate în spută.

Anatomie patologică

Larvele de Strongyloides pătrund în stratul cornos producând tunele în stratul granulos sau malpighian. În jurul tunelelor se formează un infiltrat de tunele rotunde şi eozinofile.

Larvele de Strongyloides migrează la un nivel mai profund, dar ++++ celulară este de acelaşi aspec.

Diagnostic

Apariţia pe piele a unei leziuni serpiginoase +++ eritematoase, persistentă şi uneori pruriginoasă, este de obicei suficientă pentru diagnostic. Uneori prezenţa elementelor parazitare poate fi evidenţiată în fecale, aspirat duodenal sau spută.

Demonstrarea directă a larvelor în leziunile cutanate se poate face rareori.

Diagnostic diferenţial

Larva migrans cutanată trebuie diferenţiată de miaze, filarioze, dermatite diverse.

Unii autori includ în sindromul larva migrans cutanată şi alte entităţi parazitare:

1. Dirofilarioza cutanată. Dirofilaria repens parazit al câinilor şi pisicilor poate fi transmis la om prin înţepătura ţânţarilor. După şase luni de incubaţie, apar edeme migratorii, fugace, pruriginoase, apoi noduli şi abcese reci. Din leziuni se extrag viermi imaturi de 7-12 cm. Evoluţia şi prognosticul sunt benigne.

2. Dermatita înotătorilor. Este o afecţiune cauzată de forcocercarii schistosomei raţelor (Tricobilharzia ocelta) care pătrund transcutanat la persoanele ce se scaldă în lacuri, bălţi sau râuri, în care se găsesc gazdele intermediare ale parazitului. Se manifestă ca o erupţie maculopauloasă sau ca un placard eritemo-urticarian, pruriginos, care poate persista mai multe săptămâni. Este o afecţiune cosmopolită decelată în zonele temperate şi calde.

3. Boli asociate cu apa. Diverse microorganisme acvatice pot cauza infecţii ale ţesuturilor moi în urma expunerii la apă: bacterii, alge, infestări cutanate localizate (după expunerea la animale marine microscopice poate apărea dermatita cercară şi erupţia înotătorului în mare), cnidariile (meduze), echinodermele (arici de mare, stele de mare) pot fi veninoase.

4. Oxiuroza cutanată. Larva migrans cutanată. Larva migrans poate să constituie o complicaţie a oxiurozei cutanate. Unele ouă depuse de oxiuri pot ecloza spontan, iar larvele eclozate pot pătrunde prin soluţiile de continuitate ale pielii şi pot urma un traiect întortocheat în/sau sub piele, constituind o manifestare de larva migrans cutanată.

Prognostic şi profilaxie

Dacă larvele de nematode, eventual mor în piele sau migrează spre alte ţesuturi, prognosticul este bun chiar şi fără tratament.

Profilaxia este dificilă deoarece este aproape imposibil de a controla toate pisicile şi câinii responsabile de contaminarea solului. Când ar fi posibil un tratament antihelmintic la pisici şi câini ar putea contribui la eliminarea infecţiilor cu Ancylostoma.

Tratament

Cele mai utilizate tratamente constau în refrigerearea zonelor afectate ale pielii, cu clorură de etil sau zăpadă carbonică.

Thiabendazolul (50 mg/kg corp), s-a observat încetarea pruritului după 12 şi dispariţia leziunilor în zilele următoare. La doză de 25 mg/kg corp, de două ori pe zi, 2 până la 4 zile, s-au raportat rate înalte de vindecare. De obicei pruritul încetează în decursul primei zile de tratament, iar leziunile dispar în 1 până la 2 săptămâni.

MERIDIANELE DISTINCTE

Dr. Marius Dan Pop,
Kinetoterapeut Andrada Pop, Baia Mare

Relaţiile energetice

Meridianele distincte sunt 12 la număr (6 meridiane Yang şi 6 meridiane Yin) în corespundere cu meridianele principale. Fiecare meridian are 2 ramuri simetrice – stânga şi dreapta.

Meridianele distincte nu posedă puncte proprii. Aceste meridiane sunt cuplate conform relaţiei Biao-Li (unul Yang şi altul Yin) ambele aparţinând unei loje energetice.

Relaţiile energetice ale meridianelor distincte sunt în strânsă legatură cu structura lor. Toate meridianele distincte posedă trei segmente: periferic (de la punctul Jing – dist până la punctul de întâlnire periferică); visceral (de la punctul de reuniune periferică până la punctul de reuniune central); central (de la punctul de reuniune central până la zona cerebrală.

Relaţiile energetice în mare măsură sunt determinate de traiectul ascendant al meridianelor distincte, cu mediana lor (plexul solar, cordul) ce explică legătura strânsă cu loja energetică FOC (energia Shen).

Relaţiile energetice ale meridianelor principale Yin cu zona cerebrală se realizează datorită legăturii lor cu meridianele distincte.

Funcţiile energetice

Meridianele distincte sunt căi de circulaţie a energiei psiho-informaţionale (Shen).

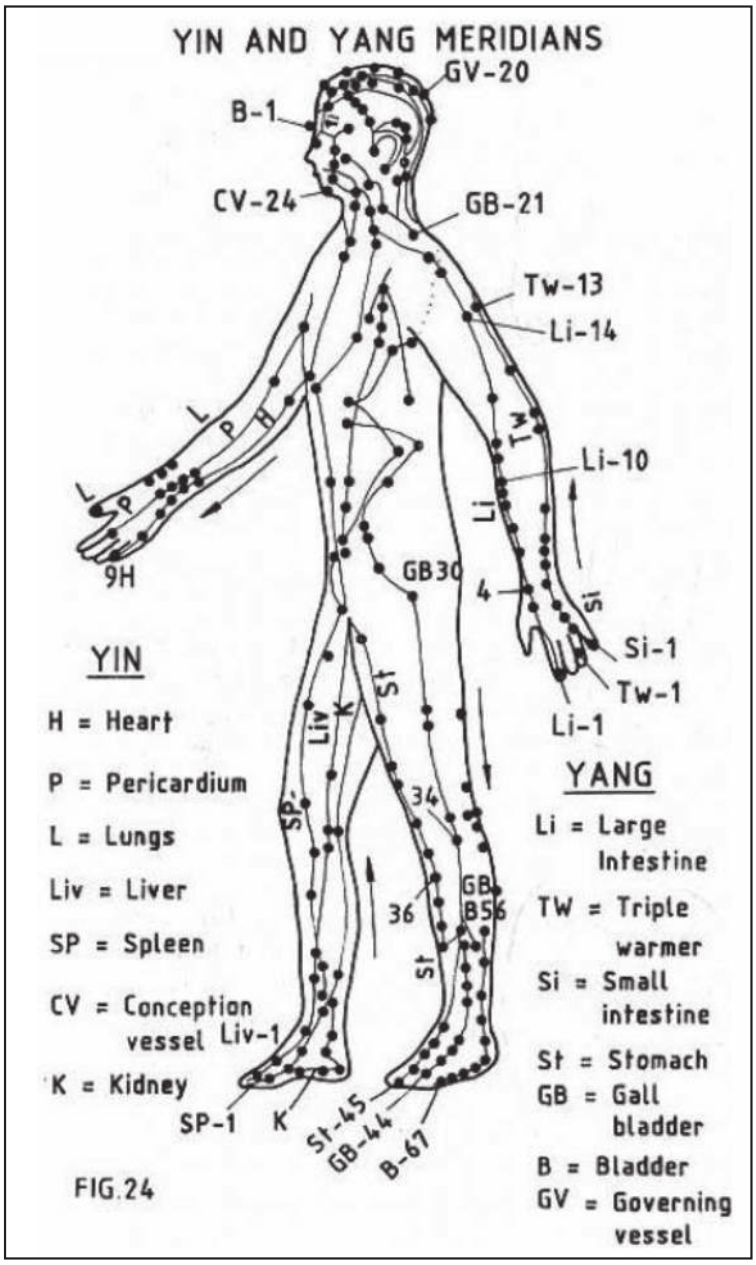
Segmentul periferic al meridianelor distincte are funcţia de culegere a informaţiei de la ţesuturile periferice (sânge, ţesut conjunctiv, epitelial, osos, receptorii somatici)… Informaţia este transmisă la etajul visceral.

Segmentul visceral are funcţia de a culege informaţia de la organele ZANG şi FU.

Segmentul central are funcţia de integrare a informaţiei provenite din segmentele periferic şi visceral, cât şi din organele senzoriale (cele 7 orificii). Integrarea informaţiei permite formarea unui răspuns adecvat, adaptarea individului în mediul din jur. Tulburarea funcţiilor energetice la diferite nivele explică apariţia disfuncţiilor psihosomatice cu predominarea mecanismelor periferice.

O funcţie energetică importantă este distribuirea fizologică a energiei Shen între diferite regiuni: exterior-interior (prin traiectul extern şi intern al meridianelor distincte, prin punctele Shu posterioare şi punctele de mobilizare ale meridianului Vezica; sus şi jos (prin intermediul celor trei segmente ale meridianelor distincte); stânga-dreapta (prin intermediul a două ramuri, dreapta şi stânga, ale meridianului distinct.)

În caz de invadare a meridianelor principale cu energie patogenă se manifestă funcţia de tampon a meridianelor distincte. Energia patogenă este deviată temporar în meridianele distincte, în aşa fel împiedicând apariţia tulburărilor energetice în meridianele principale şi organele corespunzătoare Zang şi Fu.



ADITIVII ALIMENTARI ŞI MODUL LOR DE UTILIZARE

Chimist principal Aurelia Tecuşanu, Vișeu de Sus

ALIMENTUL reprezintă aceea substaţă din natură care, în urma ingerării, suferă în organism, transformări necesare menţinerii vieţii şi formării ţesuturilor. Pentru că acestea să corespundă scopului nutritiv, este necesară transformarea lor în substanţe solubile, capabile de a fi absorbite de sânge.

Produsele destinate consumului alimentar trebuie să îndeplinească anumite condiţii stabilite prin legi şi norme specifice, fapt pentru care controlul chimico-sanitar al alimentelor şi băuturilor este obligatoriu nu numai pentru produsele alimentare, dar se impune şi proceselor tehnologice de fabricaţie. Controlul are ca obiect, descoperirea şi scoaterea din consum a alimentelor alterate, a celor care nu corespund normelor în vigoare, care conţin substanţe străine, toxice sănătăţii.

Ca urmare a creşterii numerice a populaţiei globului, precum şi a dezvoltării societăţii de consum, industria alimentară se confruntă cu:

- cerere de cantităţi şi varietăţi tot mai mari de produse alimentare
- folosirea de noi procese, moderne, de fabricaţie
- dezvoltarea tehnologiilor noi de procesare a produselor alimentare
- necesitatea conservării pe termen lung a alimentelor
- apariţia fenomenelor de globalizare şi în domeniul industriei alimentare, prin extinderea firmelor de producţie şi comercializare a acestora în aproape toate continentele.

Producerea de alimente în cantităţi din ce în ce mai mari, a impus folosirea aditivilor alimentari, în scopul satisfacerii cerinţelor de diversitate şi calitate, impuse de consumatori.

Aditivii alimentari au un rol important în fabricarea pe cale industrială a produselor alimentare. În prezent s-a ajuns la situaţia în care produsele alimentare care nu conţin aditivi sunt foarte puţine.

Aditivii alimentari sunt substanţe naturale sau chimice adăugate în alimente în cursul procesului tehnologic, cu scopul de a le spori proprietăţile organoleptice şi a le prelungi termenul de valabilitate.

Aditivii alimentari sunt marcaţi pe ambalajele produselor alimentare cu litera "E", însemnând faptul că sunt aprobaţi pentru folosinţă în Europa, după ce au fost testaţi minim 6 ani.

Toţi aditivii permişi în Uniunea Europeană trebuie să îndeplinească anumite cerinţe de puritate şi să respecte anumite specificaţii, acestea fiind obligatoriu a se încadra în prevederile Regulamentului UE 231/2012 şi ale Regulamentului CE 1333/2008.

Utilizarea aditivilor alimentari au drept scop:

- conservarea calităţilor nutritive ale produselor alimentare,
- să asigure obţinerea produselor alimentare destinate grupelor de consumatori cu necesităţi nutriţionale speciale,
- să prelungească perioada de conservare, să îmbunătăţească stabilitatea unui aliment sau să-i îmbunătăţească proprietăţile organoleptice, fără a altera natura sau calitatea alimentului,
- să faciliteze fabricarea, prelucrarea, prepararea, ambalarea, transportul sau depozitarea alimentelor.

Aditivii nu trebuie să fie folosiţi pentru a masca efectele utilizării materiilor prime neconforme cu standardele în vigoare sau a condiţiilor neigienice de prelucrare.

Utilizarea aditivilor alimentari trebuie faăcută numai dacă aceştia aduc avantaje certe în beneficiul consumatorului.

Aditivii alimentari sunt obţinuţi din produse naturale, sau prin sinteză chimică. Indiferent de origea lor, obţinuţi din extracte naturale sau pe cale sintetică, ei sunt supuşi unor procedee de testare fizico-chimică şi bactereologică, asigurindu-se că nu pun în pericol sănătatea consumatorului, după care pot fi autorizaţi şi acceptaţi pe lista oficială a aditivilor alimentari.

Aditivii alimentari sunt clasificaţi în funcţie de rolul pe care-l au în alimentul adăugat, conform Regulamentului C.E/10.03.2008 şi aceştia sunt:

- ÎNDULCITORI (cu excepţia zahărului) sunt substanţele utilizate pentru conferirea gustului dulce produselor alimentare şi sunt:
  - îndulcitori naturali-nutritivi
  - îndulcitori artificiali
- COLORANŢII conferă sau restabilesc culoarea alimentelor procesate şi sunt:
  - coloranţi naturali
  - coloranţi identic naturali
  - coloranţi sintetici
- CONSARVANŢII sunt substanţele care prelungesc durata de stabilitate la depozitare a produselor alimentare prin protejarea acestora împotriva deteriorărilor cauzate de microorganisme sau privind dezvoltarea microorganismelor patogene, aceştia fiind:
  - conservant antimicrobial
  - agent antimicotic
  - sterilizant chimic
  - agenţi de dezinfecţie
  - agenţi de maturare a vinului
- ANTIOXIDANŢII sunt substanţe care prelungesc durata de stabilitate la depozitarea produselor alimentare, prin protejarea acestora împotriva oxidării şi care se manifestă prin rancezirea grăsimilor.
- SUBSTANŢELE SUPORT sunt substanţe folosite pentru a dizolva, dilua, dispersa sau a modifica fizic un aditiv alimentar, fără alterarea proprietăţilor chimice, în scopul de a uşura manipularea acestuia.
- ACIDIFIANŢII sunt substanţe care măresc aciditatea unui produs alimentar, dar au şi proprietăţi antioxidante şi de conservare.

- AGENȚII DE TAMPONARE sau corectori de aciditate sunt substanțe care modifică sau controlează aciditatea sau alcalinitatea unui produs alimentar.

- ANTISPUMANȚII previn sau reduc formarea spumei

- AGENȚII AGLOMERANȚI reduc tendința particolelor individuale dintr-un produs alimentar de a adera unul la altul

- EMULGATORII sunt substanțe care fac posibilă formarea sau menținerea unui amestec omogen de două sau mai multe faze nemiscibile, ca uleiul și apa.

- AGENȚII DE ÎNTĂRIRE mențin tari sau crocante țesuturile fructelor sau legumelor, sau interacționează ca agent gelatinizant pentru a produce sau întări un gel.

- POTENȚIATORII DE AROME intensifică gustul sau mirosul existent al unui produs.

- AGENȚII GELATINIZANȚI dau textură unui produs alimentar prin formarea unui gel.

- AGENȚII DE UMECTARE împiedică uscarea produselor.

- AGENȚII DE AFÂNARE sunt substanțele care în timpul tratamentului termic eliberează gaze, mărind volumul alimentului și sunt: agenți de dospire, de aglutinare și de întărire.

- STABILIZATORII sunt substanțele care adăugate la un produs alimentar, fac posibilă menținerea stării fizico-chimice a acestuia și anume: agenți de întărire, agenți de menținere a culorii sau agenți de stabilizare a spumei. Agenții de îngroșare cresc vâscozitatea produsului alimentar.

Toate produsele alimentare procesate și puse în consumul populației trebuie etichetate.

Etichetarea este OBLIGATORIE pentru toate produsele care au în compoziție aditivi, acest lucru constituind o bună informare a utilizatorilor și a consumatorilor. Principiul de bază care se folosește în etichetarea aditivilor este acela că informarea consumatorului trebuie să fie adecvată astfel încât consumatorul să aleagă în cunoștința de cauză, privind compoziția alimentului, iar sănătatea populației să fie protejată și produsul să poată fi folosit fără riscuri (fără reacții adverse).

La noi în țară toți aditivii sunt autorizați de Ministerul Sănătății conform O.M.S. 975/98. De asemenea, potrivit Art. 2 din Normele igienico-sanitare din 12 decembrie 1998, orice produs alimentar fabricat pentru consum uman sau dat în consum uman, trebuie să respecte cerințele acestor norme.

Pentru fiecare aditiv alimentar propus pentru folosință, este necesară obținerea Avizului Sanitar, din partea Ministerului Sănătății. În cazul amestecurilor de aditivi importați, care au diferite denumiri comerciale, vor fi avizate sanitar pentru a verifica dacă compoziția și doza de utilizare sunt corespunzătoare. Avizul sanitar pentru aditivii alimentari folosiți în România este valabil timp de 3 ani de la data emiterii. În cadrul perioadei de 3 ani avizul sanitar poate fi retras, dacă se constată că este folosit necorespunzător sau dacă aditivul avizat are efecte necorespunzătoare asupra sănătății sau a mediului înconjurător, necunoscute la data emiterii avizului.

LOCURI DE MUNCĂ SĂNĂTOASE PRIN MANAGEMENTUL SUBSTANȚELOR PERICULOASE

Ing. Traian Rad Tăut, Ing. Marian Novosivschei, Baia Mare

Moto:

Filosofii s-au întrebat
Cine a fost primul Oul ori găina
Istoricul s-a intrebat
Roata sau chimia a fost prima

Istoria ne raspunde:

Chimia a fost prima, atunci a descoperit otrăvurile, precum și medicamentele naturiste.

Alchimiști n-au gasit piatra filosofala. Dar au gasit multe subsanțe chimice fositoare omului. Industria chimica moderna a descoperit foarte multe substanțe chimice atât folositoare cât și dăunatoare ființei umane.

A apărut industria de medicamente, în încercari de a ajuta omul!

De ce este important subiectul?

În lupta continuă de a obține materii prime și materiale cu caracteristici specifice cât mai înalte sunt introduse pe piață substanțe periculoase.

În prima fază este greu de apreciat de cine și în ce scop va fi folosit.Asftel atât în prima fază, cât și în alte faze ulterioare pot aparea efecte adverse periculoase.

Aproape toate produsele necesare industriei cât și produsele de larg consum au în componența lor substante periculoase.

Expunerea la substanțe periculoase este de multe ori plătită foarte scump.

Ce este o substanță periculoasă?

O substanță periculoasă este un preparat sau orice sustanță care, datorită proprietăților fizico-chimice, chimice sau toxicologice și modului de folosire sau prezența la locul de muncă, prezintă un risc pentru securitatea și sănătatea lucrătorilror.

Substanțele periculoase includ agenți chimici, biologici (bacterii, viruși, ciuperci, paraziți, etc), deasemenea substanțele periculoase includ și substanțe fabricate, derivate (gaze de sudură, gaze de eșapament), precum și materii prime (rumeguș de lemn, făină de grâu, secară, alte resturi organice din diverse materii prime).

ECHA este forța motrice între autoritățile de reglementare pentru punerea în aplicare a legislației de pionierat a UE privind produsele chimice, în beneficiul sănătății umane și a mediului, precum și al inovației și competitivității.

Unde regăsim substanţele periculoase?

Substanţele periculoase le regăsim la orice loc de muncă, chiar şi acasă la noi: fabrici, curaţătorii, şcoli, locuinţe, ateliere, magazine, mine , ferme, laboratoare, saloane de înfrumuseţare, untăţi sanitare, curaţătorii, şcoli, locuinţe, etc.

Substanţele chimice periculoase se prezintă în forma celor 3 stări de agregare: solidă, lichidă, gazoasă.

Pătrunderea substanţelor periculoase în organism se face prin: inhalare, contactul cu pielea sau cu mucoasele, ingestia.

Clasificarea efectelor asupra sănătăţii

În funcţie de locul în care se manifestă efectul:

- efect local: se manifestă la locul contactului cu agentul chimic;
- efect sistemic: se manifestă în alte zone ale organismului, la distanţă faţă de punctul de contact cu agentul chimic;

În funcţie de durata de expunere:

- efect acut: apare după o expunere de scurtă durată, în general manifestarea este imediată
- efect cronic: apare după o expunere de durată/ repetată, se poate manifesta după perioade de timp îndelungate de la expunere

În funcţie de evoluţia în timp a efectelor:

- efect reversibil: manifestările asupra stării de sănătate încetează după încetarea expunerii, pe cale naturală sau ca urmare a unui tratament;
- efect ireversibil: manifestările asupra stării de sănătate persistă şi după încetarea expunerii, indiferent de tratament. Toxicitatea este generală, dacă efectul agenţilor chimici se manifestă nediferenţiat asupra organelor. Atunci când toxicitatea se manifestă asupra unui număr restrâns de organe acestea se numesc organe ţintă. Organele ţintă sunt organele asupra cărora efectul toxic al unei substanţe se manifestă cel mai pregnant. Există trei căi de pătrundere a agenţilor chimici în organism: inhalare, contact cu pielea, ingestie.

Inhalarea constă în pătrunderea în organism prin inspirarea substanţelor sub formă de:

- gaze;
- vapori;
- pulberi.

Contactul cu pielea şi mucoasele, constă în absorbţia în organism prin contactul cu:

- substanţe;
- materiale;
- echipamente de protecţie impregnate.

Ingestia este o cale de pătrundere în organism întâlnită mai ales în cazul:

- accidentelor (o substanţă este confundată cu un aliment (ex.zahăr, sare); - nerespectării normelor de lucru (ex. pipetare cu gura, identificarea substanţelor prin degustare);
- nerespectării normelor de igienă (mâncatul şi fumatul cu mâinile nespălate).

Efectele substanţelor periculoase asupra sănătăţii lucrătorilor

Agenţii chimici periculoşi pot provoca unul sau mai multe din următoarele efecte: intoxicaţii, arsuri chimice, incendii, alergii, iritaţii, leziuni mecanice (explozii), cancer, mutaţii genetice.

Problemele de sănătate care pot fi provocate de lucrul cu substanţele periculoase variază de la iritaţii minore ale ochilor şi ale pielii până la efecte grave, precum malformaţii congenitale şi cancer. Efectele pot fi acute sau pe termen lung, iar unele substanţe pot avea un efect cumulativ.

În prezent, unele substanţe extrem de periculoase — precum azbestul sau bifenilii policloruraţi (PCB) — sunt interzise sau se află sub supraveghere strictă. Cu toate acestea, alte substanţe potenţial dăunătoare sunt utilizate în continuare la scară largă şi, în consecinţă, există legislaţie aplicabilă care asigură faptul că riscurile asociate cu acestea sunt gestionate în mod corespunzător.

Modelul cercetării folosite

Obiectul cercetării este acela de a observa cum se respectă prevederile ECHA legate de substanţele periculoase în judeţul Maramureş am selectat câte două societăţi comerciale din urmatoarele trei domenii:

- Saloane de înfrumuseţare nr. angajaţi între 2 şi 9
- Industrie uşoară nr. angajaţi între 1 şi 49
- Service auto (vopsitorii) nr. angajaţi între 1 şi 49

În conformitate cu legislaţia muncii, angajatorul are obligaţia de a efectua evaluarea riscurilor şi de a se asigura că lucrătorii sunt protejaţi şi că li se oferă informaţii, orientări şi instruire cu privire la utilizarea în condiţii de siguranţă a substanţelor periculoase la locul de muncă, pe baza informaţiilor desprinse de pe etichete şi din fişele cu date de securitate. De asemenea, angajatorul are dreptul de a solicita furnizorului informaţii suplimentare.

În acest sens au fost întocmite chestionarea căror întrebări se referă la:

- Existenţa unei evaluări de risc
- Eliminarea sau înlocuirea substanţelor periculoase utilizate la locul de muncă
- Ierarhia măsurilor de prevenire
- Periodicitatea examenelor medicale.

Instrumentele de lucru le reprezintă chestionarele care au fost concepute atât pentru angajator, pentru angajaţi cât şi pentru conducătorilor locurilor lor de muncă, acolo unde este cazul.

Chestionarele au fost aplicate individual,fiind solicitată participarea voluntară şi cu consimţământul informat al subiecţilor.Chestionarele sunt anonime, nepersonalizate ceea ce face ca răspunsurile date să coincidă cu realitatea şi să aibă la bază principiul realităţii.

Rezultate

Analiza răspunsurilor la chestionarele aplicate conducătorilor locurilor de muncă şi lucrătorilor din cele trei societăţi din judeţul Maramureş ne oferă posibilitatea comentării unor concepţii referitoare la utilizarea substanţeţor periculoase.

La saloanele de înfrumuseţare

Acestea nu deţin o evaluare a riscurilor chimice deoarece consideră că acestea fiind cosmetice au aprobarea diferitelor institute de profil, cum că nu ar fi dăunătoare, precum că nu au inscripţionate pe ele pictogramele prevăzute de REACH.

Anumite lacuri fixative sau de unghii au în componenţa lor compuşi organici volatili, respectiv formaldehidă. Această substanţă poate provoca, de asemenea, reacţii alergice, cum ar fi erupţii cutanate, gâtul inflamat si iritaţiii ale ochilor.

Alte substanţe folosite la saloanele de înfrumuseţare sunt parafina, oleinele, uleiurile aromatice.

Dacă nu dăunează clienţilor ele dăunează personalului care lucrează în respectivele saloane mai ales dacă ele au un volum mic al încăperilor unde lucrează.

La riscurile de expunere la substanţe periculoase deoarece folosesc în mod frecvent acetona.

Industria de cosmetice încă nu este interesată de înlocuirea acestor produse cu altele care nu conţin compuşi organici volatili.

În ultimii 5 ani a fost semnalată o singură boală profesională în acest domeniu.

În judeţul Maramureş ca industrie uşoară acum este preponderentă cea de confecţii feţe de încălţăminte.

În cadrul acestor societăţi am regasit evaluarea riscurilor datorate substanţelor periculoase. Unii adezivi pe bază de COV-uri au fost înlocuiţi cu alţi adezivi tot pe bază de COV-uri dar mai puţin periculoşi decât cei dinainte respectîndu-se Regulile Tehnice pentru Substanţe Periculoase – Substituire 600/2008.

La atelierele de reparaţii auto locul preponderent unde găsim substanţe periculoase sunt vopsitoriile auto. În aceste societăţi regăsim chituri, grunduri şi vopsele pe bază de COV-uri. Dacă la vopsele s-a executat substituirea cu vopsele pe bază de apă, respectându-se Regulile Tehnice pentru Substanţe Periculoase – Substituire 600/2008, acolo unde condiţiile tehnice au permis, la secţiunea chituri încă nu s-a reuşit această substituire.

Concluzii

Deoarecece influenţa substantelor periculoase asupra corpului uman încă nu este suficient cunoscută se propune ca verificarea periodică a stării de sănătate să fie efectuată mai des.

Substituirea substanţelor periculoase cu alte substanţe mai puţin periculoase atrage cheltuieli suplimentare, ceea ce face ca introducerea noilor tehnologii să se facă mai greu.

Saloanele de înfrumuseţare ar trebui să aibe volume mai generoase şi mai bine aerate pentru a putea evacua mai bine aerosolii de la COV-uri.

La primele apariţii de simptoame deosebite se vor analiza cauzele apariţiei şi se vor actualiza evalurile de risc la substanţe periculoase.

La locurile de muncă din industria de fabricare a feţelor de încăltăminte halele trebuiesc bine aerate pentru a scădea concentraţia vaporilor emise de COV-uri.

Este necesară efectuarea de proceduri noi de acordare a primului ajutor şi de intervenţie în situaţii critice.

Bibliografie

1. REACH 08.06.2016
2. Campania EU – OSHA 2008-2011 Evaluarea riscurilor
3. Campania EU – OSHA Împreună pentru evaluarea riscurilor
4. Campania EU – OSHA 2018-2019 Locuri de muncă sănătoase prin managementul substanţelor periculoase
5. Strategia Europa 2014-2020.

QUO VADIS?

Dr. Sabin Nemeș-Bota, Baia Mare

GENERAŢIILE sunt cel mai adesea definite dintr-o perspectivă sociologică şi nu una biologică: tradiţionaliştii sunt cei născuţi între 1901 şi 1945, contemporani cu marea criză, cele două războaie mondiale, radioul şi telefonul, le place să se simtă doriţi şi utili, au tendinţe conservatoare, se bazează pe valorile familiei tradiţionale şi sunt gata să se sacrifice pentru binele comun.

Baby boomers sunt cei născuţi între 1946 şi 1964, epoca marilor asasinate Kennedy şi King, războiul rece, cursa spaţială, Vietnamul, drepturile civile şi ale femeilor, rock and roll, conservarea naturii, sunt individualişti, le place să experimenteze, sunt orientaţi spre cauzele sociale, nu au încredere în guverne.

Generaţia X sunt cei născuţi între 1965 şi 1980, sfârşitul războiului din Vietnam şi al războiului rece, Watergate şi demisia lui Nixon, zorii PC-ului, ritmurile grunge şi hip-hop, explozia divorţurilor, căderea zidului Berlinului... Aceştia caută siguranţă emoţională dar sunt independenţi, orientaţi şi refuză autoritatea.

Milenialii sau Generaţia Y sunt cei născuţi între 1981 şi 1994, pionierii evului digital, lipsiţi de atenţie dar conştienţi de interesele lor, mult mai toleranţi din perspectivă rasială şi culturală, căutând rezultate şi recompensă imediată.

Generaţia Z sunt indivizii născuţi între 1995 şi 2009, mai numeroşi decât baby boomers sau milenialii-generaţia Y. Sunt nativi în mediul digital, născuţi în evul internetului , extrem de motivaţi, independenţi şi îşi protejează cu cerbicie intimitatea. Generaţia Z combină instinctiv lumile fizică/reală şi cea digitală deoarece nu văd nicio diferenţă între cele două, au mereu în vedere puterea grupului, încearcă să îşi rezolve singuri problemele şi pleacă de la premiza că oricine poate fi expert la orice. Le e teamă de ratare şi sunt dependenţi de social media. Dau tonul la orice şi sunt competitivi dar atenţia lor este limitată la maximum 8 secunde. După ei există doar învingători şi învinşi iar participarea nu înseamnă nimic. Nu au răbdare şi totul trebuie să fie cât mai rapid... Indiferent că suntem sau nu pregătiţi să lucrăm lângă ei sau chiar cu ei, aceştia

sunt aici şi încep să îşi clameze şi şă îşi ia, chiar şi cu forţa, drepturile pe care sunt convinşi că le au... căci despre meritocraţie nici nu poate fi vorba.

Vor urma câteva informaţii, de altfel absolut inutile în practica medicală de la noi, pentru motive simple: medicul român nu răspunde pentru cheltuielile pe care le induce, teama şi isteria sunt infinit mai mari decât orgoliul profesional şi cea mai bună apărare este atacul. La o evaluare ceva mai riguroasă, nivelul mediu de pregătire profesională pentru majoritatea specialităţilor, inclusiv pentru radiologie/imagistică, este tot mai jos situat, fără a mai menţiona faptul că radiologie convenţională aproape nu se mai cunoaşte deci nu se mai practică decât un surogat penibil, brodat pe amintiri despre anatomia şi patologia învăţate în urmă cu mulţi ani.

În prezent, examinarea CT corp întreg este un fel de standard abuziv recomandat în politraume, contrar adeseori recomandărilor ghidurilor de specialitate în vigoare dar... avem o meserie liberală, mai ales pe eforturile, nervii şi riscurile altora, deoarece e mult mai uşor decât să gândim singuri. Contrar potenţialului pe care l-ar avea, teoretic, în scurtarea timpului scurs până la stabilirea diagnosticului corect, intervenţia chirurgicală salvatoare sau instituirea tratamentului salvator, cu creşterea şanselor de supravieţuire etc, tehnica de examinare presupune timpi de achiziţie lungi, timp pentru prelucrarea secundară a imaginilor şi mai ales timp lung de interpretare a unui număr de sute sau chiar peste 1000 de imagini, urmat de redactarea rezultatului... graba, crescând semnificativ şansele de a rata leziuni sau diagnostice ameninţătoare de viaţă. În ţări unde acestă profesie chiar contează şi se bucură de respectul cuvenit, se are în vedere o a doua evaluare a achiziţiilor pentru a reduce riscul de eroare prin omisiune a unor leziuni semnificative pentru viitorul pacientului şi chiar pentru costurile pe care managementul medical al acestuia le implică. O altă modalitate de ameliorare a detecţiei leziunilor traumatice ar putea consta în identificarea unor markeri radiologici/imagistici şi clinici asociaţi leziunilor traumatice trecute cu vederea. Pentru a testa ideea, în Franţa a fost condus un studiu desfăşurat în 26 de spitale pe durata a 5 ani, cuprinzând 2300 de examinari whole-body CT la care, un al doilea radiolog a efectuat o reevaluare independentă după 12-24 ore. Concluzia: pe lângă cele aproape 6000 de leziuni diagnosticate la examinarea de urgenţă, evaluarea a doua a pus în evidenţă, pe 304 examinări, alte 530 de leziuni nedetectate iniţial, adică 8.8 %, ceea ce a dus la schimbarea atitudinii terapeutice pentru 38 de pacienţi.

Cei ce au condus cercetarea au identificat 3 factori corelaţi cu o creştere statistic semnificativă a riscului omisiunii diagnostice: leziuni în mai mult de 2 localizări, status clinic iniţial sever şi vârsta mai mare de 30 de ani, aceasta din urmă conducând la omisiuni diagnostice de 3 ori mai numeroase.

Pe de altă parte, dacă se pleacă de la premiza evitării iradierii fără beneficiu diagostic net pentru pacient dar şi de la evitarea costurilor inutile, consultul clinic corect şi complet reduce cu o treime numărul examinărilor whole-body CT solicitate în politraume, arată un alt studiu efectuat în SUA pe 11.000 de pacienţi, cu ale cărui rezultate însă, 38% dintre clinicienii cu vârsta sub 45 de ani nu sunt de acord.

Cercetători din SUA şi Europa au identificat un test de sânge care, afirmă ei, a evidenţiat în mod corect 99.6% dintre pacienţii care nu au prezentat leziuni traumatice intracraniene la examenul CT, studiul incluzând aproape 2000 de adulţi care s-au prezentat la serviciile de urgenţă pentru TCC cu contuzii cerebrale minore, adica GCS 14-15, fără semne neurologice de focar. Utilizarea noului biomarker în serviciile de urgenţă, afirmă aceştia, ar putea reduce cu cel puţin 1/3 numărul pacienţilor cu TCC cărora li se solicită CT craniocerebral, cu beneficii financiare semnificative şi diminuarea iradierii nemotivată medical, rata rezultatelor fals negative fiind infimă.

În prezent, în practica medicală autohtonă, în situaţiile menţionate, teama depăşeşte până şi bruma de bun simţ profesional, acolo unde acesta mai există şi orice TCC este trimis pentru CT chiar dacă se ştie de la început că examinarea va fi normală, chiar dacă se ştie că iradierea va fi inutilă, chiar dacă se ştie că sunt spoliate resursele şi aşa limitate ale spitalului. Oare aceşti pacienţi chiar ar putea fi triaţi şi în alt mod, care să ofere inclusiv "acoperirea" atât de dorită de clinician?

Au existat şi înainte studii care au demonstrat potenţialul unui biomarker cerebral prezent în sânge în cazul contuziilor cerebrale dar abia în februarie 2018, FDA (căutaţi pe wiki) a permis teste clinice Banyan BTI pentru evidenţierea GFAP, o proteină acidică fibrilară glială şi a UCH-L1, ubiquitin C-terminal hydrolazei L1, două proteine ce apar rapid în sânge după contuziile cerebrale. Cercetătorii au condus un studiu prospectiv pe 1959 de adulţi cu vârsta de peste 18 ani care s-au prezentat cu contuzii cerebrale în cele 22 de servicii de urgenţă monitorizate între decembrie 2012 şi martie 2014 (comparativ cu cifrele estimate doar pentru urgenţa SJU, valorile nu suferă comparaţie, noi stăm mult mai bine). Cei incluşi în studiu aveau la prezentare un GCS cuprins între 9-15 iar 98 % dintre ei cu scoruri de 14-15. Toţi au beneficiat de CT cranio-cerebral şi tuturor li s-au recoltat probe de sânge în primele 12 ore de la momentul traumatic.

În mare, rezultatele CT au evidenţiat leziuni intracraniane la 128 pacienţi (6%), dintre care 8 (1%) au beneficiat de tratament neurochirurgical. 1288 (66%) au avut testele GFAP si UCH-L1 pozitive iar 671 (34%) au avut testele negative. Plecând de la simpla constatare că au existat de 10 ori mai multe teste de sânge pozitive decât rezultate CT pozitive, autorii au speculat că cele două proteine ar fi capabile să permită detectarea unor grade mult mai subtile de afectare traumatică cerebrală, dincolo de limitele imagistice CT. (dacă s-ar accepta examenul RM de urgenţă ar fi cu totul altceva)

De aici încolo, subiectul capătă evidente note mioritice, dovadă că, acolo unde e vorba de interes, distanţele nu mai contează. Au existat voci care au exprimat dubii serioase privitoare la valoarea acestor teste serologice: adaugă aceste teste valoare (ca rezultate şi costuri) biomarkerilor deja utilizaţi şi criteriilor decizionale existente?

Un radiolog "care a dorit să rămână anonim" a spus că oricum un CT scan cerebral este asociat cu o doză de iradiere de doar 1 mSv (în 30 de secunde cât durează achiziţia), pe când fondul natural de radiaţii are valoarea anuală de 2 mSv, efortul de realizare a examinării este mic iar costurile nu sunt semnificative aşa ca testele de sânge, după opinia sa, ar fi inutile, afirmaţii extrem de profunde, pline de bun simţ profesional.

Acelaşi radiolog care a dorit să rămână anonim a întrebat cât durează efectuarea testelor de sânge şi cât de mulţi bani pot fi economisiţi în acest fel? Câţi pacienţi sunt examinaţi şi la alte segmente anatomice?

Ce influenţă au comorbiditățile preexistente, cum ar fi scleroza multiplă?

Care este influenţa razelor de lună...? sau asta era din alt film...concluzionând că este extrem de sceptic cu privire la valoarea acestor teste în practica clinică.

Rămâne constatarea unanim acceptată de decidenții sistemici de pretutindeni că mai mult de 1/3 din totalul examinărilor CT cerebrale efectuate în urgenţă în lume sunt inutile, deşi, se pare că pe majoritatea imagiştilor acest lucru nu îi deranjează de fel.

În SUA, în 2009, peste 2.4 milioane de pacienţi s-au prezentat în departamentele de urgenţă pentru TCC iar principalul instrument de investigare a fost CT cerebral nativ. Mai mult, pe baza GCS, 75 % dintre aceste traumatisme au fost încadrate în contuzii minore şi nu ar fi trebuit să efectueze CT cerebral. Un studiu publicat în 2014 în JAMA Internal Medicine (vezi wiki) concluziona că CT cerebral ocupă poziția a 4-a în lista celor 5 investigaţii cu cea mai mică valoare în departamentele de urgenţă.

Iar întrebarea întrebărilor este (chiar şi după atâția ani): sunt legitime eforturile făcute pentru limitarea numărului de examinări CT în urgenţă, mari consumatoare de resurse şi nervi? Ţin minte cum, în urmă cu multă vreme, alţii, mult mai deştepţi decât noi, au rămas surprinşi când au constatat că sistemul implementat de ei pentru contenţionarea costurilor ajunsese să consume 45% din totalul resurselor şi s-au oprit, au concediat, au restructurat au inventat şi au inovat... şi au ajuns de unde au plecat deoarece problema era şi este de fapt alta şi are în centru aşa-zisul profesionist.

Nimic nou, asta ştiam! Aşteptăm paradigma salvatoare sau trecem la voodoo?

TOAMNA, INAMICUL REUMATISMULUI

Maria-Andreea Chindriș, Centrul de Sănătate Sana Nobilis, Baia Mare

BOLILE reumatice sunt boli inflamatorii acute sau cronice, dureroase ale oaselor, articulațiilor, dar uneori afectează și organele interne (inima, plamânii, rinichii). Putem sa le clasificăm în boli reumatice acute care sunt produse de infecţii (artrita, spondilita, poliartrita) şi boli reumatice degenerative care apar cu vârsta înaintată (degradarea progresivă a articulațiilor, cartilagiilor, oaselor, apariția ciocurilor osoase, artroza, coxartroza, gonardoza).

Toamna, durerile articulare se intensifică foarte mult, din cauza frigului şi a umezelii, din pricina variațiilor bruşte de temperatură şi a presiunii atmosferice ridicate, cei mai expuşi fiind suferinzii de reumatism şi cei cu afecţiuni artrozice.

În majoritatea cazurilor, reumatismul apare ca urmare a unei dereglari în sistemul imunitar. Cauzele nu sunt în totalitate cunoscute, dar factorii genetici şi unele infecţii pot avea un rol în dezvoltarea şi apariția reumatismului. Reumatismul apare atât la bătrâni, cât şi la copii, evoluând diferit de la o persoană la altă. Unele forme mai grave pot duce la blocarea articulațiilor, a organelor interne şi chiar la deces.

Infecţiile de dinţi netratate pot duce la migrarea germenului patogen în sânge şi poate ajunge la articulaţii unde se localizează şi produce durere şi inflamaţie. Streptococul beta hemolitic care se localizează în faringe, amigdale poate să ajungă în articulaţie şi să dea artrită. Infecţiile sunt în mare legătură cu sistemul imunitar.

Clasificarea bolilor reumatice

Reumatism articular:
- artrite (cauza inflamatorie şi infecţioasă): reumatism articular acut, lupus eritematos sistemic (LES), poliartrită reumatoidă(PR), spondilită anchilozantă (SA);
- artroze (caracter degenerativ): boala artrozică şi spondilozele;

Reumatism abarticular (nearticular, al elementelor din jurul articulației):
- tendinite, bursite, nevrite, miozite.

În exprimarea curentă, dar şi în limbajul medical, acest termen acoperă boli foarte diverse. Reumatismele pot fi împărţite în 6 grupe principale:
- reumatismele infecţioase care sunt cauzate de prezenţa unui germene în articulaţie: artrita gonococică sau artrita tuberculoasă, de exemplu.
- reumatismele inflamatorii se observă, în general, în cadrul bolilor de sistem ca reumatismul articular acut, poliartrita reumatoidă, spondilartropatia, artrita psoriazică, lupusul eritematos diseminat, pseudopoliartrita rizomeilică, sindromullui Schonlein-Henoch, angeitele.
- reumatismele microcristaline sunt cauzate de prezenţa cristalelor în articulaţie sau în tendoane: guta, condrocalcinoza articulară, boala calcificărilor tendinoase.
- reumatismele degenerative sunt provocate fie de degenerescenţa şi uzura unei articulaţii (artroza membrelor), fie a unor cauze mecanice (de exemplu un efort exagerat pentru a ridica o greutate, în caz de hernie discală), fie unei combinaţii a acestor factori (sindromul de îngustare a canalului carpian).
- atingerile inflamatorii periarticulare cele mai frecvente sunt tendinitele, bursitele şi periartritele.
- afecţiunile hematologice sau tumorale care se exprimă prin dureri ale aparatului locomotor sunt reprezentate, în principal, prin mielomul multiplu şi prin metastazele canceroase osoase.

Putem să prevenim reumatismul infecţios prin tratarea infecţiilor şi întărindu-ne sistemul imunitar. Putem preveni sau încetini evoluţia reumatismului degenerativ printr-o îngrijire specifică vârstei: consumul de calciu natural care nu se depune pe oase, magneziu sub formă de citrat care se opune depunerii calciului pe oase, vitamina D care favorizează absorbţia calciului la nivelul intestinului, bor organic care îmbunătăţeşte metabolismul Ca, Mg, P, vit D. Evitarea stresului excesiv, sedentarismului, obezităţii.

Terapia cu plante recomandă următoarele plante în ameliorarea şi încetinirea afecţiunilor reumatismale: Mesteacăn, Frasin, Salcie, Urzică, Soc, Ienupăr, Coada-calului. Toate acestea sunt antiinflamatoare, analgezice, diuretice, antimicrobiene.

În reumatismul degenerativ ne orientăm spre dietă. Calciu natural se află în coaja de ou, în coacăze, cătină-albă. Borul poate compensa efectele hormonilor estrogeni care scad la menopauză când apare osteoporoza. Zincul ajută la formarea proteinei osoase. Deficienţa duce la scăderea imunităţii şi instalarea reumatismului. Manganul e necesar pentru cartilagii. Ghimbirul conţine mangan. Siliciul pentru rezistenţa oaselor. Acidul hialuronic pentru flexibilitatea articulaţiei.

MOMENTE DIN GENEZA MEDICINII MEDICO-MILITARE, ÎN LUME!

DIALOG CU GENERAL Mr. (R) DOCTOR, ION P. DRĂGUŞIN (Consilier special în Ministerul Apărării Naţionale, Ministerul Sănătaţii, Asociaţia Naţională a Cadrelor Militare în Rezervă şi Retragere, Preşedintele Asociaţiei Medicilor şi Farmaciştilor Ofiţeri în Rezervă)

Dr. George M. Gheorghe, Bucureşti

MOTTO: ***Cele dintâi calităţi ale soldatului, sunt rezistenţa şi disciplina; vitejia vine în al doilea rând.*** **(NAPOLEON BONAPARTE, născut în anul 1769 la AJACCIO – CORSICA, împarat al FRANŢEI, 1804-1814 şi 1815; unul dintre cei mai străluciţi comandanţi militari din istoria omenirii; mort în anul 1821, pe insula SF. ELENA).**

PROLOG

Populaţia globului pamântesc numară peste 7,6 miliarde locuitori, prezenţi în 195 state, istoria devenirii lor inscriindu-se în milenii de lupte, pentru supravieţuire şi recunoştere naţională. Oamenii locului plătind greu tribut, în timpul vieţii, de bunuri materiale şi teritoriale. Pe scara timpului, omenirea s-a apărat, în funcţie de evoluţia sa, la inceput, adapostindu-se în peşteri şi grote. Apoi, in căutare de hrană dar şi de protecţie s-a folosit de pietre, bâte şi praştii. Era războiului preistoric bazându-se, atât pe metode de apărare, individuală şi colectivă, cât şi de atac, pentru asigurarea supravieţuirii şi perpetuării fiinţei umane. Odată cu evoluţia, depistarea şi domesticirea animalelor sălbatice (cai, bivoli, catâri, camile, elefanţi) şi descoperirea fierului, s-a schimbat şi tactica confruntării inter-umane, aceştia constituindu-se in grupuri organizate şi înarmate, specific timpului istoric (cu arcuri şi săgeţi, sulițe, catapulte, scărițe, săbii etc). Animalele, fiind folosite la călărie, tracţiunea carelor de luptă, transport. Baza constuind-o totusi, armata pedestră. O spune ISTORIA OMENIRII, o semnalează chiar şi cărţile religioase. şi insăşi BIBLIA, cartea sfântă a unei mari părţi din omenire, vorbeşte, după capitolul FACEREA (intâia carte a lui MOISE), respectiv cartea a doua a regilor, despre credinciosul şi viteazul rege DAVID (1013-973 î.H.), suveranul regatului ISRAEL, având capitala la IERUSALIM.

Acesta reuşind, cu mica-i armată, bine organizată, să-i biruie pe FILISTENI şi MOABITI. DAVID mai fiind bine cunoscut – din carţile de religie – şi prin vestiţii săi PSALMI (imn biblic cu acompaniament de harfă).

ISTORIA OMENIRII şi cunoscuţi istorici, precum englezul JONATHAN BLACK şi italianul VITTORE BRANKA, ne precizează că RAZBOIUL ANTIC în Europa şi Orientul Apropiat, SFÂRŞITUL ANTICHITĂŢII, echivalează cu anul 476, căderea ROMEI. În China, semnalează istoricul CHENG C., încheindu-se la finele secolului V şi începutul dinastiei TANG (anul 618). În India, aceeaşi perioadă marcând declinul imperiului GUPTA, iar în extern şi începutul cuceririlor islamice, până în secolul al VIII-lea. Cât priveşte Japonia, perioada respectivă finalizandu-se odată cu apariţia feudalismului (KAMAKURA, secolele XII-XIII).

În ceea ce priveşte compoziţia forţelor militare timpurii, cea mai mare parte a acestora era formată din ţărani, sprijiniţi de Societate şi instruiţi de cavaleri. Aşa putând vorbi şi de apariţia primelor armate organizate. Cavaleria dezvoltându-se în timp, la inceput sub forma calareţilor – arcaşi şi suliţaşi – iar mai târziu în "armura" care i-a consacrat. În acest context putându-i inscrie şi pe strămoşii noştri multi-milenari. Din anul 3500 i.H. şi până în 600 d.H., tehnicile de luptă şi dezvoltare a armatelor s-au derulat în concordanţă cu gradul de civilizaţie al popoarelor. Cu descoperirea fierului şi bronzului, prafului de pusca, naşterii artileriei şi a vaselor maritime de transport şi luptă, specifice fiecarei ţări, menţionate de istorie. Echipamentele militare realizând puternice armate şi imperii în trecut: NEO-ASIRIAN, ROMAN (cu vestitele-i legiuni), MACEDONEAN (cu celebrele-i falange), EGIPTEAN etc. Ei bine, în acest iureş războinic, de lupte sângeroase şi cuceriri teritoriale, pe lângă inevitabilii morţi, existau şi un număr mare de raniţi. De ultimii ocupându-se nelipsiţii TĂMĂDUITORI-DESCÂNTATORI şi VRACI. Aceştia îndeplinind uneori şi rolul de preoţi şi avântandu-se curajos pe câmpul de luptă. Încercând prin rugăciune la zei şi sprijinirea cărăuşilor de răniţi să oblojească apoi rănile celor în suferinţă. Uneori improvizând şi un fel de tărgi din crengi şi liane.De aceea ii putem socoti pe drept şi ca un fel de sanitari militari, unii dintre ei platind chiar cu viaţa omenescul lor gest … După această trecere în revistă a raportului istorio-genetic sanitar, vă rog d-le general cu respect, să preluaţi ştafeta dialogului …

– General Mr. (R) dr. ION P. DRĂGUŞIN: Cu multă placere! Aşadar, istoria ne precizează şi chiar ne punctează prin anticul său parinte grec HERODOT (480-425 î.H.) că, lupta dintre greci şi "barbari", a fost lungă şi dură, folosindu-se mijloacele şi tehnicile timpului – săbii, arcuri cu sageţi, sulițe, care de luptă tractate de animale mari, predominând caii … În ceea ce mă priveşte, atât din scrierile HOMERIENE cât şi din cele ale istoricilor M. GUIDETTI (Italia), LOUIS HALPHEN (Franţa), OVIDIU DRÂMBĂ (România), am mai desprins şi faptul că, in marile confruntări interpopoare, tehnicile şi tehnologiile s-au imbunatăţit constant şi legat de epocă. Pornind, de la luptele corp la corp, cu materiale-armă specifice timpului, respectiv săbii, topoare, arcuri cu săgeţi şi sulițe, care de luptă, catapulte şi până la distrugerile cu foc, a celor asediaţi. Pierderile fiind la fel de mari şi în rândul animalelor de tracţiune în lupte, călărie şi transport.

Şi aşa cum aţi afirmat şi dvs., în toiul luptelor – cu morţi şi raniţi de ambele părti – au existat şi inimoşii tămăduitori şi salvatori chiar cu riscul propriei vieţi, cum au fost cei din războaiele antice. Socotindu-i într-un fel şi primii sanitari militari ai timpului. Reîntâlnindu-i sub varii denumiri în istoria altor popoare antice (SUMER, MECEDONIA, GRECIA, EGIPT, ROMA). Confirmaţi şi în scrierile unor cunoscuţi arheologi şi scriitori: americanul SAMUEL NOAH KRAMER cu celebra-i realizare, ISTORIA INCEPE LA SUMER; ruşii L. LIPIN şi A. BELOV, în CARTILE DE LUT; I. D. AMUSIN, autorul volumului MANUSCRISELE

DE LA MAREA MOARTA; englezo-americanii ALEXANDER HELLEMANS şi BRYAN BUNCH, cu excelenta lor realizare ISTORIA DESCOPERIRILOR ŞTIINŢIFICE. Iar un alt interesant "amănunt", este acela că, dintre animalele folosite în luptă (la tracţiune sau la cavalerie), caii, bivolii şi elefanţii au fost cei mai solicitaţi. Animale cunoscute de mii de ani şi cred că, în ceea ce privesc caii, simbolic ţinând seama de jertfa lor, s-ar impune măcar un mic însemn.

Revenind la ROMANI, vechi popor antic, se ştie că, în perioada lor de glorie, puteau mobiliza cateva milioane de oameni, bine organizaţi în cele mai mici amanunte, disciplinaţi şi având spiritul de sacrificiu dezvoltat. Dovedindu-se la fel de tehnicizaţi şi în domeniul medicinii civile, dar mai ales militare. Columna lui Traian fiind şi un punct de reper, în geneza medicinii militare …

– Romanii, vechi popor antic, dispunând de o armată bine organizată, puternică şi numeroasă, cu tactică şi o tehnică de lupta deosebite, în care disciplina şi spiritul de sacrificiu constituiau principii de bază, au arătat că şi în domeniul medicinii cu profil militar erau bine informaţi şi antrenaţi, putandu-i socoti pe drept ca excelente tipare…

– General Mr. (R) dr. ION P. DRĂGUŞIN: Bineinţeles că DA, ei având o bună organizare, au dezvoltat concomitent şi o medicină civilă – cu ajutorul grecilor romanizaţi – dar şi militară, instructori fiindu-le aceştia din urmă …

De altfel este bine cunoscut că, odată cu trupele romane prezente în DACIA, cu ocazia confruntarilor dintre anii 87-89 d.H. cu DOMITIAN, 101-102 d.H. şi 105-106 d.H. cu TRAIAN, în urma ultimului razboi daco-roman, DACIA, condusa de DECEBAL (87-106 d.H.) a fost cucerita şi transformata în provincie romană.

Si mai este stiut ca, o data cu trupele romane prezente în Dacia, au sosit aici şi medicii militari ai legiunilor romane respective. Dintre aceştia – aşa cum îi semnalează şi marele istoric medical român prof. dr. VALERIU BOLOGA – amintindu-i pe: MARCUS VALERIUS LONGINUS, medicul legiunii a VII-a CLAUDIA, distins cu înalte onoruri de municipiul DROBETA (TURNU SEVERIN); AELIUS DECIMUS, sosit cu legiunea I-a CRITON, medicul şef al trupelor romane şi medicul personal al lui TRAIAN. Şi ceva mai mult, odată armata romană existentă în spaţiul dacic, au fost prezenţi aici şi alţi medici (oarecum rezervişti concentraţi) care, adaptându-se condiţiilor locale, au devenit practicieni pentru populaţia locală, precum TITUS BASCANIUS. De altfel, acest fapt ca şi altele sunt atestate prin descoperirea unor instrumente medicale chirurgicale la APULUM (ALBA IULIA), POTAISSA (TURDA), DROBETA (TURNU SEVERIN) etc.

Ca şi stampilele medicale ce au aparţinut unor foşti medici militari romani, incetăţeniţi pe aceste meleaguri, prin căsătorie cu femei dacice … Respectiv la APULUM (ALBA IULIA) şi la CIACHI-GÂRBOV, pe SOMES. Prima aparţinând medicului oculist TITUS ATTIUS, iar a doua medicului PUBLIUS CORCOLONIUS.

Dar cu toată invazia straină pe teritoriul dacic, enumerându-i aici şi pe temporarii migratori, dupa anul 271 (goţii, hunii, vandalii, gepizii, avarii), urmele lor trecătoare au disparut odata cu ei … Iar infuzia latină – în sensurile ei pozitive – a dominat în dezvoltarea populaţiei şi urmaşilor săi …

– Mi-aş permite stimate domnule General, ca, în acest context, cu aprobarea dvs. – şi ţinând seama de experienţa mea de reporter şi educator sanitar – să reamintesc despre bogăţia istorică a muzeelor din ţară. În care sunt prezente, pe lânga elementele materiale ce dovedesc vechimea noastră din totdeauna pe aceste meleaguri, cât şi existenţa muzeistică a unor vechi inscripţii latine pe obiecte antice, cu referire la viaţa medico-militară din Dobrogea. Ele aparţinând legiunilor a V-a MACEDONIA şi a XI-a CLAUDIA, pe teritoriul TOMISULUI (CONSTANTA). De asemenea, având în vedere şi colecţia de monede şi bronzuri de la „Muzeul Arheologic din Tg. Mures", ce reprezintă epoca de convieţuire daco-romană şi prin existenţa de truse medicale aparţinând unui medic militar roman ... Dovedindu-se incă o data, gradul ridicat al medicinii latine!

– General Mr. (R) dr. ION P. DRĂGUŞIN: Într-adevăr, sunt destule exemple muzeistico-istorice ce evidenţiază acest aspect, dar aş vrea să vorbesc şi despre medicul militar latin PEDANIUS DIOSCORIDE din ANAZARBE, secolul I d.H., ca autor al volumelor DE MATERIA MEDICA şi DE VENERATIS ANIMALIBUS. Prima, descriind peste 600 de plante, unele existente şi în Dacia, cu efecte sanogene, iar a doua, prezentând animalele otrăvitoare. Dar reamintesc în acest context, de un alt mare biolog şi medic militar latin, PLINIUS CEL BATRAN (23-79 d.H.), om de ştiinta şi comandantul flotei din MISENUM (aproape de NEAPOLE) în timpul lui TITUS. Autorul vestitei ISTORII NATURALE, concepută ca o ENCICLOPEDIE şi care a murit la datorie, în portul STABIAE, asfixiat de gazele VEZUVIULUI.

Să reţinem insă că şi alte popoare, din zone geografice diferite – în tradiţiile medicinii lor – vorbesc despre medici ce au servit mari conducatori şi armatele acestora, în statut de miliatri. Cum au fost de exemplu, chinezii ZBANG ZHONG (sec. II d.H.) şi HUANG FU MI, primul fiind autorul unor tratate vizând bolile febrile, al doilea initiatorul IGNIPUNCTURII (cauterizarea cu ajutorul unor beţişoare, cărora li se da foc, în zonele dureroase ale corpului). De asemenea, medicul militar indian CHARAKA din sec. I d.H. (şi al regelui KANISKA), totodată fiind şi şef peste toţi "vracii tamaduitori" ai trupelor regale. Iar vorbind, despre medicină şi medicii militari, aceasta a avut din totdeauna un anume specific şi statut, "tonul general" fiind dat ca medicina de urgenţă... Făcându-ne să ne reamintim, cu emoţie şi admiraţie şi de corturile sanitare de mai tarziu, cu insemnul Crucii Rosii, cu ocazia unor confruntări militare. De buna colaborare intre asistenţa medico-militara şi cea de Cruce Roşie, în acest aspect. şi despre care vom mai reveni (de acord cu dvs.) în dialogul nostru.

– De acord cu dvs. D-le General, fiindcă, în istoricul medicinii şi medicilor militari sunt şi alte aspecte interesante, ce merită a le aborda spre larga cunoaştere pentru cititori.

Astfel, din Istoria Universală a medicinii militare, aflăm că medicul militar ILARION MITREA (născut în anul 1842 la Răşinari, jud. Sibiu) şi licenţiat la Viena cu notă maximă, se angajează cu gradul de capitan medic în armata austro-ungară, după un stagiu de medic de garnizoana la POLA. MAXIMILIAN FERDINAND JOSEPH de HABSBURG, fratele impăratului austro-ungar FRANZ JOSEPH, îl trimite în MEXIC pentru a performa sanitaro-militar trupele sale ocupante. El distingându-se ca un bun organizator medico-militar, vizând realizarea unor mini-infirmerii, deservite de sanitari militari pregatiţi în acest sens. Totodată fiind şi un bun chirurg şi educator sanitar. Cazând însă intr-o ambuscadă a revoluţionarului mexican BENITO JUÁREZ (1806-1872), priceperea şi omenia sa il

salvează de necazuri şi este eliberat. Însă austro-ungarii, interpretează altfel situaţia şi îl scot din rândurile armatei. Dar priceputul român se reangajează, tot ca medic militar, în Indiile Olandeze, unde activează timp de 20 ani ca medic şef al Spitalului Militar din BATAVIA (DJAKARTA). De asemenea, se mai remarcă şi ca un iscusit botanist, strângând cu migală peste 3000 de exponate floricole din zonă, pe care le trimite în ţară, la Muzeul ANTIPA.

Un alt nume de medic militar şcolit la Viena şi făcând parte din armata austro-ungară la inceput de carieră, a fost AUREL ANKA (născut în anul 1877 în comuna SÂNTEJUDE, de lângă DEJ), reputat chirurg şi traumatolog, lucrarile sale didactice fiind şi azi bine cotate, apărute sub titlul „Fracturi prin impuşcare", citând experienţa razboiului franco-german (1870-1871). Reîntors în ţara de origine, o serveşte, işi publică întreaga experienţă medico-militară.

Iar ca o „picanterie publicistica", marchez cu emoţie şi câteva imagini dragi mie, de foşti medici militari, deveniţi pe parcursul vieţii poeţi şi scriitori de excepţie: germanul FRIEDERICH SHILLER (1759-1805), poet şi dramaturg; rusul AFANASIEVICI BULGAKOV (1891-1940), scriitor şi publicist; românul medic-general comandant de garnizoană SAŞA PANĂ (1902-1981), scriitor, poet, publicist şi memorialist.

Totuşi, în această retrospecţiune istorico-militaro-medicală, am în inimă şi minte, încă vii, exemplul şi imaginea nemuritoare a ctitorului medicinii româneşti moderne, generalul dr. CAROL DAVILA (1828-1884).

– General Mr. (R) dr. ION P. DRĂGUŞIN: Bineînţeles, vorbind despre geneza medicinii moderne romanesti, în general şi a celei militare în special, ne gândim cu emoţie şi respect de la bun început, la principalul său ctitor, generalul dr. CAROL DAVILA. Şi care, impreună cu medicul şi omul politic NICOLAE KRETZULESCU (1812-1900), au pus bazele invătământului medical modern românesc, realizând un excepţional plan de naştere şi afirmare multidimensională a medicinii naţionale. Un alt moment, tot la fel de important, reprezentând-ul semnarea la 21 august 1861, de către domnitorul ALEXANDRU IOAN CUZA (1820-1873), a decretului vizând infiinţarea CORPULUI SANITAR MILITAR. Reţinând că, cei mai buni absolvenţi medici de batalion ai ŞCOLII DAVILA, fiind trimişi bursieri în Franţa, la Paris. Dintre aceştia amintindu-i pe: NICOLAE MĂLDARESCU şi GEORGE STAVRESCU – profesorii medici militari de mai târziu. Oferind totodată vieţii medicale şi alte somiţăti în domeniu: ZAHARIA PETRESCU (1841-1901) – autorul primului tratat de terapeutică; CONSTANTIN ISTRATI (1850-1918 – fondatorul Şcolii romaneşti de chimie şi cercetător vizând bogaţiile solului românesc); SEVEREANU DIMITRESCU (1840-1930), autorul antisepsiei şi utilizării examenului radiologic în chirurgie etc. Şi din îndemnul lui DAVILA, se organizează primele Societăţi medicale şi reviste de specialitate. De asemenea, se introduce la Facultatea de Medicină din Bucureşti INTERNATUL şi EXTERNATUL. Dar, dintre contemporanii lui DAVILA mai trebuie amintite şi alte valoroase nume: GHEORGHE POLIZU (1819-1886), profesor de anatomie şi fiziologie; NICOLAE TURNESCU (1819-1890), chirurg de inaltă clasă; ALEXANDRU MARCOVICI (1835-1886) – clinician …

– În acest tablou genezic medico-militar, atât de complex, trebuie să reţinem – corespunzător datelor istorice de profil – că după instituirea Corpului Sanitar Militar şi întoarcerea de la Paris a medicilor de batalion şcoliţi, s-au pus în esenţă bazele invătământului, cât şi ale "Institutului Sanitar Militar" (1884-1934). Reactualizat de elevii lui DAVILA şi care a reprezentat o excelentă pepinieră de medici militari bine pregătiţi.

– General Mr. (R) dr. ION P. DRĂGUŞIN: Desigur, Institutul medico-militar, care pe parcursul anilor a mai avut şi alte denumiri, a constituit în timp un nesecat izvor de medici umani, veterinari şi farmacişti (iar la un moment dat a dispus şi de o "Şcoală superioară de felceri"). Şi care, ca o curiozitate, în anul scolar 1884-1885 a avut doar 6 elevi, printre care BUTZĂ IOAN, viitorul comandant al acestuia, iar între 1885-1886, 11 elevi, printre aceştia numărându-se şi ANTONIU ILIE (viitorul comandant al Spitalului Militar Central şi inspector general). Anul şcolar 1886-1887 debutând cu 7 elevi, între care POTÂRCĂ IACOB (cel care a ajuns apoi dr. chirurg şi inspector general sanitar). Anul 1889-1890 a avut un singur elev. Însă 1897 debutează cu o altă eră (mai bună), a Institutului medico-militar. Preciza regretatul general Mr. (R) dr. MIRCEA DIACONESCU, fost preşedinte al "Asociaţiei Medicilor şi Farmaciştilor Militari Ofiţeri în Rezervă" (A.M.F.O.R.). Şi, printre noutăţile în acest sens, se remarcă cele vizând construirea unei clădiri proprii, al cărui comandant va fi generalul dr. POPESCU ZORILEANU; elevii Institutului având uniforme militare speciale, masă şi cazare gratuite, program medico-militar. Primii trei ani erau dedicaţi formării lor specializate, în cardul unei compánii; cursurile le urmau la Facultatea de Medicină, iar serviciul de specialitate la Spitalul Militar Central. În anii ce au urmat, la Institutul Medico-miltar s-a intrat prin concurs, ca şi cel de la Facultatea de profil, precedat obligatoriu de probe sportive eliminatorii. Avansările se faceau în directă legatură cu anii de studiu şi cu rezultatele profesionale, deziderat valabil şi în zilele noastre. Practica se realiza la inceput numai în Spitalele Militare, iar mai târziu şi în cele civile.

De-a lungul timpului, Institutul prin elevii săi, a trecut prin varii situaţii, studenţii militari sanitari participând eroic şi în anii de război. Unii dintre ei căzând la datorie. În timp, chiar şi în denumirea sa, Institutul a suferit varii denumiri: Institutul medico-militar (1900), Institutul medico-militar general dr. CAROL DAVILA (1917) şi sanitar-militar (1920). Iar în 1930, comemorând, CENTENARUL naşterii lui DAVILA.

Anul 1945 vine cu desfiinţarea acestui edificiu de învăţamânt medico-militar, transformându-se intr-o "SECŢIE SANITARA", pe langa "Şcoala de ofiţeri de geniu", având un comandant nemedic. Apoi devine o "COMPANIE SANITARĂ", în structura SPITALULUI MILITAR CENTRAL. Între anii 1949-1958, avem o nouă organizare sanitară militară, prin infiinţarea INSTITUTULUI SANITAR MILITAR. Perioada pe care ştiu că şi dvs. aţi marcat-o ca student militar şi vă felicit sincer. Apoi, anul 1976 vine cu infiinţarea "Facultăţii de medicină militară", ce a rezistat eroic, până în anul 1987. Când se desfiinţează, ca urmare a "hotărârii" Cabinetului II al CC al PCR … perioadă de dureroasă amintire! Anul 1990, ne aduce însă şi satisfacţia reinfiinţării "INSTITUTULUI MEDICO-MILITAR", cu o secţie la Tg. Mures, cât şi a "CURSULUI de pregatire post-universitară medico-militar". Şi în care subsemnatul, am avut cinstea de a face parte din conducerea sa, o perioadă însemnată de timp.

– Dar, cu voia dvs., mai semnalez şi faptul că, în toţi aceşti ani de frământată geneză medico-militară naţională, s-a

născut în 1876 şi s-a dezvoltat, o puternică Societate a omeniei – CRUCEA ROŞIE ROMÂNĂ – şi la care, generalul dr. CAROL DAVILA, "patronul nostru spiritual", a avut un important rol organizatoric şi creativ, indeplinind funcţia de vicepreşedinte.

Printre importanţii susţinători şi membrii activi ai ACESTEIA numărându-se: NICOLAE KRETZULESCU (1812-1900, iniţiator al invăţământului medical), C. A. ROSETTI (1816-1885, om politic luptător pentru unirea principatelor, publicist), cât şi medicii militari ai timpului, ANDROCLE FOTINO şi IULIU AL. THEODOR. Preşedinte fiind ales în unanimitate DIMITRIE GHICA. Şi după infiinţarea şi consolidarea acestei Societăţi umanitare, ea a intrat în pâine chiar în timpul războiului turco-sârb, prin participarea unei ambulanţe cu însemnul Crucii Roşii, deservită de medici militari, studenţi medicinişti şi farmacişti, cât şi un număr de 8 sanitari.

De asemenea şi în timpul razboiului pentru independenţă din 1877-1878, prin spiritul lor de dăruire profesional-patriotică, îi amintesc pe medicii umani PANDELE GRIGORESCU, LEONTE ANASTASIEVICI şi medicul veterinar PASCAL ARIONESCU.

În ceea ce priveşte medicina medico-militară, atât în primul razboi mondial cât şi în al doilea, Corpul sanitar militar şi Crucea Roşie Română, au colaborat la salvarea de vieţi. Iar în acest context umanitar, în documentarea mea vizând cel de-al doilea razboi mondial, am descoperit cu emoţie prezenţa unui medic militar, aproape de liniile de foc din Răsărit (cât si alţi), acordând asistenţă medicală de urgenţă. Era doctorul EMIL REPCIUC, viitorul meu profesor dr. de anatomie-embriologie, din anii 1950-1952, personalitate de top a medicinii romaneşti. Şi pe care, peste ani şi ani, am avut onoarea de a-l avea colaborator permanent, la revista Sănătatea, unde activam ca medic publicist. Şi tot referitor la război – îndeosebi cel din perioada antihitleristă vizând şi luptele din jurul Capitalei (emoţionant relatate de regretatul colonel dr. istoriograf GHE. SANDA) se ştie că la aeroportul PIPERA un grup de medici militari (col. dr. BOERIU VALERIU, cpt. dr. SUFANĂ MARIUS, col. dr. I.RĂDULESCU şi lt. dr. D.PARASCHIVESCU) primeau răniţi la postul de prim-ajutor aflat în localul „Centrului Aeronautic", care după rezolvare, erau preluaţi de lt. dr. rezervist CIOC şi transportaţi la „Spitalul Asigurărilor Sociale" din Piaţa LAHOVARI. Emoţionant fiind şi gestul lt. dr. IOAN BULBUCĂ, chirurg, care a donat sânge, propriului rănit militar.

– General Mr. (R) dr. ION P. DRĂGUŞIN: Făcându-mă şi pe mine să îmi reamintesc, cu acelaşi respect şi de medicii eroi din primul război mondial căzuţi la datorie; dintre aceştia amintindu-i pe: general dr. ION VERCESCU (1840-1917, fost elev al lui DAVILA şi şef al Serviciului Sanitar al Armatei Române), Maior dr. CONSTANTIN POPESCU AZUGA (1866-1917), poet, filozof şi literat, Căpitan dr. NICOLAE LAPTEŞ (1875-1917), fost medic şef al Spitalului Militar de la Podul Iloaiei, Sublocotenenţii doctori MIHAI BUZENCHI, PETRE GĂDESCU, farmaciştiI militari VICTOR SERGIU TORJESCU (1866-1917), AURELIU TIPERIU (1876-1917) şi mulţi alţii, „fie-le ţărâna uşoară!". Dumnezeu să-i ierte! Emoţionant într-adevăr. Dar revin la laborioasa dvs. activitate, ca om de presă şi educator sanitar, în instituţia în care aţi lucrat zeci de ani şi cu care, noi medicii militari activi, am colaborat excelent. De asemenea, trebuie menţionat şi tradiţionala cooperare intre M.F.A. şi CRUCEA ROŞIE ROMÂNĂ, din conducerea Biroului Executiv al acestei Societăţi Naţionale făcând parte – prin tradiţie – încă înainte de Revoluţia din 1989 şi şefi din Direcţia Sanitară a Armatei, ba chiar şi de la Spitalul Militar Central. Cum au fost: general dr. ŞTEFAN NADEJDE, general dr. EUGEN MAREŞ, general dr. ALEX. AUGUSTIN etc. Iar în afară de aceste somităţi medico-militare, au mai existat şi alte cadre militare specializate, prezente activ în viaţa de CRUCE ROŞIE: general Lt. ing. IOAN GIOANĂ (şeful Apărării Civile), general de armată ION IONIŢĂ (care ştiu că, la un moment dat, a coordonat şi Revista Sănătatea). Iar, în primul an după Revoluţia din 1989, general Lt. prof. dr. IULIU ŞUTEU, execeptională personalitate a chirurgiei militare şi civile, a fost preşedinte al CRUCII ROŞII ROMÂNE. Şi să nu-l omitem pe întemeietorul chirurgiei cardio-vasculare moderne, militare şi civile, general de armată prof. dr. VASILE CÂNDEA.

– Aşa cum, în viaţa civilă medicală, am vorbit mult timp despre rolul organizatorilor de sănătate în dezvoltarea şi susţinerea teoretico-practică a Sanătăţii publice, tot aşa si-n medicina militară, există echivalenţi, principiile de bază fiind în esenţă asemănătoare. Am pornit de la acest considerent şi de pe poziţia subsemnatului – ca fost medic militar – iar în viaţa civilă, educator sanitar şi publicist în domeniu. De aceea, cu respect şi sincera admiraţie, regăsind în dvs. persoana cea mai potrivită, care a comandat "Spitale militare de campanie" în ţară şi peste hotare. Şi-n acest sens, m-aş opri la "Spitalul (românesc) Militar de Campanie nr. 50" în SOMALIA din anul 1993 ce a funcţionat într-o primă structură până în ianuarie 1994. Care, în condiţiile specifice geopolitice ale acestei zone, a asigurat asistenţa medicală trupelor UNOSOM şi unei părţi a populaţiei civile. Ţară despre care istorico-geografii ştiu că este situată în estul Africii, învecinându-se cu Etiopia, Kenia şi Oceanul Indian. Având un ţărm larg de circa 3000 km însoţit de recife coraliere şi dispunând de o populaţie de peste 8.000.000 locuitori. Capitala ţării fiind MOGADISHU, cu 1.200.000 locuitori.

– General Mr. (R) dr. ION P. DRĂGUŞIN: Aş mai completa la cele relatate de dvs. şi câteva date istorice, legate de această ţară, egiptenii antici numind-o ŢARA PUNT. Invadată în secolul VII d.H. de arabii veniţi din Yemen, iar din secolul X impunându-i-se religia islamică. Apoi, din secolul XIX fiind ocupată pe rând de englezi, francezi şi italieni. Momente inerente de apariţie în timp a unui razboi civil (1991) şi de anarhie. Cu lupte aprige între clanurile rivale şi tendinţa de secesiune a provinciei din nordul ţării. Astfel că O.N.U. decide incă din 1992 trimiterea unei forţe militare, în vederea asigurării liniştii în ţară, dar mai ales, a împărţirii de alimente în zonele afectate şi totodata şi pentru a realiza asistenţă medicală calificată şi de urganţă. Trupelor UNOSOM II şi III şi unei părţi a populaţiei civile, (deasemenea acordându-i-se – pe langă consultaţii medicale de specialitate – şi alimentaţie lactată copiilor somalezi cu probleme sanogene speciale). Spitalul nostru cooperând, pe langa U.N.I.C.E.F. şi cu organizaţiile neguvernamentale prezente în Somalia: CRUCEA ROŞIE, FAO, Medici fără frontiere, Farmacişti fără frontiere etc.

Sub aspect organizatoric şi în calitate de comandant al spitalului militar de campanie am avut onoarea să activăm sub conducerea COMANDAMENTULUI UNOSOM II (general Lt. BIR CEVIK – Turcia, comandantul forţei UNOSOM II, general Mr. THOMAS MONTGOMERY – SUA, locţiitorul comandantului, general de brigadă BAJWA ANIS-AHMED – PAKISTAN, şef de stat major şi general NORMAN WILLIAMS – SUA, şeful Asigurării Logistice). Având o bună

colaborare, bineînţeles şi cu Şeful Serviciului de Asistenţă Medicală a trupelor UNOSOM II, Mr. ROBERT DITCH (SUA).

Fără a diseca structura polivalentă a spitalului militar de campanie şi a policlinicii sale multifuncţionale, pot concretiza prin câteva cifre, cât de cât orientative (neintrând în detaliile de urgenţă, luptei contra-cronometru, emoţiilor şi satisfacţiei salvării cazurilor grele): 16.136 consultaţii şi tratamente ambulatorii, 511 internări în spital, dintre care peste 300 au suportat operaţii chirurgicale mari şi mijlocii, dându-se 170 anestezii generale; s-au realizat peste 7.600 radiografii şi 1.950 radioscopii; iar laboratoarele au executat un număr de 18.990 analize, pentru 12.515 pacienţi... S-au născut 29 de copii, care au primit pe lângă numele somalez şi un NUME ROMÂNESC (printre care şi cel de ION…).

Pentru asistenţa medicală a populaţiei somaleze, Comandamentul UNOSOM II a aprobat ca doi cetăţeni somalezi – dr. GIUMALE ABDI ALI şi avocatul MOHAMED MAHMUD MUDE (care au studiat în România, în perioada 1978-1984) să efectueze serviciul de translatori din somaleză în română şi invers).

Intreaga noastră activitate fiind rasplătită în final, de înaltă apreciere a conducerii de stat şi militare române. Şi bineînţeles şi de către Secretarul general O.N.U. (din acea vreme) BOUTROS BOUTROS-GHALI.

De asemenea, rodnica şi eficienta prezenţă a Spitalului de Campanie românesc în Somalia, ca şi cele din Angola (1995) şi GOLFUL PERSIC (1991, sub genericul FURTUNĂ ÎN DEŞERT), s-au bucurat de deosebită consideraţie – militară şi de stat – ale ţării noastre şi ONU. La rândul lor, presa străină cât şi cea românească a timpului: ARMATA ROMANIEI (OBSERVATORUL MILITAR), VIAŢA MEDICALĂ, SĂNĂTATEA etc.) au scris cuvinte elogioase la adresa spitalelor militare de campanie româneşti de peste hotare, în zonele fierbinţi de luptă …

– În finalul acestui dialog cu dvs. d-le general Mr. (R) dr. ION P. DRĂGUŞIN, vă mulţumesc cu mult şi sincer respect, de două ori – prima în calitatea dvs. de reputat comandant de spitale militare de campanie, secunda în postura dvs. de preşedinte al A.M.F.O.R.-ului (Asociaţia Medicilor şi Farmaciştilor Ofiţeri în Rezervă), infiinţată în anul 1990 şi din care fac şi eu parte ca fost medic militar, îndeplinind în prezent funcţia de secretar ştiinţific.

EPILOG: Aflaţi în anul CENTENARULUI MARII UNIRI, să aducem un pios gând şi o adâncă rugăciune, memoriei tuturor militarilor români (şi celor din sectorul medico-militar), căzuţi eroic la datorie, în jertfa lor supremă de apărare a GLIEI STRĂBUNE.

DUMNEZEU SĂ-I odihnească în pace şi SĂ-I ţină în paza LUI dreaptă!

REFERAT, NOTE ȘI COMENTARII LA ANALIZELE LUI SOLOMON MARCUS PRIVITOR LA ARTELE VIZUALE

"Paradigme Universale" (Ed. Paralela 45 – 2011)

Dr. Vladimir Dobre, Târgu Mureș

CULOAREA reprezintă inefabilul (neexprimabilul) în pictură. Termenul de "arte vizuale" este relativ recent, înglobând pe lângă pictură şi grafică, (procedee care angajează două dimensiuni), şi designul, sculptura şi architectura (procedee care implică trei dimensiuni). Culoarea a constituit un mister pentru toate epocile.

Gradualitate, delimitare (suprafeţe conturate sau intricate) caracterizează culoarea. Desenul e supus logicii aristotelice. Spre deosebire de el, culoarea are un rol semiotic major. Ce e culoarea? Teoretic prin ea se realizează (S.M.): 1/Compoziţia spectrală, 2/Suportul reflectant sau absorbant (strălucire sau matitate), 3/Stimulent al vederii privitorului, 4/Excitant al analizorului central, 5/ Realizator al legăturilor din tablou. (N.M.: Menţionez fără legătură cu cele menţionate de S.M., că sensibilitatea la diferite culori poate fi crescută prin antrenament. Vopsitorii casetelor tradiţionale chinezeşti pot distinge 200 de nuanţe de negru!). Desigur, pentru savant şi pictor, culorile au semnificaţii diferite. Ultimul le apreciaza în funcţie de senzaţia pe care o pot declanşa. BERGER admite că importanţa în artele vizuale o reprezintă receptorul. S.M. spune că sediul care analizează reflectarea calităţii coloristice se află în hemisfera cerebrala stângă. Apare calitativ, ca percepţie intuitivă holistică. (N.M.: Holism = Doctrină filozofică epistemiologică, după care, în faţa experienţei, orice enunţ ştiinţific este tributar întregului domeniu la care se referă – Petit Larousse, 1994). Hemisfera dreaptă percepe proprietatea cantitativă. O leziune a lobului occipital poate şterge percepţia coloristică transforfmând totul într-o percepţie alb-negru. Aplicarea unei culori poate fi matematizată. Un astfel de procedeu a fost aplicat la P. MONDRIAN, cu rezultate destul de interesante, rezultând un "stil cromatic" propriu. Culorile au o origine materială foarte diversă. În mare, originea lor poate fi naturală (extrase din materie organică (vegetală sau animală) sau anorganică. Consistenţa lor poate fi uleioasă sau lactice (de consistenţa latexului). Poate fi deci, naturală sau artificială.

Pe un tablou culoarea poate fi analizată din punct de vedere cantitativ (al bazei materiale) şi calitativ (din punct de vedere al percepţiei sensitive). Nu se poate nega că pe lângă aspectul material al culorii trebuie luat în considerare şi cel structural. Şi S.M. revine la obsesia lui privind rolul neuropsihologic diferenţiat al celor două hemisfere cerebrale: în analiza coloristică a unei imagini trebuie avute în vedere deci, pe lângă materialul culorii şi structura acesteia ("punctiform", "sters" ş.a.), şi calităţile coloristice (bleu, ocru ş.a.) care sunt transferate din zona fenomenelor neliniare, cantonate în emisfera cerebrală dreaptă împreună cu sunetele nearticulate, în zona fenomenelor secvenţiale (hemisfera stângă). (N.M.: S.M. vorbeşte de fapt despre "articularea limbajului culorilor". Limbajul culorilor se articulează prin asocierea lor pe antomomii cromatice. De exemplu, roşul, plasat lângă o suprafaţă verde, intensifică prezenţa amândurora. În acelaşi fel se comportă asocierea negru cu galben.

Într-un tablou există o intextualitate a limbajului coloristic: estompare vs. potenţialitate).

La efectul cromatic se ataşează efectele de umbră sau de lumină. Acestea, acţionând de exemplu numai în anumite zone, influeţează întregul. Pot fi: "reci" sau "calde" (N.M.: Pot exista ca atare, în funcţie de lungimea de undă, sau de intertextualitate. Cititorul este rugat să compare o pictură " clasică" cu una "modernă" şi va sesiza imediat diferenţa. Ultima se bazează aproape exclusiv pe calităţile coloristice.) Calităţile "termice" ale coloristicii se bazează şi pe o dihotomie: culorile calde "avansează" spre privitor, în vreme ce culorile "reci", se îndepărtează. (N.M.: Acelaşi lucru îl observăm şi în ceea ce priveşte structurile: lucios, mat, zgrunuţuros, punctiform ş.a.). În ceea ce priveşte dihotomia lumină – umbră, pentru W. HOGARTH, citat de S.M.: culorile sunt "umbre colorate". Umbrele de adâncime se aseamană "gamelor muzicale adevarate", sunt "armonii vizuale". Se aseamănă cu o "arheologie sentimentala"... (N.M.: Umbrele pot sugera mişcarea, ca în tablourile lui E. DEGAS consacrate curselor de cai.) Tunetul îndepărtat, estompat, ne creează un sentiment de linişte. (N.M.: Imaginile surprinse de UTRILLO neavând adâncime, ne creeaza un sentiment de nelinişte). HOGARTH crede că sinestezia e obligatorie în obţinerea unei opere de artă adevărate. Acelaşi autor insistă şi asupra importanţei pe care o are absenţa, în efectul pe care îl realizează în analiza făcută unui tablou, a conturului. Conturul joacă un rol esenţial (S.M.). (: Examinarea într-o noapte de vară, a cerului înstelat, variaţia de strălucire ne induce realitatea adevăratului infinit – în care atracţia Terrei a dispărut - ceea ce-l face diferit de ceea ce numim cosmos. Adăugarea de linii între aştri pentru a realiza un animal zodiac distruge aceasta vrajă... metafizica infinitului. Asta poate realiza un contur!) Pierderea unui contur are efect de depărtare. Alăturarea celor două modalităţi produce privitorului nelinişte.

Liniile pot fi: 1/drepte, 2/curbe, 3/sinuoase şi 4/serpentine. O linie cu o anumită structură, o poate pierde in apropierea alteia. O linie curbă "arc de cerc" îşi poate pierde parţial caracterul curb în vecinătatea unei linii de tip "coardă". Temporalitatea (viziunea diurnă, crepusculară), poate fi sugerată prin mânuirea paletei coloristice. (N.M.: Astfel de exerciţii a făcut unul din primii pictori abstracti, MALEVICI, în "Pătrat negru pe fond alb" şi "Pătrat alb pe fond alb". Nu există o "culoare in sine"! Nu se poate realiza un tablou utilizând exclusiv culoarea.) Pictorii cubişti au încercat să creeze o legătură între legile cromatice şi cele geometrice (S.M.). În pictură culoarea este echivalentul formei în sculptură. În pictură sunt esenţiale opoziţiile cromatice (S.M.). Pictorii cubişti au fost precursorii tuturor curentelor picturii de azi.

S.M. deschide discuţia şi despre nonvizualul vehiculat de artele vizuale. (): Nu e vorba despre o eroare! E "convertirea" artelor vizuale spre lumea semioticii, spre lumea semnelor, pe care omul se antrenează, iar şi iar, să le transforme în informaţii, unele cu caracter vital. S.M.:"E un drum invers". ():Trebuie să menţionăm că S.M. n-a avut studii de anatomie, embriologie, etc. mai aprofundate, dar a recurs la date furnizate de aceste ştiinţe spre a-şi putea explica o seamă de observaţii. Există încă monografii-albume, fiecare dedicate câte unui pictor, apărute în fosta Ed. "Meridiane". Recomandăm cititorilor noştri "Hokusai" şi "R. DUFFY", spre a putea constata influenţa picturii extrem-orientale asupra celei vest-europene. Cantitatea de informaţii livrate de cea extrem-orientală e comparativ mult mai mare.).

S.M. se referă în special la lucrarea lui A. A. MOLES: "Teoria ecologica a imaginii". Prin ecologie MOLES înţelege interacţiunea speciilor într-un spaţiu determinat (: Considerăm definiţia destul de vagă!). În continuare se referă la cultureme şi morfeme, (: fără a defini cu claritate ce înţelege prin aceste denumiri iconice. Deducem că ar fi vorba de afişe, semne de interdicţie şi semnalizare rutieră, etc., morfemele ar avea în acest caz, o structura geometrică, iar culturemele ar putea fi frânturi ale unui discurs pictural sau afişe.) (: TOULOUSE-LAUTREC a creat afişe pentru cabaretele pe care le frecventa. Azi, multe afişe reproduc decupaje din picturi celebre!, picturi care la randul lor ilustrează legende, poveşti sau scene istorice: BREUGEL, BOSCH, etc.). Mergând mai departe, MOLES are ambiţia introducerii unei "gramatici plastice" la care aderă unii creatori celebri.(): Un exemplu l-ar constitui aşezarea apostolilor în toate operele care infăţişează "Cina cea de taină". Criticul de artă I. FRUNZETTI, în cartea sa dedicată mănăstirilor pictate din Bucovina, recurge la cuvantul o m e l i e, ca mod neritualizat, în interpretarea scenelor din picturile exterioare sau interioare: Căderea Constantinopolului, portretele lui ARISTOTEL sau PLATON, etc. E un fel de discurs nonvizual nedeclarat cu mentalul credincioşilor). Trecem mai departe spre problemele limbajului.

Fără indoială că există un limbaj al artelor vizuale. Odată cu avansul tehnologic în redarea imaginilor (fotografie, cinematografie, etc.) aceste limabje au câştigat în expresie. Ele traduc într-o măsură neaşteptată, cele mai intime caracteristici psihologice, intelectuale, acuităţi senzoriale, chiar dispoziţii diurne de moment ale creatorului. Desigur că s-a crezut în sec. XX, că opera de arta ar constitui un material preţios în psihanaliză, dar s-a demonstrat că relevanţa ei e departe de ceea ce s-a crezut. Nici chiar arta abstractă nu a oferit elemente utilizabile în psihanaliză. (: O pictoriţă dintr-un oraş din România a vernisat recent o expoziţie cu tablouri înfăţişând cruci divers colorate, pe fundal omogen, fără variaţie evidentă în execuţie. Fără să fim maliţioşi: "efort minim conceptual şi speranţe mari marteriale." Un album al unei case de licitaţii din Germania oferea exemplare din seria 10.000 de "variaţii coloristice" din seria de grafică "Homo Humus" de F. HUNDERTWASSER!...) Fără îndoială că S.M. "se simte acasă" vorbind despre limbaje... Există reguli matematice destul de vechi aplicate în artele vizuale: reguli de perspectivă, de linii de fugă, "secţiunea de aur" etc., dar şi noi, ca intruziunea geometriilor neeuclidiene, reguli matematice simple, etc. S.M. reamarcă faptul că artistul a pierdut din încrederea în "harul" inspiraţiei sale, orientându-se tot mai mult spre un univers de reguli, achizitionate conştiincios. S.M. spune: "...libajul articulat organizează pe cel plastic nu numai ca metalimbaj al său ci şi prin mecanismele generative pe care se sprijină". Incursiunea în ceea ce priveşte limbajul plastic, se încheie cu observaţiile lui P.SERVIEN privitor la diferenţele care exista între limbajul ştiinţific şi cel poetic, diferenţele identificate de dânsul fiind de minim 52. Limbajul spre a fi creativ are nevoie în primul rând de libertate!

Revenind la modurile de receptare a artelor vizuale, S.M. face o scurtă expunere la funcţiile hemisferelor

cerebrale. De funcţiile hemisferelor cerebrale S.M. se arată deosebit de preucupat în toată opera sa sintetizată în "Paradigmele Universale". Prezentul e mereu confruntat cu trecutul, iar acesta trebuie să-şi însuşească creator ultimele achiziţii ştiinţifice. (N.M.): "Cu cât lumea devine mai oribilă cu atât arta devine mai abstractă spunea criticul de arta R. HUYGHE". S.M. distinge următoarele caracteristici ale artei moderne: 1/mişcarea semiotică de la iconic la semiotic; 2/atenuarea distincţiei subiect-obiect; 3/tendinţa de evitare a obiectelor identificabile (: Exemplu: Portretul lui A. HITLER al lui A. GHINEA); 4/transgresarea logicii tradiţionale; 5/cultivarea paradoxurilor semiotice: sintazic, semantic şi pragmatic; 6/evidenţierea formei şi dinamicii ei; 7/mişcarea structurală de la elemente la raporturile dintre ele; 8/evidenţierea unor opoziţii binare (între culori primare şi non-culorile alb şi negru, între materie şi vid, etc.; 9/mişcarea de la continuu spre discret; 10/invazia formelor geometrice; 11 / tendinţa de utilizare a unui alfabet finit cât mai redus şi a unei sintaxe proprii ale acestuia; 12/tendinţa spre utilizare a unui limbaj autonom. Holografia descoperită în urmă cu 60 de ani de D. GABOR (: Dicţionarul Hachette, 1988, ne explică astfel procedeul obţinerii imaginilor holografice: Pe o suprafaţă fotosensibilă se înregistrează doua unde de lumină provenind de la aceeaşi sursă: una directă şi una difractată de obiectul fotografiat, cele două unde producând un sistem de interferenţă. Iluminat cu sursă laser se obţine o imagine în trei dimensiuni a obiectului (hologramă optica). Dacă se foloseşte o sursă de ultrasunte holograma se formează pe un cristal piezoelectric (hogramă acustica) care transformă undele sonore în unde electrice şi imaginea se vede pe un ecran catodic). Procedeul a fost posibil numai după inventarea undelor laser. (): Efecte holografice semnalăm la unele din operele lui WHISTLER, SEURAT, SIGNAC şi mai ales L.VIVIN. Pentru autorul acestor observaţii este importantă atenţia pe care o dă S.M. conturului: "Centralizarea marginii (…), haina surprinzătoare a deplasării paradoxului din periferia în care-l împinsesera G. CANTOR şi B.RUSSELL spre centru, spre inima lumii, a logicii, a limbajului şi comportamentului nostru. (: În biochimia moleculara, în celulă, funcţiile membranei celulare au o importanţă covârşitoare!). Prezenţa conturului în artele vizuale corespunde principiului complementarităţii şi incertitudinii emis de BOHR şi HEISEBERG. (: în artele vizuale a fost subiect de studiu chiar până în Japonia lui Y. USHIDA!). Un rol asemănător l-au stârnit discuţiile în jurul celei de a patra dimensiuni. Efortul de a atinge aceasta îl găsim identificat la CEZANNE şi chiar VAN GOGH, care a pictat extrem de puternice spaţii local curbate în cheiuri şi ape (S.M.).

Revenim la obsesia lui S.M. privind funcţiile telencefalului. Studiul său începe cu etapele evolutive identificate de MAC LEAN si KOESTER: putem identifica trei etape: reptilian, paleo-mamifer şi neomamifer. Fiecare nivel evolutiv include şi structuri ale tipului precedent. Tipul reptilian funcţionează instictiv, cel paleomamifer, emotional, iar cel neomamifer e raţional. La om, se păstrează resturi comportamentale şi de la primele două. Funcţiile cerebrale sunt împarţite între cele două hemisfere (: Prefer să folosesc mai ales în scris, hemisfere în loc de emisfere, fiind cea corectă!). Cele două hemisfere împart un destin comun: reprezentând sediul raţiunii, sentimentelor şi a tot a ceea ce înţelegem sub termenul de "trăiri", care înzestrează ceea ce generic denumim "fiinţa umană". Neuroştiinţa a demonstrat câteva caractere funcţionale specifice: femeile folosesc mai ales hemisfera dreaptă (HD), barbaţii, pe cea stangă (HS); între cele doua hemisfere există un echilibru energetic; HS controlează partea dreaptă a corpului şi invers: există strânse legături morfologice şi funcţionale între cele două hemisfere astfel că la tulburări funcţionale ale uneia, reglarea se realizează prin preluarea imediată a funcţiilor de cea ramasă indemnă. H.S. e a logicii şi a raţiunii. Ea controlează şi gestionează: limbajul şi calculul matematic, cele 5 simţuri fizice, transformă senzaţiile în percepţii, gândirea universală, memoria experienţelor, gândirea şi raţionamentele şi cunoaşterea bazată pe argument, etc. HD e a afectivităţii. Ea controlează şi gestionează: abilităţile spaţiale, recunoaşterea facială, procesează muzica, manageriază imaginile vizuale, creativitatea, emoţiile, empatiile şi afectivitatea, construieşte reprezentările mentale, răspunde de imaginaţie şi de simţurile spirituale (: În ceea ce priveşte această ultimă sintagmă: "simţurile spirituale" sunt ierarhizate după modul de excitaţie. Simţul tactil pare să fie cel mai vechi şi primitiv, analizatorul periferic e reprezentat de celule simple, răspândite în interiorul corpului sau pe suprafaţa lui răspunzând inclusiv la forţele gravitaţionale, la schimbări ale temperaturii, umidităţii, etc. Mirosul şi gustul sunt reprezenate de molecule purtate de curenţii din aer, sau în lichide (salivă). (: Nu pot trece mai departe fără să menţionez performanţele mirosului la fluturi care percep feromonii unui partener aflat la mare depărtare). În sfârşit, auzul şi văzul percep sunetul şi lumina, prin unde sonore sau luminoase, cu ajutorul unor organe foarte specializate.

Sunt noţiuni dezvoltate de S.M. în studii deosebit de vaste. Fără îndoială că creatorii artei vizuale au o activitate cerebral predominantă a hemisferei drepte. (): Nu putem trece la încheierea notelor fără a ne referi la problemele pe care le ridică în pictură curentul oniric: ilustrarea unui vis. Au excelat în gen CHAGALL, ROUSSEAU, CHIRICO, etc. Persistenţa în memorie a unui vis e deosebit de scurtă. Imaginile care au fost percepute se păstrează cel mai frecvent fragmentar. Mai persistente sunt senzaţiile oferite în vis de "simţurile spiritual inferioare: tactil si miros.

În încheiere ne permitem câteva observaţii:

- Textul lui S.M. e dificil fiind totodată precis şi deosebit de bogat: e textul unui lingvist.

- S.M. a trăit într-o perioada nefastă pentru un savant care refuză să se supună unei idiologii primitive, ostilă oricărei activitaţi intelectuale libere. E poate motivul pentru care şi-a ales o specialiate care nu era tentantă pentru alţii.

- Preocupările sale, atât de diverse, abordările sale atât de originale, vizând o mare diversitate de subiecte, l-ar fi plasat, dacă ar fi trait in SUA, în faimosul grup al savanţilor evrei, de 10-12 personalităţi: DURHEIM, WIENER (cel care şi-a numit ştiinţa Cibernetică), CHOMSCKI, s.a.

Notă explicativă:

(: XXXXXXXXXXXXXX) = nota noastră e într-o măsură ruptă de text.

(): = nota noastră are legatură cu textul.

MARAMUREȘENI ÎN CANADA

Ing. Lazăr-Aurel Pantea, Baia Mare

Ce ar putea scrie un inginer minier într-o revistă medicală?

Nu de mult, în luna iunie 2018, întâmplarea a făcut ca de la Munchen din Germania la Vancouver pe coasta Pacificului, în British Columbia, Canada, în aeronava confortabilă A 350-900 a Companiei Lufthansa, timp de 10 ore și 10 minute să călătoresc pe locuri învecinate, cu un medic originar din Maramureș, care de aproape 20 de ani profesează în Germania, iar soția să discute cu o asistentă medicală de la secția de cardiologie a Spitalului Județean de Urgență „Dr. Constantin Opriș" Baia Mare, care se ducea în vizită la soțul său aflat de doi ani în Vancouver. Din vorbă în vorbă, medicul, mi-a spus, grație internetului sunt la curent cu evenimentele din Maramureș, citesc Graiul Maramureșului, Glasul și Gazeta de Maramureș. De la alți concetățeni de breaslă, știa de existența Revistei Maramureșul Medical editată de către Colegiul Medicilor, însă, ne fiind publicată pe internet nu a citit niciun număr. I-am relatat că din 2010 și eu colaborez la această revistă. Surprins, a întrebat, dar ce poate scrie un inginer minier într-o revistă medicală? Succint am relatat. Până în anul 2007, mineritul avea cea mai mare pondere în economia Maramureșului, cu implicații și consecințe în viața economico-socială a României și mai ales a județelor din nord-vestul țării. Munca în minerit prezintă un grad ridicat de risc. Condițiile specifice geo-miniere, dimensiunea locurilor de muncă, schimbarea continuă a mediului de lucru, a debitului de aer, a parametrilor de microclimat minier (temperatura, umiditatea, presiunea și viteza de circulație a aerului), pulberile industriale, zgomotul produs de utilajele și instalațiile miniere, uneori explozii, incendii, focuri de mină și chiar inundații, au mari influențe asupra capacității de muncă, cresc probabilitatea accidentelor de muncă și conduc la formarea unui anumit profil psiho-moral al minerilor. Ansamblul de activități tehnice și organizatorice, de securitate și sănătate a muncii, având ca scop protejarea vieții și sănătății lucrătorilor din mine, cariere, uzine de prelucrare, de la iazurile de decantare și depozite tehnologice, prin prevenirea accidentelor de muncă și a îmbplnăvirilor profesionale, tratarea bolilor și recuperarea capacității de muncă a personalului, a necesitat și putem afirma că s-a realizat o strânsă conlucrare între unitățile miniere ale Remin Baia Mare, I.P.E.G. Maramureș și instituțiile de sănătate publică din județele Maramureș, Satu Mare, Bistrița Năsăud, Cluj și Centrul medical Șimleu Silvaniei din Sălaj. Din trimestrul IV 2010 și până în trimestrul II 2018, am scris și publicat 31 de materiale documentare: Unitățile miniere și instituțiile de sănătate publică din Maramureș au avut o bună conlucrare; Medicul Georg Agricola și cartea sa „Despre minerit și metalurgie"; De ce s-au închis minele. E posibilă revigorarea mineritului din Maramureș?; Reforma în domeniul sănătății, văzută din afara sistemului sanitar; Apele minerale din Maramureș și Satu Mare; Zăcămintele de bentonite din Țara Lăpușului, Chioar și Oaș, unde am accentuat utilizarea acestora în industria medicamentelor și cea farmaceutică, ca liant pentru tablete și pilule, ca absorbant de bacili și substanțe vătămătoare în bolile de stomac, la răni, otrăvuri cu alcaloizi, folosirea ca adaos la fabricarea săpunurilor, a pudrelor, fardurilor, roșului de buze, pastei de dinți, în industria chimică, lucrări de foraje, rafinarea petrolului și a vinurilor, ameliorarea solurilor nisipoase și o sumedenie de alte întrebuințări în diverse ramuri industriale; Protecția surselor de ape minerale; În Maramureș, îmbolnăvirile profesionale în continuă scădere; 185 de ani de la înființarea Cetății de cultură românească „Samuil Vulcan" Beiuș, Bihor, material în care am prezentat Oameni de seamă – Vulcanești din toate generațiile (academicieni, profesori universitari, medici, ingineri, profesori, clerici), absolvenți ai acestui liceu, originari din fostele județe Maramureș, Satu Mare, Someș, Sălaj, Bihor, Arad, care prin natura funcțiilor și nu puțini ca număr și profesionalism, au muncit pe teritoriul actualului județ Maramureș; Efectele fiziologice ale deficitului de oxigen în aerul de mină; De ce se pensionau minerii la vârsta de 45 de ani?; Apele minerale din România – Surse pentru sănătate și venituri; Grija față de sănătatea celor ce au extras și prelucrat zestrea de resurse minerale a subsolului Maramureșului oglindită în revista „Maramureșul Medical"; Viața medicală la Băiuț, vechiul centru miniero-metalurgic din Țara Lăpușului; Cavnicul și oamenii săi; Cercetarea medicală la Institutul de Cercetări și Proiectări Miniere Baia Mare în sprijinul activității miniere și al oamenilor adâncurilor; Miniera Baia Borșa – Borșa cea mai mare unitate de profil din nord-vestul României, articol în care printre altele am scos în evidență aportul la menținerea stării de sănătate a celor peste 8.500 de salariați ai minelor, flotațiilor, secției I.P.E.G. și a șantierelor de construcții montaje – miniere, precum și a familiilor acestora, a medicilor și personalului mediu sanitar de la dispensarul de intreprindere, dispensarele medicale din Borșa Centru,Gară și Poiana, Spitalul T.B.C. Borșa, Spitalul de subordonare republicană din orașul Borșa și Centrul medical de recuperare și refacere a forței de muncă, Spitalul din Vișeu de Sus și Centrul Sanitar Antiepidemic; Prof.univ. Dr. Docent Ioan Pușcaș – Medicul care a tratat și vindecat sute de mineri; Modificarea și completarea unor acte normative din domeniul securității și sănătății în muncă; Legea privind reforma în domeniul sănătății; Calitatea apei potabile; Redeschiderea minelor o ncesitate! Aici, am reliefat de ce este nevoie de activitate miniero-metalurgică în Maramureș, cunoscut fiind că mineritul asigura locuri de muncă pentru 10% din populația activă a țării, respectiv 22,7% a Maramureșului, retribuiți cu dublul câștigului mediu pe economie, iar economia națională și Uniunea Europeană au nevoie de metale; Valorificarea resurselor minerale; Pneumoconiozele, îmbolnăviri profesionale specifice mineritului și altor ramuri; Opinii. Rămânem fără medici? Ce ape minerale avem și putem consuma? Obiective și orientări ale mineritului din Maramureș, după evenimentele din decembrie 1989, printre care semnalam completarea obiectului de activitate al Remin Baia Mare, cu activități privind asigurarea condițiilor socioprofesionale, profilaxia îmbolnăvirilor profesionale și pentru protecția mediului. Întregul personal al dispensarelor medicale de intreprindere au devenit salariați ai exploatărilor miniere și de preparare și plătiți după rețeaua de salarizare din minerit; Capodopere arhitectonice și curiozități ale naturii în Serbia, Bosnia- Herțegovina și Croația; Curiozități la „Muzeul AURULUI" din Brad, România; Avem sau nu lipsă de medici?

Medici preocupaţi de starea de sănătate a minerilor şi metalurgilor. Nu pot să nu remarc că în această perioadă de aproape opt ani, din afara sistemului sanitar mai sunt un număr redus de colaboratori ai revistei şi anume: Prof. Liviu Tătaru, Baia Mare, Conf. Univ. dr. Valeriu Oros, Centrul Universitar Nord Baia Mare, Chim. Aurelia Tecuşan, Vişeu de Sus, Dragoş Năcuţă şi ing. Marian Novosivschei, Inspectoratul Teitorial de Muncă Maramureş – Baia Mare, fiecare abordând subiecte specifice profilului său de activitate. Nici cei din sistemul sanitar nu abordează numai subiecte de pură specialitate, unii îşi manifestă chiar şi talentul poetic prin publicarea de poezii. Cititorii revistei fiind de diverse profesii, mai ales cei internaţi în spitale se bucură că au posibilitatea să citească în paginile acesteia şi asemenea articole.

La parada – Ziua naţională a Canadei 2018

250.000 de etnici români muncesc şi trăiesc în Canada

Din cei 4 milioane de români aflaţi în afara graniţelor ţării, 250 de mii muncesc şi trăiesc în Canada. Iniţial am preconizat ca în nr. 73 al Revistei să public articolul „Aurul României", dar în luna iulie 2018, a constituit pagina „Documentar" a cotidianului Graiul Maramureşului, împreună cu Redactorul şef, Dr. Felix Marian, am apreciat că datorită numărului mare de maramureşeni care au, copii, nepoţi, fraţi şi alte grade de rudenie, în Canada, în limita spaţiului alocat, să prezint câteva informaţii şi imagini foto din Canada, mai ales că acum, suntem după a cincea vizită/ însumată durata şederii depăşeşte doi ani/ în mai multe provincii ale Canadei. Practic, am avut posibilitatea de a vizita marile metropole Toronto, Montreal, Winnipeg, SasKatoon, Edmonton,Vancouver, staţiunile de interes mondial Banff şi Jasper din munţii Stâncoşii, de a parcurge cu autorismul mii de km în provinciile Manitoba, SasKatchewan şi Alberta, de a vizita obiective de interes cultural, social, economic, administrativ, parcuri şi rezervaţii naturale. Crestele Munţilor Stâncoşi alcătuiesc o parte din graniţa dintre British Columbia şi Alberta. Aici sunt cele mai înalte piscuri şi cele mai dramatice peisaje din Canada.

Foarte multe informaţii (Date de larg interes despre Canada, evoluţia imigraţiei româneşti începând cu anul 1898, primele sate constituite din etnici români, bisericile româneşti din Canada, societatea româno-canadiană, obiceiuri, datini, tradiţii păstrate în Canada, aprecierile din partea guvernului Canadei asupra românilor deveniţi cetăţeni ai Canadei, despre românii din Alberta, etc) se pot citi la Biblioteca Judeţeană „Petre Dulfu" Baia Mare, a Universităţii de Nord, Muzeul Judeţean, Arhivele Naţionale, Biblioteca municipală Sighetu Marmaţiei, orăşeneşti Borşa, Cavnic, Baia Sprie, Târgu Lăpuş, Tăuţii Măgherăuş, Vişeu de Sus etc, în cărţile „ Să nu uităm mineritul, oamenii şi bogăţiile subsolului din nord-vestul României", 2013; Din istoricul mineritului, metalurgiei şi al vieţii oamenilor adâncurilor din nord-vestul României", 2015 şi „Zestrea subsolului Maramureşului", 2017.

Canada, ţară situată în continentul nord-american, cu o suprafaţă de 9.984.670 kmp şi o populaţie de peste 35 de milioane de locuitori, este a doua ţară din lume ca mărime, şi se întinde pe 6 fusuri orare. Vastul teritoriu al Canadei, la sud se mărgineşte cu Statele Unite ale Americii, la nord cu Oceanul Artic, spre vest cu Oceanul Pacific şi apoi continuă la nord vest cu Alaska, iar la est cu Oceanul Atlantic.

Autostrada Trans Canada – Munţii Stâncoşi, aria Staţiunii Banff

Economia diversificată se bazează mult pe existenţa resurselor naturale şi a comerţului exterior. Marile rezerve de ţiţei şi gaze naturale, de nisipuri bituminoase, zăcămintele de cărbune, de cupru, aur şi argint, de nichel, cobalt, fier şi de metale rare, pădurile de conifere şi foioase, cât şi vastele suprafeţe agricole, au condus la o economie dezvoltată. Ţară industrializată şi avansată tehnologic, Canada este un exportator de energie datorită rezervelor considerabile de combustibili fosili şi a generării de energie nucleară şi hidroelectrică. Are forma de guvernământ

monarhie constituţională, este membră a Commonwealtului britanic, stat federal parlamentar, format din 10 provincii (Ontario, Quebec, British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, New Brunswick Nova Scotia, Newfoundland şi Labrador, Prince Eduard Island) si 3 teritorii (Northwest Territories, Yukon Territory, Nunavut). Dezvoltarea industriei, a construcţiilor de autostrăzi, poduri, viaducte, locuinţe, exploatarea şi prelucrarea lemnului, a necesitat forţă de muncă. Dacă în anul 1972, Canada avea 22 milioane de locuitori, în 2011 a ajuns la 33,4 milioane, iar în 2018 depăşeşte 35 milioane de locuitori. In Canada există mai mult de 200 de minorităţi entice, de diverse religii şi culturi, şi convetuiesc în bună înţelegere şi respect reciproc. Comunitatea românească, în anul 2018, depăşeşte 250.000 de persoane stabilite în provinciile Ontario, Quebec, British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Ma¬nitoba, Nova Scoţia, Newfouland şi Labrador. Diversitatea minorităţilor etnice a condus şi la existenţa lăcaşurilor de cult: (biserici, sinagogi, moschei, temple budiste, temple hinduse, case de rugăciune). În provinciile în care locuiesc un număr mai mare de români, există lăcaşuri de cult ortodoxe, greco-catolice, baptiste, penticostale, adventiste de ziua a şaptea, evanghelice. Majoritatea imigranţilor români au studii superioare şi se bucură de apreciere de către guvenul Canadei. Un inginer din Satu Mare este senator în Parlamentul Canadei, arhitectul Hanganu este arhitect şef al City Montreal, o serie de români sunt profesori universitari, alţii sunt medici la spitale, ingineri în diverse mari companii, iar alţii au devenit oameni de afaceri. Dacă veţi citi cărţile de telefoane sau Pagini aurii Româno-Canadiene, veţi găsi foarte multe nume româneşti, multe din Maramureş precum şi de firme, cabinete medicale, de avocatură, restaurante, societăţi comerciale, tarafuri, agenţii de transport, turistice, de publicitate, telecomunicaţii, imobiliare, etc ale unor canadieni etnici români. De la 1 iulie 2018, 4 aeronave Air Canada, fac legătura dintre Canada şi Bucureşti (două la Toronto şi două la Montreal, pe săptămână). Din cele cunoscute de noi maramureşeni veţi întâlni în Vancouver, Surrey, Calgary, Red Deer, Edmonton, Saskatoon, Prince Albert, Winnipeg, Flin Flon, Toronto, Mississauga, Hamilton, Kitchener, Windsor, London, Montreal şi Quebec City.

Ansamblul de dansuri româneşti, Edmonton, Alberta

ACAD. G. OPRESCU: LAUDATE SAXORUM

Prof. Liviu Tătaru, Baia Mare

STRĂBĂTÂND cu trenul ori cu maşina zona Târnavelor, iar apoi pe cea a Oltului, de la Mediaş şi Sighişoara la Braşov, privirea îţi este atrasă de priveliştea aşezărilor săseşti, inconfundabilă în raport cu cele ale românilor şi ungurilor. Uliţe largi ca nişte bulevarde, mărginite de case solide de cărămidă, legate între ele de porţi ce închid vederea spre curte şi nelipsita ţiglă galben roşiatică pe toate imobilele.

Ceea ce atrage atenţia în fiecare localitate este biserica, de dimensiuni metropolitane, uimitor de mare în comparaţie cu populaţia localităţii, aşezată cel mai adesea pe o colină din mijlocul satului. Cele mai multe rivalizează cu catedralele orăşeneşti, a căror construcţie a durat, precum se ştie, zeci de ani ori chiar mai mult de un secol.

Neobişnuită în imaginea ce ni se înfăţişează înaintea ochilor este împrejmuirea lor cu ziduri de cetate, întrerupte din loc în loc de turnuri – bastioane, cel de intrare de dimensiuni ciclopice. Din cele aproximativ 400 de sate întemeiate de coloniştii „saxoni" în secolele XII-XIII în Transilvania, circa 300 şi-au construit asemenea biserici-cetăţi, vreo 200 păstrându-se până azi. Aceste monumente au fost studiate şi descrise în primul rând de istoricii comunităţii săseşti, devenind sporadic şi obiectul atenţiei istoricilor români.

Unul din ei a fost acad. George Oprescu, specialist în istoria artelor, profesor la Universitatea din Bucureşti. Acesta a efectuat cercetări de documentare în „teren", în anii 1953 şi 1954, finalizate în lucrarea: Bisericile – cetăţi ale saşilor din Ardeal, publicată la Editura Academiei, în 1956. A fost însoţit şi consiliat, în amănunte, de pastorii saşi care, la acea dată, mai slujeau pe majoritatea enoriaşilor. Erau zile grele pentru comunitate, acuzată in corpore de colaboraţionism cu naziştii ocupanţi şi pedepsită cu deportarea a peste 70.000 de aparţinători la muncile de „reconstrucţie" din U.R.S.S., adesea la mine de cărbuni.

Anatema aruncată asupra comunităţii explică reţinerea cercetătorilor români de a evidenţia aportul înaintaşilor ei la progresul societăţii româneşti, în general, al Transilvaniei în special.

De aceea era neobişnuită şi remarcabilă viziunea pe care G. Oprescu o proiectează asupra trecutului acestei comunităţi. Practic, el exprima teoria rolului civilizator al colonizării germane săseşti în Transilvania, în raport cu românii şi maghiarii de aici, ce irita orgoliul acestora, fiind respinsă şi de istoriografia comunistă ca una „rasistă". Au fost aduşi, spune autorul, pentru a întemeia „sate şi oraşe înfloritoare", a dezvolta meşteşugurile şi comerţul, „a îmbunătăţi situaţia economică primitivă a ţării".

Aceasta era proprie românilor şi ungurilor, ceea ce ne vine greu să recunoaştem; cercetările arheologice ne prezintă locuinţe precare de pământ şi lemn, unelte rudimentare şi cetăţi din aceleaşi materiale ca şi casele.

Mai mult, G. Oprescu extinde rolul civilizator şi asupra teutonilor şi călugărilor cistercieni, ce au adus „reale servicii ţării", cistercienii învăţându-i pe localnici să cultive pământul mai economicos. După marea invazie tătară din 1271, ei au fost „reconstructorii Ardealului".

După această teribilă invazie, urmată de altele, „saşii ameninţaţi de turci îşi caută scăparea fortificând curţile bisericilor", după 1400. Acestea exprimau „disperarea celui care nu mai are de aşteptat, în caz de înfrângere, decât moartea".

Spre deosebire de români şi unguri, care în caz de invazii se retrăgeau în munţi şi în păduri, saşii le întâmpinau prin rezistenţa pe loc, uneori plătind cu viaţa în faţa furiei asediatorilor, alteori rezistându-le cu succes, spre gloria peste veacuri a apărătorilor. Rezistenţa în faţa cuceritorilor Constantinopolului a luptătorilor unui sat era un fapt cu adevărat eroic şi nemaiîntâlnit aiurea. De altfel, vizigoţii rămaşi în Crimeea, de neam germanic şi ei, au fost singurii care au rezistat la asediul unei cetăţi de către tătari, în anul marii invazii (N. Spinei). Prezentând două din aceste biserici – cetăţi (Prejmer şi Hărman), G. Oprescu face următoarele comentarii: sunt „ceva uimitor, un produs al silinţelor, al zelului şi al inventivităţii celor ce le-au construit, cu totul excepţional şi demn de serioase consideraţii", „nişte documente cu o valoare fără seamăn pentru a ne putea explica felul de viaţă, împrejurările istorice şi sociale în care au trăit saşii timp de atâtea secole. Pericolul care ameninţa strângea la un loc într-un spaţiu restrâns şi timp îndelungat, în condiţii materiale excepţional de grele, care-i obliga la concesii reciproce, pe bogaţi şi pe săraci, pe demnitarii satelor şi ai oraşelor, cu meseriaşii şi cu ţăranii, mai ales cu ţăranii, burgurile fiind opera acestora". „Ambele biserici au fost aşa de bine înarmate şi aşa de bine apărate, încât după desăvârşirea incintelor, inamicii n-au putut nici o dată pune stăpânire pe ele". În general, în jurul acestor biserici – cetăţi „s-a jucat de multe ori tragedia, în multe acte, a istoriei Ardealului", asupra lor abătându-se „oroarea invaziilor tătăreşti şi turceşti, jaful şi pârjolul acestor crude hoarde războinice, de o sălbăticie proverbială, au asistat la lupte civile, la revolte de oameni disperaţi, ce-şi cucereau cu armele dreptul la viaţă".

Una din bisericile – cetăţi pe care le putem admira din tren după plecarea din Sighişoara, cea de la Saschiz, are „aspectul unui bloc enorm şi trufaş", atrăgând atenţia „aspectul lui gigantic, zidit oarecum pentru zeci de generaţii", cu 29 de contraforţi şi 40 de arcuri de zidărie, „una din viziunile cele mai impresionante, pentru cine cercetează bisericile-cetăţi ori alte monumente medievale". Pe acelaşi traseu, dar lateral, este biserica-cetate din Vorumloc, „o operă arhitectonică desăvârşită, cum sunt puţine în ţara noastră", iar „silueta ei se desprinde enormă", după cum cea de la Bazna, din apropiere de Mediaş, stârneşte admiraţia istoricului de artă umblat prin toată Europa într-un trecut mai prielnic. „Văzută de departe,..., clădită în secolul al XIV-lea, prin masa construcţiei din care e formată, prin pitorescul atâtor acoperişuri, văzute în perspectivă şi profilându-se pe cer, face o puternică impresie". Cea de la Buzd este „frumoasă ca o uvertură eroică pentru o dramă de mare scriitor".

Istoricul şi criticul de artă laudă grija comunităţilor pentru întreţinerea monumentelor. „În general, bisericile cetăţi sunt bine întreţinute. Nu numai că localul bisericii, interiorul ei, este curat îngrijit, decent ca aspect, dând impresia ca el să nu lase nimic de dorit, dar şi zidurile şi turnurile înconjurătoare, oricât de costisitoare ar fi întreţinerea şi repararea lor, nu sunt de tot uitate: Ele constituie mândria comunităţii, legătura ei cu trecutul de veacuri. Rând pe rând, unul sau altul dintre aceste vestigii primeşte o reparaţie la un acoperiş şi chiar un acoperiş nou, i se rezideşte tencuiala, pe unde e căzută, ..., i se ridică un zid dărâmat. (...) Comuna îşi îndeplineşte mai întotdeauna cu punctualitate obligaţiile şi nu e curte de biserică oricât de mare, acolo unde această curte mai există, care să nu fie plină de flori".

Această grijă dovedea că biserica reuşea să mobilizeze locuitorii „la sacrificiile indispensabile pentru a salva monumentul cel mai măreţ, biserica satului" (Ce imn de laudă pentru lăcaşul religios, într-o perioadă de propagandă ateistă violentă!).

Descrierile acestor monumente sunt însoţite de note admirative pentru creatorii lor, de fapt pentru comunitatea săsească în general. În perioada stării de asediu (iată originea sintagmei!), întreaga comunitate se retrăgea în biserica – cetate. „Fiecare (...) îşi continua, cum putea, meseria; fierarul lucra fierul, cismarul cismele, croitorul hainele, ..., copiii învăţau lecţiile în şcoală (...) Traiul în comun, când pericolul ameninţa de pretutindeni, a creat între saşi, ..., o solidaritate deosebită. Printre ei, marea feudalitate din neamul lor, ca şi la noi, ..., la românii din Ardeal, nu exista. În aceste condiţii nu le era greu, uniţi cum erau, să se menţină liberi... Muncitori, gospodari, ei devin, ca meseriaşi şi negustori, clasa socială cea mai bogată din Ardeal".

În altă parte: biserica-cetate oglindeşte însuşirile esenţiale (ale saşilor, n.n.), şi anume: „energia, perseverenţa, bravura..., simţul de solidaritate ce caracteriza această ramură a poporului german" (Frumoase

cuvinte cu privire la acest popor într-o perioadă în care era demonizat de nişte ocupanţi cu nimic mai buni).

Comunităţile săseşti vizitate de istoricul de artă în anii '53 şi '54, la mai puţin de o jumătate de secol după călătoria începută de Nicolae Iorga în aceleaşi părţi în Ardeal (1906), cu aceleaşi mijloace (trăsuri, tren, pe jos), îi produc o puternică impresie.

Cu o pană de scriitor peisagist, George Oprescu îşi exprimă încântarea: „drumurile acelea de ţară, suind şi coborând printre păduri de stejari şi coline, cu cele mai variate şi graţioase conture, printre semănături coapte şi porumburi verzi şi sănătoase, la care coceanul era mai înalt decât un om călare, întâlnirea cu ţărani muncitori, toţi ocupaţi şi toţi vrednici şi gata de lucru, cu femeile mergând la câmp în căruţe, toate cu enorme pălării de paie legate cu panglici fel de fel de culori, cu păsările cele mai variate sburând de acolo până acolo, …, la largul lor în acel paradis pământesc aduceau în suflet pacea din natură, un simţământ de fericire, de seninătate, de gratitudine. Repet, am călătorit mult în viaţa mea (în regimul burghez!, n.n.), am văzut peisaje nenumărate şi opere de artă splendide, dar rareori efectul lor asupra mea a fost mai adânc ca în aceste zile petrecute în Ardeal. La fiecare pas se prezenta ochiului un aspect nou, *o privelişte încântătoare*, nu una măreaţă, ca în Elveţia sau în Italia, sau în Franţa, în preajma Alpilor, ci una *pe măsura omului*, apropiată de mine. Iar când ajungeam, însoţitorul meu şi cu mine, în faţa bisericii cetate, lângă colina din mijlocul satului, pe care ea era zidită, imensă, venerabilă, tăcută, potrivindu-se aşa de bine cu natura înconjurătoare, mulţumirea noastră nu se poate descrie".

(Încântarea exprimată de un istoric de artă sensibil la frumos şi capabil de a-i da glas, este tot mai reiterată azi, când, pe urma prinţului Charles, moştenitor al tronului Angliei, occidentalii descoperă frumuseţile peisajelor Transilvaniei). Ea vine pe urma celei a lui Bălcescu din Ţara Ardealului (1850). „Pe culmea cea mai înaltă a munţilor Carpaţi, se întinde o ţară mândră şi binecuvântată între toate ţările semănate de Domnul pe pământ. Ea seamănă a fi un măreţ şi întins palat, cap d-operă de arhitectură, unde sunt adunate şi aşezate cu măiestrie toate frumuseţile naturale ce împodobesc celelalte ţinuturi ale Europei, … Un brâu de munţi ocolesc, precum zidul o cetate, toată această ţară, şi dintr-însul, ici-colea, se desface, întinzându-se până în centrul ei, ca nişte valuri proptitoare, mai multe şiruri de dealuri înalte şi frumoase, măreţe piedestaluri înverzite, … (…) Păduri stufoase, în care ursul se plimbă în voie, ca un domn stăpânitor, umbresc culmea acelor munţi". Meşteşugita prezentare a lui Bălcescu se potriveşte exact zonelor locuite de saşi, inclusiv cele privitoare la urs!

*
* *

În general, românii şi-au apreciat vecinii, au învăţat de la ei, le-au admirat priceperea, hărnicia şi solidaritatea. Nu întâmplător, în zonele de contact şi de întrepătrundere între români şi saşi, întâlnim cele mai înfloritoare sate româneşti, ca să amintim numai pe cele din Mărginimea Sibiului.

Emigrarea lor, după 1960, mai ales, şi apoi după 1989, constituie o mare pierdere nu numai sub aspect demografic, ci şi cultural. Ciclopicele lor biserici-cetăţi, preluate de înlocuitori, nu se mai bucură de întreţinerea constatată de George Oprescu, decât acolo unde pot fi exploatate din punct de vedere turistic.

Wikipedia ne spune că, dacă în 1977 locuiau la Biertan 1.613 saşi, în 1992 mai erau doar 280. Biserica cetate de aici este bine conservată atât datorită eforturilor saşilor plecaţi de aici, cât şi a autorităţilor ce o valorifică turistic. Cea din Viscri a avut norocul că prinţul Charles s-a îndrăgostit de localitate, cumpărându-şi aici un imobil, ceea ce a atras apoi un val de turişti străini şi români, reclama princiară atrăgând 15.000 de vizitatori de pe toate continentele. Aici locuiesc azi doar 15 saşi. Apropierea de Braşov şi amplasarea lor pe căi de acces bine întreţinute au favorizat şi bisericile cetăţi din Hărman şi Prejmer. Cetăţile ţărăneşti de la Râşnov, Rupea şi Câlnic au putut fi refăcute tot datorită unor investiţii locale, iar ulterior din încasările din vizitele turistice. Organizaţiile saşilor emigraţi în Germania se implică şi ele în multe proiecte de renovare a unor biserici cetăţi din Transilvania, 7 dintre ele fiind declarate monumente de patrimoniu cultural mondial de către U.N.E.S.C.O. (Biertan, Câlnic, Prejmer, Saschiz, Vorumloc, Viscri şi Dârjiu).

Ca urmare a plecării în masă a saşilor după 1960 şi apoi după 1989, în Germania aceste monumente unice în Europa au rămas treptat fără întreţinători, urmând „soarta" sinagogilor evreieşti. Nemaifiind renovate şi întreţinute, au început să se deterioreze, iar pietrele fasonate au fost sustrase pentru întrebuinţări imobiliare. Un raport al O.N.G. „Biserica Evanghelică C.A." arată că: „Trei din patru biserici fortificate din Transilvania sunt parţial deteriorate şi în pericol de distrugere. Unele sunt prăbuşite deja… Altele sunt vandalizate în întregime, aşa cum s-a întâmplat cu Dobârca, iar în comune precum Valea Viilor, recomandările U.N.E.S.C.O. nu au nici o putere" (Este vorba de amintita biserică de la Vorumloc).

Faţă de această situaţie, amintitul O.N.G. a lansat programul „Descoperă sufletul Transilvaniei", folosit şi ca slogan, prin care se încearcă „dezvoltarea turismului cultural în beneficiul celor aproape 200 de edificii unice în lume de pe teritoriile judeţelor Sibiu, Hunedoara, Alba, Braşov, Mureş, Bistriţa-Năsăud şi Harghita".

Amintitul raport arată în continuare că „un studiu realizat de I.R.S.O.P. numai în rândul saşilor arată că 73% dintre aceştia sunt de acord cu utilizarea pentru activităţi cultural – artistice a cetăţilor medievale şi a bisericilor evanghelice rămase fără enoriaşi. «Important este cum să le valorificăm, cum sunt întreţinute, cum le păstrăm pentru generaţiile viitoare. Saşii au plecat, patrimoniul a rămas şi este în mare pericol. Instituţiile locale sunt incapabile să oprească procesul acesta»", consideră E.S. Reinhart Guib, episcopul Bisericii Evanghelice din România. Prin proiectul amintit se urmăreşte includerea în circuitul turistic a cât mai multor biserici fortificate prin promovarea reclamei lor şi pregătirea personalului adecvat în acest scop.

Istoria medicinei și farmaciei

ANIVERSAREA DE LA 20 DE ANI DE LA ABSOLVIREA FACULTĂŢII DE MEDICINĂ GENERALĂ „VICTOR PAPILIAN" DIN SIBIU

Prof. Dr. Dorin Bardac, Sibiu

ONORAT CORP PROFESORAL, STIMAŢI COLEGI, DRAGI PRIETENI,

Ne-am adunat astăzi, la 22 iunie 2018, în prestigiosul amfiteatru al Facultăţii de Medicină „Victor Papilian" Sibiu, pentru a aniversa 20 de ani de la absolvire.

Cu câteva minute în urmă, mă aflam într-o perfectă stare de relaxare somatică, urmărind cu interes ceea ce se petrecea în jurul meu.

Acum am ajuns în poziţia de membru în prezidiu şi om care mărturiseşte. Ca atare, trebuie să improvizez, respectiv „să bat câmpii" cu graţie.

Dumneavoastră sunteţi încă, după 20 de ani de activitate, scandalos de tineri, mult mai maturi şi cu rezultate profesionale notabile în toate domeniile de activitate. Această situaţie, care vă caracterizează, este o etapă a existenţei umane care presupune o stare psihofiziologică prosperă corespunzătoare intervalului de vârstă între 35 şi 45 de ani.

Bătrâneţea, respectiv vârsta a 3-a, este mai degrabă o stare de spirit.

Pentru a supravieţui, vârstnicul trebuie să vadă mereu partea plină a paharului, ceea ce presupune să aibă parte de sănătate şi prietenie.

Pledez pentru echilibru şi moderaţie chiar dacă viaţa trăită fără un strop de nebunie este deşartă, fără sare şi piper.

Albert Einstein este de părere că ideile cu adevărat noi se nasc numai la tinereţe. Mai târziu, capeţi mai multă experienţă, eşti mai celebru, dar deseori, mai naiv, de bună credinţă, generos şi iubitor de aproape.

Este vârsta când participi cu mare drag la aniversări de suflet, ca cea prezentă.

Când eşti tânăr ai impresia că viaţa e veşnică şi că tot ce faci şi spui e din cale afară de important. Mai târziu, înveţi să „faci rai din ce ai", aşa cum susţine un eminent coleg al generaţiei Dumneavoastră – Dr. Orga Dan.

Oare de ce? Pentru că, cândva, o femeie sărmană i-a mărturisit că pentru serviciile medicale făcute i-ar bea apa din gură. De fapt, trebuie să reuşeşti să ajungi la o asemenea iubire şi înţelegere pentru univers încât fiecare bucurie să devină bucuria ta, iar fiecare durere – durerea ta.

Marele filosof, Constantin Noica, a arătat că unul din tiranii de care scapă persoanele de vârsta a 3-a este viaţa instinctuală. Din păcate, personal am rămas doar cu instinctul alimentar (bun şi ăla). Bătrâneţea înseamnă griji majore ce substituie o viaţă cu nevoi mai reduse.

Mărturisesc că medicina este cel mai bun lucru din viaţa mea.

Copacul cunoaşterii Binelui şi Răului, din mijlocul grădinii Edenului, ale cărui fructe nu puteau fi mâncate pentru că, spune legenda, făptuitorii ar fi murit, a permis totuşi, unui şarpe, aflat în pom, s-o ispitească pe Eva şi, prin aceasta, pe Adam ca să încalce amândoi regula stabilită de Dumnezeu.

Şarpele i-a asigurat pe primii oameni, că dacă ei ar mânca fructele respective, ar ajunge să fie la fel de înţelepţi ca Dumnezeu.

După faptă şi răsplată: bărbatul a fost pedepsit să muncească pământul ca să-şi obţină hrana, femeia să sufere şi să aibă dureri atunci când va naşte iar, mai apoi, au fost goniţi de Atotputernicul, amândoi din Paradis.

Nici şarpele nu a scăpat nepedepsit. Metaforic, el a fost blestemat să îşi mănânce în permanenţă, coada, alături de alte mii de păcătoşi. Oare aşa să fie?

Florence Shinn, artist, scriitor şi profesor de metafizică la New York, în prima parte a secolului XX, unul dintre cei mai populari profesori de teoria succesului, apreciază că multă lume consideră viaţa o luptă, dar ea nu este o luptă, ci un joc.

Este vorba de un mare joc al Dăruirii şi Primirii. Aceasta înseamnă că orice transmite omul prin cuvinte sau fapte, aceea i se va întoarce; ceea ce dă, el va primi. Oportunitatea mea eşti tu, spunea cineva, ca omagiu adus prietenului său.

Şi, pentru că suntem medici, de ce să nu ne referim la pildele lui Solomon:

„Păzeşte-ţi inima (sau imaginaţia) mai mult decât orice, căci din ea ţâşneşte viaţa".

Lipsa de caracter la unii colegi, puţini la număr, o asemăn unei boli urâte, ca o cacofonie în mijlocul unei declaraţii de dragoste. Să nu uităm, însă, că cea mai bună răzbunare (!?) este succesul.

Iată un model de înţelegere pentru Univers, elaborat de Octavia Goga, la Bucureşti, martie 1916, având ca subiect Britania, în accepţia lui Shakespeare.

Shakespeare, 20 martie 1916

Britanie, se scaldă întreg pământul
În revărsarea valurilor tale,
Pe ocean în drumuri triumfale
Pe veci îţi semeni slova şi cuvântul,
La poala ta de-a pururi se prăvale
Potrivnicul ce ţi-a săpat mormântul
Eternitatea-ţi flutură veşmântul
Si biruinţa te-nsoţeşte-n cale
Şi totuşi ştiu, Britanie, o ţară
Mai fără margini …Mândra ei fanfară ce
cutremură al veacurilor şir.
E lumea largă, zi de zi mai plină,
E-ntinsul câmp de umbră şi lumină,
E-mpărăţia minţii lui Shakespeare.
Şi, totuşi ştiu, Britania e o ţară fără margini……, mândra ei fanfară cutremură al veacurilor şir.

COLABORAREA SAVANTULUI GHEORGHE MARINESCU CU PROFESORUL ION MINEA ŞI CONTRIBUŢIA PROFESORULUI ION MINEA ÎN ŞCOALA MEDICALĂ CLUJEANĂ

Prof. Univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu,
Conf. Dr. Marilena Kory-Mercea, Cluj-Napoca

NEUROLOGIA românească are tradiţii puternice de mare prestigiu internaţional, iar marele fondator al neurologiei româneşti este strălucitul profesor GHEORGHE MARINESCU, savant român recunoscut pe plan mondial, care după profesorul C. I. Parhon a fost „un cetăţean al ţării sale, dar şi al lumii întregi".

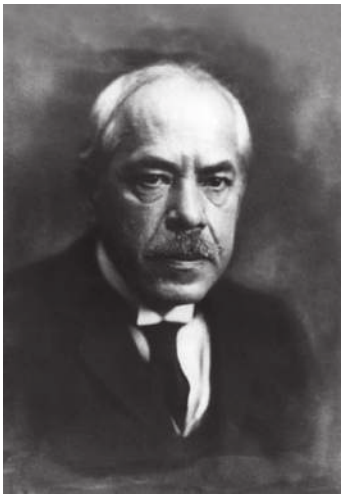
Fondatorul şcolii de Neurologie din învăţământul superior medical clujean în 1919 a fost profesorul ION MINEA, colaboratorul cel mai apropiat al savantului GHEORGHE MARINESCU, când s-a înfiinţat Facultatea de Medicină în Dacia Superioară, cu limbă de predare română.

Acest ctitor al Neurologiei Clujene s-a născut la 17. XI. 1878 în comuna Tulgheş, din judeţul Braşov.

A urmat Facultatea de Medicină la Bucureşti, luându-şi doctoratul în anul 1909.

Încă din timpul studenţiei a fost atras de figura impunătoare a profesorului Gheorghe Marinescu.

Colaborarea ştiinţifică şi spitalicească cu maestrul său a fost foarte fructuoasă, iar despre această colaborare admirabilă a maestrului cu elevul său, în diferite secvenţe ne vorbeşte în modul cel mai sincer fiica savantului Gheorghe Marinescu, pe nume Marioara G. Marinescu şi doctorul Radovici A., în cartea despre biografia savantului, publicată în anul 1958 la Editura Tineretului. Iată ce spun dânşii: „În experienţele lui Gheorghe Marinescu făcute cu elevul său Ion Minea cei doi au procedat la transplantări de nervi, de la o speţă animală la alta (de la iepure la pisică sau de la câine la pisică). Ei au constatat că nervul transplantat după un timp se necroza. Fără îndoială, organismul se apăra contra corpului străin de natură nervoasă.



Procedând dimpotrivă, la transplantări de nervi de la acelaşi animal, de exemplu de la membrul posterior la membrul anterior, cei doi colaboratori au putut observa că nu se producea moartea fragmentului de nerv transplantat. Mai mult, apăreau în nerv fenomene care puteau facilita regenerarea nervului secţionat, cu ajutorul fragmentului de nerv transplantat.

Acelaşi fapt l-a observat şi la om, făcând transplantări de nerv de la membrul inferior la cel superior, sau de la acesta la faţă.

Într-o altă serie de experienţe, Gheorghe Marinescu de astă dată ajutat de un alt elev al său, M. Goldstein, a urmărit problema transplantării ganglionilor nervoşi. Scopul era observarea stadiilor prin care trecea celula nervoasă, atunci când era mutată din locul său normal de origine, într-o altă parte a corpului."

Experienţele de mai sus ale lui Gheorghe Marinescu cu aceşti colaboratori nu au avut numai o importanţă teoretică, ci au avut şi aplicaţii practice. Ele au servit pentru intervenţii chirurgicale reparatorii, de sutură a nervilor în cazuri de plăgi ale membrelor, cu secţionarea nervilor, mai ales la răniţii din timpul războiului.

În anii 1917-1919 Gh. Marinescu aflându-se la Londra şi Paris a primit misiunea de a face studii speciale asupra regenerării nervilor amputaţi ai răniţilor, fiind considerat ca unul dintre cei mai buni cunoscători ai acestei probleme.

Atunci când dânsul a făcut însă pentru prima oară aceste experienţe şi cercetări la Spitalul Pantelimon, a fost silit să folosească mijloace atât de simple, de rudimentare, încât numai un om ca acesta, înzestrat cu tenacitatea-i proverbială, a putut reuşi.

Ziua de 1 mai 1897, când Gh. Marinescu, cu inima plină de avânt a făcut primul drum spre Spitalul Pantelimon, pentru a-şi lua în primire serviciul ca medic şef, rămâne consacrată ca *ziua în care s-a scris actul de naştere al ştiinţei neurologice româneşti*. Savantul avea să dea în curând o deosebită strălucire modestului şi îndepărtatului spital, pentru care îşi consacra zilnic câte 3 ore pentru drumul dus şi întors, făcut cu o „brişcă" (după expresia fiicei sale), ce de-abia putea înainta prin hârtoapele ce se întindeau de-a lungul celor 12 km, departe de a-l speria pe tânărul medic. Acest lucru i-a sporit şi mai mult imboldul spre muncă, de a se dărui cu pasiune cercetărilor sale, bolnavilor şi de a-i antrena pe tinerii săi colaboratori – Ion Minea, Constantin Parhon şi Goldstein – să iubească Neurologia şi să lucreze cu mult devotament.

Împreună cu asistentul său Ion Minea, cu care profesorul făcea unele din cele mai izbutite cercetări şi studii ale structurii şi biologiei celulare şi sistemului nervos, Gh. Marinescu a imaginat şi a pus în practică o metodă originală de tratament pentru paralizia generală.

La Spitalul Pantelimon nu se mai injecta salvarsanul în lichidul cefalorahidian, ci injecţiile au constat din introducerea în acest lichid de ser salvarsanizat. Serul provenea de la bolnavii de sifilis, cărora li se făcea o injecţie masivă de neosalvarsan. După câteva ore se recoltau 40-50 cm^3 de sânge, din care se extrăgea, după coagulare, serul. El conţinea atât o doză infinitezimală de salvarsan, cât şi antitoxina sifilitică, produsă de organism. Acest ser injectat bolnavilor paralizaţi dădea rezultate din ce în ce mai bune, mergând până la oprirea evoluţiei tabloului clinic.

În anii aceia, japonezul NOGUCHI, folosind o metodă proprie de coloraţie, a izbutit să găsească spirocheta pallida în creierul cadavrelor provenite de la foştii bolnavi de paralizie generală.

Aflând despre descoperire, imediat după ce NOGUCHI a făcut-o cunoscută, Gh. Marinescu, care se găsea în acea oră târzie de noapte în biroul său de lucru de acasă, i-a telefonat asistentului său Ion Minea la Spitalul Pantelimon. Sculat din

somn de internul de gazdă, Ion Minea a venit într-un suflet la telefon.

Din creierul lui Dobrescu, care a murit azi de paralizie generală, te rog să-mi prepari câteva lame... Apucă-te neapărat de lucru! Stai încă un moment să-ţi mai dau câteva amănunte în legătură cu coloraţia. Şi Gh. Marinescu a indicat asistentului său în ce fel trebuiau lucrate, după tehnica lui Noguchi, preparatele respective.

În aceste preparate microscopice pe care le-a analizat cu migală Gh. Marinescu împreună cu Ion Minea, au găsit şi dânşii spirocheta. Faptul acesta a fost comunicat imediat lumii ştiinţifice, care aştepta cu nerăbdare primele semne de continuare ale descoperirii lui Noguchi. Ca întotdeauna când verifica un fapt, şi de data aceasta Gh. Marinescu a adăugat ceva în plus descoperirii iniţiale. Astfel, în timp ce Noguchi găsise spirocheta numai în creierul celor decedaţi de paralizie generală, savantul de la Bucureşti împreună cu Ion Minea surprinseră pentru prima oară spirocheta nu numai pe cadavru, ci şi pe viu (în ţesutul cerebral).

Descoperitorul tratamentului cu salvarsan se cunoaşte în lumea medicală că este EHRLICH, dar la Congresul medical ţinut în 1913 la Königsberg, vorbind despre proprietăţile curative ale preparatului său, Ehrlich nu a uitat să amintească de tratamentul iniţiat şi aplicat încă din 1910 de Gh. Marinescu şi Ion Minea, cât şi de rezultatele obţinute de dânşii – pentru prima oară în medicină – prin injectarea serului salvarsanizat intrarahidian.

Atât SWIFT, cât şi ELLIS au recunoscut după un timp că paternitatea tratamentului aparţinea lui Gh. Marinescu şi Ion Minea. Ei susţineau însă că l-au „îmbunătăţit". Îmbunătăţirea consta în faptul că medicii americani comercializaseră pe scară largă descoperirea, punând în fiole serul salvarsanizat, pe când Gh. Marinescu şi colaboratorul său Ion Minea, care lucraseră cu doi ani înainte, de-abia avuseseră la dispoziţie materialul necesar trimis de Ehrlich, pentru un număr redus de experienţe şi tratamente.

Sintetizând colaborarea între savantul Gh. Marinescu şi Ion Minea, cât şi temele cercetate, putem să concluzionăm că:

- au studiat influenţa tiro-paratiroidectomiei asupra degenerării şi regenerării nervilor secţionaţi şi au formulat aşa-zisa „simbioză neuro-tiroidiană";

- au adus contribuţii la anatomia patologică şi patogenia tabesului, la histopatologia şi tratamentul sclerozei multiple, la studiul plăcilor senile şi au întreprins cercetări asupra culturii in vitro a ganglionilor spinali;

- au imaginat şi au pus în practică o metodă originală de tratament a paraliziei generale, prin injecţii intrarahidiene cu ser salvarsanizat;

- tot Marinescu şi Minea au abordat studiul culturii ţesutului nervos in vivo şi au formulat concluzii referitoare la viaţa, creşterea, regenerarea şi moartea celulelor nervoase.

Una dintre cele mai valoroase lucrări ale savantului Gh. Marinescu a fost „La cellule nerveuse" (Celula nervoasă), publicată în anul 1909 la Paris. La această carte de consacrare a colaborat şi profesorul Ion Minea. Acesta a făcut parte dintre colaboratorii lui Marinescu, care s-a ocupat şi cu problema afaziei, stabilind că afazia este o tulburare de limbaj, datorită unor leziuni ale scoarţei cerebrale. Cu această parte ştiinţifică profesorul Ion Minea a continuat la Cluj tradiţiile ştiinţifice inovatoare ale marelui său maestru. Caracteristica esenţială a lucrărilor sale este dată de linia anatomo-clinică şi experimentală, precum şi de o serie de încercări de găsire a unor metode originale de tratament, pentru diferite afecţiuni neurologice.

Din anul 1925 s-a preocupat foarte intens de problema sclerozei multiple. A fost adeptul originii virale a acestei boli, considerând că distrucţia tecii de mielină a fibrelor nervoase este datorată unei lipaze mielinolitiee, conţinută în virusul patogen. A presupus că această activitate biochimică ar putea fi împiedicată prin injectarea intrarahidiană de lecitină. Astfel, a administrat intrarahidian lecitină sub formă de emulsie în ser fiziologic, obţinând rezultate pozitive la mai multe cazuri, iar această metodă a numit-o antifermentoterapie.

În mai multe lucrări a studiat fenomenele de degenerare şi regenerare în scleroza multiplă şi a descris o formă specială de regenerare intrazonală a fibrelor sistemului nervos central, pe care a putut-o reproduce şi experimental pe nervii congelaţi.

Tot în această boală a evidenţiat reacţiile patologice în focarele cerebrale ale bolii şi a cercetat relaţiile dintre scleroza multiplă şi sifilis.

O altă problemă abordată a fost aceea a degenerării şi regenerării nervoase, în speţă problema factorilor mai cu seamă extrinseci ai regenerării. Cercetările au continuat pe acelea începute de savantul Marinescu, ca spre exemplu: rolul insuficienţei tiroidiene latente în nevritele şi polinevritele prelungite, cât şi influenţa favorabilă a terapiei tiroidiene în activarea procesului de regenerare.

Obţinând serul antilipazic pe cale experimentală şi administrându-l la iepuri, cărora li s-a secţionat nervul sciatic, a constatat o întârziere a dezvoltării fenomenelor degenerative în capătul periferiei şi o activitate intensă a fenomenelor de regenerare în capătul central al nervului secţionat.

A preparat şi un ser antitriptic care s-a dovedit a avea o eficacitate şi în artropatie şi atrofie optico-tabetică.

O altă direcţie de cercetare ştiinţifică a fost şi problema tabesului. Aici sunt incluse cercetările histologice care au dus la descoperirea unei reacţii plastice a celulelor nervoase din coloana lui Clarke a măduvei spinării, cărora le-a atribuit un rol important în determinarea ataxiei tabetice.

A urmărit, de asemenea, o temă foarte importantă şi anume modificările celulelor cerebrale în sensibilitate şi a adus contribuţii în această problemă.

A descris neurologia sensibilităţii, a arătat reacţia nevrogliei în plăcile senile, a descoperit pseudoplăcile senile şi gigantocitoza cerebrală senilă.

A participat activ la toate congresele naţionale ale societăţii de neurologie, psihiatrie, endocrinologie şi psihologie.

Congresul din 1935 organizat la Cluj a avut ca tematică principală ereditatea în bolile familiale ale sistemului nervos.

A fost primul vicepreşedinte al Societăţii Ştiinţelor Medicale din Cluj. A îndeplinit în cadrul conducerii facultăţii de medicină funcţia de decan (1920-1921), prodecan (1921-1922) şi rector al Universităţii din Cluj (1926-1927).

A fost decorat în anul 1930 cu medalia „Răsplata muncii" pentru învăţământ clasa 1, pentru sarcinile aduse învăţământului superior timp de 10 ani şi decorat cu gradul de Comandor al Coroanei Române, în 1936.

A fost membru al Academiei de Medicină.

Prin moartea lui s-a stins din viaţă o figură luminoasă din galeria de savanţi români care a contribuit la dezvoltarea şi progresul ştiinţelor române, o figură distinsă şi valoroasă a şcolii medicale şi a neurologiei clujene.

Rămân şi astăzi cuceriri deosebit de importante rezultatele cercetărilor sale histopatologice, privind problemele creierului senil, grefele, culturile de ţesut nervos şi problema degenerării şi regenerării nervoase.

Opera sa rămâne înscrisă la loc de cinste în patrimoniul neurologiei româneşti, în care s-a distins ca un eminent clinician, iscusit histopatolog, cercetător experimentat, biolog şi descoperitor de noi metode terapeutice.

CALENDAR 2018 DE ISTORIA MEDICINEI ŞI FARMACIEI (III)

Farm. pr. Maria Gabriela Suliman, Bucureşti (SRIF, ISHP)
Ist. Antoaneta Lucasciuc, Bucureşti (SRIM, ISHM)

Norodul din Bucureşti pătimeşte din cauza unui băltac ...

1803, iulie 19, Bucureşti (215 ani) – Domnitorul Constantin Ipsilanti dă pitac pentru *„astuparea acelui băltac de la Gorgani, plin de putoare nesuferită, din care molipsindu-se aerul se pricinuieşte şi vătămarea sănătăţii locuitorilor din preajmă"*. Vedem aici că domnitorul îngrijorat de această stare porunceşte *„negreşit şi fără zăbavă"* Vel vornicului Capitalei astuparea cu 15 care de *„sfărâmături de la zidurile căzute"* [Brătescu G., J. Brossollet, Inst Pasteur Paris, *Dr. I. Serafim despre substratul epidemiologic al Bucureştilor (1815)*, Rev. de igienă, bacteriologie ş.a. nr. 2, apr.-iunie, 1989, p. 188].

Un curs de anatomie topografică

1863, aug. 1, Iaşi (155 ani) – Dr. Ludovic Russ-senior (1816-1888) organizatorul Serviciului de chirurgie din Spitalul *„Sf. Spiridon"* (1848), a predat de la această dată, *„14 capitole"* din *„Cursul de anatomie topografică, chirurgie superioară şi operativă, pansamente şi instrumente"*, în clinica Spiridoniei, pentru studenţii Universităţii Mihăilene, Iaşi (înfiinţată în 1860) şi pentru elevii Şcolilor de Chirurgie şi Farmacie, înfiinţate la iniţiativa dr. Nicolae Negură (1832-1884) [Dana Baran, *Facultatea de Medicină a Universităţii din Iaşi*, Ed. „Grigore T. Popa" UMF Iaşi, 2012].

Prima promoţie

1933, iulie 1, Bucureşti (85 ani) – La Institutul medico-militar, sub directoratul col. dr. N. Marinescu, s-a organizat sărbătorirea primei serii de absolvenţi intraţi în Institut după reorganizarea lui din 1926 (53 medici umani, 181 medici veterinari şi 25 farmacişti) [Diaconescu M., *Oameni şi fapte din istoria medicinii militare româneşti,* vol. I, Ed. Pro Transilvania Bucureşti, 2005, p. 73].

Comemorări

Un renumit medic sas apreciat în Ţara Românească

1888, aug. 6, Craiova – 130 ani de la trecerea în eternitate a medicului sas Joseph Wilhelm Fabricius (n. 24 mai 1830, Braşov)

După studii de medicină şi chirurgie la Viena şi Paris, vine în Bucureşti la începutul anului 1859; apreciat de C. Davila, care îl numeşte medic primar al Spitalului Central *„Preda"* din Craiova; este readus în Capitală (1867) ca şef al Secţiei de oculistică la Spitalul Colţea şi profesor de oftalmologie la Şcoala Naţională de Medicină şi Farmacie, director C. Davila; se întoarce în capitala Băniei la cererea craiovenilor care aveau nevoie de un medic ca el, ce întrunea toate calităţile profesionale şi umane, fiind numit medic şef al Spitalului *„Preda"* şi medic terapeut al Ospiciului de alienaţi mintali *Madona Dudu*; între 1877-1878 organizează Spitalul de campanie *„Independenţa"*, fondat de un grup al doamnelor române şi, totodată, primeşte sarcina de a controla bunul mers al lazaretelor militare pentru îngrijirea dorobanţilor români; a fost un medic oftalmolog renumit cu peste 3000de pacienţi operaţi veniţi din toată ţara şi alte continente [Bologa V., *Medicina la Braşov*, în Vol. II Contribuţiuni la istoria medicinii din Ardeal, Cluj, 1927, p. 61].

1893, sept. 6, Bucureşti – 125 ani de la decesul farmacistului şi medicului Theofil Gottlieb Fabini (n. 20 feb. 1839, com. Cincu Mare, comitatul Făgăraş) de naţionalitate austriacă, absolvent al Facultăţilor de medicină şi farmacie din München, proprietarul Farmaciei *„Apollo"* din Oltenița (1863), pe care o va moşteni fiul său, farmacistul Carol Fabini (1878-1967) [Lipan V., *Dicţionar biografic de farmacişti români,* Vol. 1, Ed. Farmaceutică, Buc., 2011, p. 288-290].

1898, sept. 22, Turnu Severin – 120 ani de la decesul medicului Mihail Mingarelli (n. 1829, iulie 8, Santerno, Ferrara, Italia)

La 19 ani a obţinut la universitatea din Bolognia bacalaureatul (1839), titlul de licenţiat al facultăţii de medicină (1844), diploma de laureat al facultăţii de medicină (1845) şi dreptul de a exercita medicina (1847); numit medic ofiţer sanitar pe lângă batalionul izolat din Bagnacavallo (11.11.1847), din 13.03.1849 ales membru al consiliului şi magistraturii acelui oraş; la 26.07.1855 guvernul Pontifical din provincial şi oraşul Ravenna a atestat că a exercitat ca *„doctor fizic"* arta medicală în timpul cât a stat în Bagnacavallo; a venit în Moldova şi a obţinut dreptul de liberă practică (1855); numit medic al oraşului Tecuci (17.09.1856), mutat în oraşul Ismail (13.05.1857-1.05.1858), medic al districtului Cahul, cu salariul de 8.000 lei anual (30.10.1867); medic primar al judeţului Fălciu până la pensionare (8.07.1870); în 1871 a plecat pentru puţină vreme în imperiul turcesc, apoi a fost numit medic primar al judeţului Vaslui (18.12.1872-17.11.1875), a trecut în aceeaşi calitate în judeţul Prahova până la 3.03.1878, când a fost transferat în judeţul Brăila până la 29.04.1882, apoi permutat ca medic al judeţului Mehedinţi până la moarte; a publicat *„Legislaţiunea medicală"* (1875, România medicală, p. 74), *„Despre aplicaţiunea photografiei în medicina legală"* (1876, ibidem, p. 20), *„Băile de la Lacul-Sărat* (1879, Jurnalul Societăţii ştiinţelor medicale din Bucureşti, p. 353); membru corespondent al Societăţii de medicină legală din Paris; decorat cu ordinele *„Coroana României"* în gradul de Cavaler şi *«Apărătorii Independenţei»* [Gomoiu V. şi farmaciştii Gh. Gomoiu şi Maria V. Gomoiu, *Repertor de medici, farmacişti, veterinari (personalul sanitar) din ţinuturile româneşti*, vol. I (înainte de anul 1870), Tip. Presa, Brăila, 1938].

Primul monograf român al staţiunii Băile Herculane

†1903, sept. 7, Băile Herculane – 115 ani de la decesul dr. Alexandru Popovici (n. 17.01.1836, Oraviţa), renumit balneolog.

Născut într-o familie de ţărani, va deveni un medic apreciat atât în Europa cât şi în continentul african, unde se spune că ar fi ajuns farmacistul şef al unui sultan din Egipt (Rev. *Familia* nr. 29/24 iulie 1877, p. 333); după studii de chirurgie şi medicină generală la Olmütz (Cehia) şi Erhlangen (Germania) finalizate în 1866, se angajează la Băile Herculane, fiind primul medic balneolog român şi *„preferatul protipendadei bănăţene"*; pleacă la Viena (1872), unde îşi pregăteşte teza de doctorat, pe care o va suţine în 1875, dar deja era apreciat şi solicitat în mai multe state din Europa; tipăreşte la Pesta, în 1872, prima monografie în limba română a staţiunii: *„Băile lui Ercule sau Scaldele de la Meedia"* (tradusă în germană în 1885); este cunoscută şi lucrarea originală *„Electrohomeopatia. Medicina şi tămăduirea poporului. Sistem Mattei"*, Ed. şi Tipografia *„Românul"*-Carol Göbl, Buc., 1884; după cum se ştie vizita România în sezonul rece când băile erau închise, ca medic binecunoscut şi apreciat: *„ca un om foarte înzestrat, legat şi de ţara liberă"* (N. Iorga) [Bălteanu D., *Herculane – Arc peste timp*, Ed. Info Craiova, 2017, vol. 3, p. 123-128].

†1913, sept. 18, Piteşti – 105 ani de la decesul farmacistului Ludovic Mrazec (n. 9 apr. 1836, Ober Cerekve, Bohemia), absolvent al Universităţii din Viena, magistru în farmacie (1858), cu drept de liberă practică în România (1865), a lucrat 45 de ani în farmacia *„Aurora"* din Craiova, împământenit (1887); membru al Societăţii farmaciştilor din România; decorat cu ordinul *„Coroana României"* în grad de cavaler; fiul său, Ludovic, absolvent al Şcolii superioare de farmacie din Bucureşti (1888), a devenit unul dintre cei mai apreciaţi savanţi din ţara noastră [Lipan V., *Dicţionar biografic de farmacişti români,* Vol. 2, Ed. Farmaceutică, Buc., 2011, p. 123-124].

Un medic bucovinean în lupta cu tuberculoza

† 1923, iulie, Braşov – 95 ani de la decesul dr. Nicu Bacinschi (n. 1877, Rădăuţi) Medic al muncitorilor minieri şi forestieri

la Iacobeni, Câmpulung-Moldovenesc (1903-1906); în 1906 la Frătăuţii Vechi, jud. Rădăuţi tuberculoza făcea ravagii în rândul populaţiei şi singurele *„remedii"* erau sfaturile igieno-sanitare; el a fost singurul şi primul medic din judeţ, care a avut aparat Roentgen propriu şi un automobil care îl ajuta să se deplaseze pe distanţe mari; se refugiază în România, la Turnu-Severin, unde este numit medic epidemiolog (1914); în 1917 este considerat *„trădător român"* deoarece părăsise teritoriul austro-ungar; a scris un *„Jurnal"* cuprinzând evenimentele din timpul războiului când în calitate de medic *„ofiţer de rezervă"* a îngrijit răniţi şi bolnavi (1918, Rădăuţi); în 1923 se internează la Sanatoriul Dr. Deppner, Braşov, dar boala secolului, *„moartea albă",* împotriva căreia luptase, îl doboară şi în iulie, este înhumat în cimitirul românesc din Şcheii Braşovului [Antoaneta Lucasciuc, Maria-Gabriela Suliman, *Medici militari bucovineni şi traseele lor istorice,* conferinţă AMFOR, Bucureşti, 27 nov. 2015].

Un medic pion pe tabla unirii Bucovinei cu România

†1938, iulie 23, Stulpicani, jud. Suceava – 80 ani de la decesul medicului pediatru Isidor Bodea (n. 1866, martie 2, Arad), al cărui nume rămâne legat de Unirea Bucovinei (28 nov. 1918).

Urmează Facultatea de Medicină de la Viena (1895-1901), intern şi extern, unde se perfecţionează şi se specializează la *Kaiser Franz Joseph Kinder Spital*; se înscrie alături de alţi tineri români naţionalişti în Societatea academică - literară *„România Jună",* cu o activitate rodnică, împreună cu viitorul prof. dr. balneolog Marius Sturza (preşedinte) şi dr. Alex. Vaida-Voievod (viitorul prim-ministrul României întregite); transferat la Cernăuţi (1906) ca medic primar pediatru şi din 1908 este director al Spitalului pentru copii; a acordat atenţie educaţiei sanitare în rândul elevilor din şcolile oraşului şi în special, al celor din Internatul de băieţi patronat de Societatea pentru Cultura şi Literatura Română din Bucovina; s-a ataşat de membrii fruntaşi ai acestei Societăţi, patrioţi bucovineni, cărora le-a asigurat chiar propria sa locuinţă, pentru întâlnirile conspirative din timpul Primului Război Mondial; aici s-au pregătit condiţiile şi programul Unirii Bucovinei cu România, tot în casa dr. I. Bodea a fost posibilă apariţia primului număr al ziarului *„Glasul Bucovinei"* la 22 oct. 1918 (membrii fondatori: prof. dr. Octavian Gheorghian, directorul Maternităţii din Cernăuţi, dr. Eudoxiu Procopovici, oftalmolog, directorul Spitalului Central, dr. Nicu Dracea-Dracinschi, inspector general sanitar şi poet ş.a.); s-a pensionat în 1932, lăsând în grija dr. Astra Nandriş-Călugăreanu Spitalul de pediatrie din Cernăuţi, pe care l-a condus timp de 26 ani; a sfârşit în tragicul accident de avion al companiei poloneze LOT, în cursa Varşovia-Cernăuţi-Bucureşti (23 iulie 1938, Stulpicani), când venea în Capitală la înhumarea Reginei Maria; înmormântat la Cernăuţi [Antoaneta Lucasciuc, Maria-Gabriela Suliman, *Medici militari bucovineni şi traseele lor istorice,* conferinţă AMFOR, Bucureşti, 27 nov. 2015].

†1938, sept. 5, Galaţi – 80 ani de la decesul farmacistului Constantin Ţinc (n. 3 aug. 1857, Giurgiu)

A obţinut licenţa în farmacie la Bucureşti şi libera practică (1883); naturalizat în 1886, când a înfiinţat în Galaţi farmacia *„Română"*, ale cărei produse realizate în laborator au fost premiate cu prilejul Expoziţiei Universale de la Paris (1889); Expoziţiei ştiinţifice (1903) şi a celei generale (1906) din Bucureşti cu medalii de aur; a făcut politică liberală, fiind în mai multe rânduri consilier comunal, primar al oraşului Galaţi şi senator; membru onorific în Consiliul de igienă şi salubritate publică al oraşului Galaţi; membru al Societăţii farmaciştilor din România; decorat cu ordinul *„Coroana României"* în grad de ofiţer [Lipan V., *Dicţionar biografic de farmacişti români,* Vol. 2, Ed. Farmaceutică, Buc., 2011, p. 309-311].

Un mare anatomist (Iaşi-Bucureşti)

†1948, iulie 18, Bucureşti – 70 ani de la moartea academicianului prof. dr. Grigore T. Popa (n. 1 mai 1892, Şurăneşti, jud. Vaslui), decan ieşean de nivel european; strâns legat cu *„mintea, inima şi literatura"* de oraşul celor 7 coline, unde a urmat Facultatea de medicină; fiind un student eminent a fost remarcat de prof. dr. Francisc Rainer, care l-a reţinut încă de pe băncile facultăţii, la Catedra de anatomie; pătruns de spiritul distinsului anatomist, în anul 1920, când acesta se transferă la Bucureşti, îl urmează; ani de perfecţionare în *„ştiinţa formei vii"* dar şi în specializările de *„biologie morfologică umană"*, oferite de o bursă Rockefeller (1925-1928); se întoarce în ţară (1928) şi este numit *„profesor şef de disciplină* Anatomie şi Embriologie la Facultatea de Medicină din Iaşi", director al Institutului de Anatomie, prorector al Universităţii ieşene (1938-1940), epitrop al Spiridoniei, preşedinte al Societăţii de Medici şi Naturalişti; anul 1936 i-a adus onorantul statut de membru corespondent al Academiei Române şi fondator, împreună cu M. Sadoveanu şi G. Topârceanu, al prestigioasei reviste *„Însemnări ieşene"*; se întoarce la Bucureşti (1942) ca succesor al prof. F. Rainer [Dana Baran, *Decani şi rectori ai Universităţii de Medicină şi Farmacie din Iaşi (1879-2016)*, Ed. „Grigore T. Popa" UMF Iaşi, 2016, p. 50-51].

†1948, iulie 20, Bucureşti – 70 ani de la moartea farm. israelit gen. de brigadă onorific în retragere Josef Cerbeanu (n. 7 aug. 1870, Bacău).

S-a înscris la Şcoala superioară de farmacie din Bucureşti (1888); a obţinut licenţa şi libera practică (1894); împământenit (1903) a arendat farmacia *„Sf. Dumitru"* din Tecuci, pe care a administrat-o câţiva ani [Lipan V., *Dicţionar biografic de farmacişti români,* Vol.1, Ed. Farmaceutică, Buc., 2011, p. 151-152].

†1948, aug. 19, Bucureşti – 70 ani de la moartea farmacistului Alexandru Volanschi (n. 18 iulie 1864, Tecuci).

S-a înscris la Şcoala superioară de farmacie din Bucureşti (1878); practica de elev a efectuat-o timp de trei ani în farmacia *„Sf. Dumitru"* din Tecuci; stagiul de doi ani ca asistent în farmacia *„Foişorul de Foc"* din Bucureşti (1881-1883); a obţinut licenţa şi libera practică (1885); arendator al farmaciei *„Înger"* din Iaşi până în nov. 1893; diriginte-administrator al farmaciei *„Curtea Regală"* din Brăila (1894-1896); a înfiinţat o farmacie în Bucureşti pe str. Ştirbei Vodă (1897), care din ordinul autorităţilor militare germane de ocupaţie a fost transportată în 1917 la Constanţa, unde a funcţionat pe tot timpul războiului ca *„Farmacie de stat"* în localul farmaciei *„Engleze"*; împreună cu farmaciştii Anton Altân şi Dimitrie Nicolau, a editat publicaţia *„Buletin Farmaceutic"* (1897-1907); a participat neoficial la al X-lea congres internaţional al asociaţiilor farmaceutice de la Bruxelles (1-5.09.1910), când s-a propus înfiinţarea Federaţiei Internaţionale Farmaceutice (FIP) cu sediul la Haga; vicepreşedinte al Societăţii farmaciştilor din România; membru onorific în Consiliul de igienă şi salubritate publică al Capitalei; înmormântat în cimitirul *Bellu* [Lipan V., *Dicţionar biografic de farmacişti români,* Vol. 2, Ed. Farmaceutică, Buc., 2011, p. 335-337].

Comemorarea „dr. cărămidă"

†1948, sept. 14, Bucureşti – 70 ani de la moartea prof. dr. Constantin I. Angelescu (n. 22 iunie 1869, Craiova).

Ministru plenipotenţiar al României în SUA din ian. 1918; ministru al României (29.12.1933-3.01.1934); a murit în Sanatoriul francez Saint Vincent de Paul, azi Institutul de Endocrinologie C.I. Parhon [Antoaneta Marinescu Lucasciuc, Maria-Gabriela Suliman, *Medici militari diplomaţi de carieră,* AMFOR,/25 martie2016; Siniţchi Georgeta, *Medici – personalităţi complexe ale Ligii culturale „Constantin I. Angelescu"*, Revista Medicală Română, vol. LXVIII, nr. 3, an 2017, p. 246-253].

†1953, sept. 5, Paris – 65 ani de la moartea dr. Constantin Levaditi (n. 19 iulie 1874, Galaţi).

A fost unul dintre fondatorii inframicrobiologiei moderne, român naturalizat în Franţa, ales membru corespondent al Academiei Române (1910) şi membru de onoare (1926); a urmat liceul la Bucureşti, apoi Facultatea de medicină din Bucureşti; specializarea a făcut-o la Paris, în *Laboratorul de Patologie Generală şi Experimentală* şi *Institutul «Pasteur»* şi apoi la Frankfurt-am-Main, în *Institutul de Terapie Experimentală*; a obţinut doctoratul în medicină al Facultăţii din Paris (1902), continuându-şi cercetările la *Institutul Pasteur* şi la *Institutul „Fournier"*; o deosebită valoare au studiile lui asupra eritemelor polimorfe, ectodermozelor neurotrope, sifilisului, poliomielitei, encefalitei, vaccino- şi chimioterapiei; a introdus bismutul în terapeutica sifilisului şi a perfecţionat metoda de impregnare cu argint a spirocheţilor în secţiuni [Wikipedia].

†1953, sept. 16, Bucureşti – 65 ani de la moartea col. (r) conf. dr. farmacist galenist Aristide Mihalovici (n. 1 nov. 1877, Bucureşti), cu teza de doctorat *Cercetări asupra tincturei anticholerice „Dr. Davila". O nouă prescripţie pentru prepararea ei* (1914) [Lipan V., *Dicţionar biografic de farmacişti români,* Vol. 2, Ed. Farmaceutică, Buc., 2011, p. 111-113].

Un farmacist participant la Primul Război Mondial

†1963, iulie 1, Bucureşti – 55 ani de la decesul farmacistului, dr. în ştiinţe naturale, prof. univ. la Bucureşti şi Cluj, Ioan Grinţescu (n. 13 ian. 1874, Broşteni, jud. Neamţ)

În timpul primului război mondial a fost mobilizat de la 16 aug. până la 14 martie 1919; primele 10 luni le-a făcut pe front, cu ambulanţa corpului 4 armată şi la spitalele de contagioşi ale acestui corp; din 5 mai 1917, împreună cu Vasile Vârgolici, a fost însărcinat să meargă la Londra şi Petrograd, pentru a urmări şi expedia în ţară materialele sanitare comandate de guvernul român de la Iaşi prin legaţiile din ţările respective; decorat cu *Răsplata muncii pentru învăţământ* cl. I; *Meritul Sanitar* cl. II-a; *Avântul Ţării;* medalia *Carol I; Bărbăţie şi Credinţă* cl. I; *Crucea Comemorativă a războiului 1916-1918*; ordinul *Coroana României* în grad de cavaler [Lipan V., *Dicţionar biografic de farmacişti români,* Vol. 1, Ed. Farmaceutică, Buc., 2011, p. 350-353].

Un farmacist militar-profesor

†1968, aug. 25, Bucureşti – 50 ani de la moartea lui Gheorghe Daniel Herman (n. 22 iulie 1902, Buzău), fiul farmacistului buzoian Daniel Herman; practicant în farmacia tatălui său din Buzău (1922-1923), locotenent-student al Institutului Sanitar Militar din Bucureşti (1927), a urmat cursurile Facultăţii de Farmacie din Capitală, devenind licenţiat la 9 martie 1928; a lucrat în spitalele militare din Bucureşti şi Iaşi; preparator onorific la Catedra de botanică a Facultăţii de Farmacie din Bucureşti (1924); asistent (1927); şef de lucrări, conferenţiar (1949); şef de catedră (1952-1967); a publicat în colaborare *„Botanica farmaceutică. Morfologia şi fiziologia plantelor medicinale"*, 2 vol., 1966 [Lipan V., *Dicţionar biografic de farmacişti români,* Vol. 1, Ed. Farmaceutică, Buc., 2011, p. 364-366; Rogoz L.-Oct., Felicia-Elena Boşcodeală, Mihaela-Mariana Stancu, *Farmacii şi farmacişti din Buzău şi Râmnicu Sărat*, Editgraph, 2014, Buzău, p. 76; XXX, *Facultatea de Farmacie Bucureşti 75 de ani de la înfiinţare 1923-1998*, Genicod Ltd., 2002, p. 57].

Prioritate feminină

†1973, aug. 10, Bucureşti – 45 ani de la moartea Mariei Ropală Cicherschi (n. 18 dec. 1881, Iaşi), prima femeie medic legist.

A încetat din viaţă în vârstă de 92 ani în urma unei congestii pulmonare, fiind înmormântată în Cimitirul Bellu, pe piatra funerară este inscripţionat *„Maria Ropală Cicherschi – prima femeie medic legist din Europa"* [Dana Baran, *Maria Ropală Cicherschi prima femeie medic legist*, Ed. „Grigore T. Popa" UMF Iaşi, 2016, p. 107].

†1978, aug. 4, Bucureşti – 40 ani de la moartea farm. Victor Ştefănescu (n. 27 mai 1904, Târgovişte) col. (rez.) dr. farmacist chimist, farmacist şef al Armatei, cu *„contribuţii la înfiinţarea şi dotarea unui laborator nou, apoi a condus Laboratorul Central de Chimie al Armatei, contribuind la specializarea multor ofiţeri farmacişti"*. A adoptat un ţel nobil: *„Ridicarea prestigiului farmaciei militare, a armatei şi a ţării noastre peste hotare"*. Recunoştinţă şi pietate în acest rămas bun! [Iugulescu C., *Necroloage*, Ed. Sitech Craiova, 2011, p. 10-11; Lipan V., *Dicţionar biografic de farmacişti români,* Vol. 2, Ed. Farmaceutică, Buc., 2011, p. 264-26].

Un farmacist colecţionar şi muzeograf

†1988, aug. 28, Bucureşti – 30 ani de la moartea farm. Nicolae Zahacinschi (n. 5 nov. 1919, com. Mihăileni, jud. Botoşani).

A urmat liceul la Siret, Pomârla şi Rădăuţi (1934-1939); student al Facultăţii de Farmacie din Bucureşti (1941-1945); a efectuat primul an de practică în farmacia lui Gheorghiu din Botoşani; a deschis o farmacie în comuna Lădeşti, jud. Vâlcea (1946); după naţionalizarea farmaciilor din mediul rural a lucrat la Farmacia nr. 43 Osica, jud. Olt (1953); director adjunct, apoi director al Oficiului Farmaceutic Centrofarm Craiova (1956-1967); a contribuit la dezvoltarea şi modernizarea reţelei de farmacii din Oltenia; preşedinte al Secţiei de Farmacie, USSM Filiala Craiova; membru în Comitetul Executiv al Societăţii de Ştiinţe Farmaceutice din România; iniţiator şi fondator, alături de farm. Gh. Cismărescu, al Colecţiei de istoria farmaciei din Craiova (1963); s-a mutat la Bucureşti (1967); diriginte al Farmaciei nr. 2 din Cartierul Titan, până în 1986 când s-a pensionat; a publicat: două articole în revista Practica Farmaceutică: *„Pagini din istoria farmaciei din Oltenia (I)"*, vol. II, p. 149-155 şi *„Colecţia muzeală de istoria farmaciei din Oltenia (II)"*, vol. III, p. 137-139 (1970); *„Mihăilenii de altădată"*, Edit. Litera, Bucureşti, 139 p. (1982); *„Elemente de artă decorativă populară românească – Decorarea ouălelor – meşteşug şi artă",* Edit. Litera, Bucureşti, 128 p., 4 f. pl., coautor Maria Zahacinschi (1985); s-a înfiinţat Muzeul de Artă Populară din oraşul Mihăileni (28 oct. 1986), având la bază colecţia Zahacinschi (cea mai mare parte este depozitată la Muzeul Ţăranului Român); la Sibiel, în Muzeul Icoanelor pe Sticlă, a fost organizată o expoziţie de ouă încondeiate, ceramică, icoane pe sticlă şi lemn, aparţinând familiei Zahacinschi; postum a apărut lucrarea *„Ouăle de Paşti la români"*, Maria Zahacinschi, Nicolae Zahacinschi, Editura Sport-Turism, Colecţia Spaţiul spiritual, Bucureşti (1992). La comemorarea celor 30 de ani de la trecerea sa în eternitate ne facem o datorie de onoare, aducând în semn de omagiu omului, farmacistului, colecţionarului şi fondatorului de muzee, memorialistului, lucrarea noastră, o pagină bio-bibliografică pe care o alăturăm celor semnate până astăzi de istoriografii farmaciei: dr. farm. C. Iugulescu, dr. farm. V. Lipan, prof. dr. Ana Carată şi conf. dr. farm. G. Mogoşanu [Maria-Gabriela Suliman, Antoaneta Marinescu Lucasciuc, *165 ani de la deschiderea spiţeriei „Minerva" din „Mihăilenii de altădată" – un semn de carte al farmacistului Nicolae Zahacinschi (1919-1988)*, în Pagini din istoria farmaciei, Ed. „Gr. T. Popa", U.M.F. Iaşi, 2013, p. 111-116].

†1988, aug. 30, Rm. Sărat – 30 ani de la moartea Valeriei Ev. Ioanid, căsătorită Doroş (n. 26 iulie 1902, Rm. Sărat) viitoarea farmacistă (cu examen de licenţă şi dreptul de liberă practică din 1931); înmormântată în cimitirul *„Eternitatea"* [Lipan V., *Dicţionar biografic de farmacişti români,* Vol. 1, Ed. Farmaceutică, Buc., 2011, p. 267-269; Rogoz L.-Oct., Felicia-Elena Boşcodeală, Mihaela-Mariana Stancu, *Farmacii şi farmacişti din Buzău şi Râmnicu Sărat*, Editgraph, 2014, Buzău, p. 206-207].

†2008, sept. 11, Baia Mare – 10 ani de la moartea dr. Liviu Dragomir (n. 20 iunie 1932, com. Copalnic Mănăştur), absolvent al Facultăţii de Medicină Generală din Cluj (1959); a lucrat în circumscripţia sanitară Băseşti (1959-1961); medic la Spitalul regional de Cardiologie din Covasna, Spitalul Orăşenesc Târgu Secuiesc (1966-1971); şeful secţiei de Neurologie din Spitalul Judeţean Baia Mare (1972-1997) *„având o activitate prodigioasă de peste patru decenii"* [Marian F., *Acei oameni în alb,* Ed. Eurotip, Baia Mare, 2013, p. 58-59].

†2013, aug. 10, Bucureşti – 5 ani de la moartea prof. dr. docent Ion Gherman (n. 19 ian. 1920, Pilipăuţi-Dorohoi).

În ampla sa biografie – medic, cercetător şi profesor – aflăm o autoritate medicală în specialitatea *«Parazitologie clinică»*, şef de secţie în cadrul Centrului de gastroenterologie din Spitalul clinic Fundeni (1960-1990), profesor şi şef de catedră (Parazitologie) la Universitatea din Kinshasa – Zair (Africa) şi la Universitatea Ecologică Bucureşti; doctor în ştiinţe medicale (1971), doctor docent şi medic primar gr. I, cu peste 350 de lucrări ştiinţifice publicate sau comunicate, 30 de monografii din specialitatea parazitologie, de primă importanţă pentru cercetarea ştiinţifică în care acesta a stabilit principii inalienabile de responsabilitate şi probitate profesională, de etică şi deontologie medicală; membru al Societăţii Medicilor Scriitori şi Publicişti Români (SMSPR) cu o bogată activitate înscrisă în ziarele *„România Liberă"*, *„Curentul"*, *„Cotidianul"*, *„Viaţa Medicală"*, dar şi autor de cărţi în care a stabilit adevărul istoric legat de golgota românilor din Bucovina, Basarabia şi Ţinutul Herţa: *„Istoria tragică a Bucovinei, a Basarabiei şi a Ţinutului Herţa"* (1993), *„Cronica Ţinutului Herţa – Pământ dintodeauna românesc"*, Ed. Viaţa Medicală Românească, Bucureşti, 1996, *„Cartea albă a unor vechi teritorii româneşti condamnate la uitare"*, Ed. Cerna, Bucureşti, 1999 etc.; înmormântat în cimitirul mânăstirii *„Mărcuţa"* [Antoaneta Lucasciuc, *Omagiu la trecerea în eternitate a Prof. dr. docent Ion Gherman*, Rev. Permanenţe, Anul XVI, Nr. 8, aug. 2013].

Aniversări

1858, iulie 18, Iaşi – 160 ani de la naşterea farmacistului german Carol Rang (†1935, iunie 12, Tg. Burdujeni).

S-a înscris la Şcoala superioară de farmacie din Bucureşti (1877), practica de elev executând-o în farmaciile *„Apollo"* din Bucureşti şi *„Naţionala"* din Găeşti, jud. Dâmboviţa, ambele conduse de fratele său, Philipp Rang; a susţinut examenul de asistent (1881), stagiile le-a efectuat în farmacia *„Sf. Treime"* din Câmpulung/Muscel (1881-1882) şi *„Minerva"* din Iaşi, arendată de Friedrich Paul (1882-1883); înrolat în armată şi apoi trecut în rezervă (1885) ca farmacist de batalion; şi-a continuat studiile universitare, timp în care, a obţinut împământenirea (1886), devenind cetăţean român; a reintrat în serviciul militar la regimentul 2 Roşiori, apoi din 1888, în serviciul spitalelor; a obţinut licenţa în farmacie (1889); trecut în rezervă ca farmacist de regiment la divizia III Infanterie (30 aug. 1895) şi la 13 sept. a înfiinţat farmacia *„Carol I"* în Tg. Burdujeni, jud. Botoşani; preşedinte al *Băncii Populare Burdujeni,* membru al Camerei de comerţ din Botoşani, a înfiinţat o fabrică de ape gazoase, membru activ al Partidului Conservator, fiind ales de mai multe ori consilier comunal, primar la Burdujeni şi membru în comisia interimară a judeţului (1926) [Lipan V., *Dicţionar biografic de farmaciști români, Vol. 2,* Ed. Farmaceutică, Buc., 2011, p. 196-197; Maria-Gabriela Suliman, Antoaneta Lucasciuc, *Restituiri istoriografice - farmaciști germani din sec. XVIII-XIX în Țara Românească (III),* Galenus, Nr. 90, Iunie-Iulie 2015, p. 55-59].

1873, sept. 23, Râmnicu-Vâlcea – 145 ani de la naşterea gen. de brigadă dr. Alexandru Papiu (†1939).

Fiind student la Facultatea de medicină din Bucureşti (1893) a intrat prin concurs în Institutul medico-militar, unde a fost coleg de promoţie cu viitorii savanţi, C. Levatidi, Ştefan Nicolau ș.a.; dr. în medicină (1898) - medic de batalion clasa a 2-a la Regimentul 11 Siret; medic de medicină internă în Spitalul Militar Central (1900-1915); şef al serviciului medical în acelaşi spital (1915-1918); a participat la Campania din Bulgaria (1913) şi în Primul Război Mondial (1916-1918); medic şef al Armatei din Transilvania, înaintat în gradul de general (1919); a condus Centrul de instrucţie sanitară Bucureşti, organizând Şcolile sanitare militare, care *„au făcut progrese însemnate"* (1924-1932); a scris şi editat în colaborare o serie de manuale pentru învăţământul medico-militar, *„pe care adesea le tipăreşte cu sacrificii personale"*; a fost trecut în rezervă (oct. 1932) şi distins cu Ordinul *Serviciul credincios* în grad de Comandor [Diaconescu M., *Oameni și fapte din istoria medicinii militare românești,* vol. I, Ed. Pro Transilvania Bucureşti, 2005, p. 164-165].

1883, aug. 18, com. Săveni, fostul jud. Dorohoi – 135 ani de la naşterea Prof. dr. Mihai Ciucă (†1969, feb. 20, Bucureşti), unul dintre cei mai recunoscuţi experţi cu funcţii de coordonare, secretar general al Comisiei internaţionale de luptă împotriva paludismului a Ligii Naţiunilor (1924-1939); a deschis două Centre de impaludare terapeutică la Socola şi Berceni; înmormântat în cripta Institutului Cantacuzino alături de mentorul său Ion Cantacuzino şi de prof. C. Ionescu-Mihăieşti [Diaconescu M., *Oameni și fapte din istoria medicinii militare românești,* vol. I, Ed. Pro Transilvania Bucureşti, 2005, p. 223-226].

1883, sept. 12, Bucureşti – 135 ani de la naşterea dr. C. Ionescu-Mihăieşti (†1962, apr. 14, Bucureşti)

După absolvirea Facultăţii de Medicină în ţară, a urmat stagii de pregătire în SUA şi Marea Britanie (la Institutul Lister din Londra), specializându-se în bacteriologie, virusologie, imunologie; între 1927-1929 a studiat şi izolat pentru prima oară în ţara noastră, la Institutul Cantacuzino, în timpul epidemiei de poliomielită, *„o serie de tulpini virale"*, folosind primul în virusologie termenul de *„sexualitate"* în legătură cu fenomenul de exaltare a virusului polio; director al Institutului Cantacuzino, când s-au ridicat două corpuri de clădire şi s-a organizat producerea vaccinului antipolio; profesor de bacteriologie mai întâi la Universitatea din Iaşi şi, din 1930, la cea din Bucureşti; membru fondator al Asociaţiei Române pentru Strângerea Legăturilor cu Uniunea Sovietică (ARLUS); membru titular (1945) al Academiei Române; vicepreşedinte al Societăţii Române de Hematologie, înfiinţată în 1932 de I. Cantacuzino; colecţionar de cărţi rare şi tablouri [*Istoria ştiinţelor în România-Medicina*, sub redacţia acad. Şt. M. Milcu, prof. dr. B. Duţescu, Ed. Acad. R.S.R., Bucureşti, 1980].

1903, aug. 15, Craiova – 115 ani de la naşterea acad. Ştefan-Marius Milcu (†1997, dec. 1, Bucureşti).

A fost comemorat în cadrul SRIM, Filiala Bucureşti, *Seminar Gomoiu-Samarian-Vătămanu*, luni, 30 oct. 2017, ora 13:00 şi prin prezentarea cărţii *„Ştefan Marius Milcu, Însemnări memorialistice»*, Cristiana Glavce, Ed. Academiei Române, Bucureşti, 2006, de către dr. Arety Candide Dinulescu şi prof. Antoaneta Lucaşciuc [*Dicţionar al personalităţilor din Dolj, Repere spirituale româneşti,* Ed. , Craiova, 1999, p. 213].

1923, aug. 29, Turnu Severin – 95 ani de la naşterea farmacistului Victor Naum (†2010, Baia Mare).

A urmat cursurile şcolii elementare şi ale Liceului *„Traian"* (1942); a absolvit Facultatea de Farmacie din Bucureşti (1948), a lucrat la o farmacie particulară din Turnu Severin şi apoi la Farmacia nr. 24 din localitate (2.04.1949-13.03.1962); farmacist principal (1961); a plecat la Baia Mare, unde a lucrat la Farmacia nr. 1 (13.03.1962-1.01.1988) timp de peste 25 ani ca farmacist diriginte, iar după 1983 a fost farmacist coordonator al judeţului Maramureş; a participat la toate reuniunile, unde a reprezentat cu cinste farmacia şi farmaciştii maramureşeni; a publicat mai multe articole de specialitate în revista *„Farmacia"*; timp de 40 de ani, atât la Turnu Severin, cât şi la Baia Mare mai mult timp, a prestat o activitate apreciată de colectivele pe care le-a condus cu competenţă în Farmacia nr. 1 (cea mai veche din Baia Mare) cât şi împreună cu personalul medical din Direcţia Sanitară a judeţului Maramureş, pentru apărarea sănătăţii populaţiei [Marian F., *Acei oameni în alb,* Ed. Eurotip, Baia Mare, 2013, p. 124-125; Maria-Gabriela Suliman, Antoaneta Marinescu Lucasciuc, *Farmaciști originari din județul Mehedinți*, A XXVI-a Reuniune Națională de Istoria Farmaciei, *LUCRĂRI IN EXTENSO*, Drobeta-Turnu Severin, 25-27 mai 2017, Ed. Sitech, Craiova, p. 264-268].

1933, iulie 2, Bucureşti – 85 ani de la naşterea farmacistei Cezarina Rodica Ţuchel (†2000, feb., 12, Bucureşti).

Licenţiată a Facultăţii de Farmacie din Buc. (1956) şi cunoscută prin preocupările în domeniul homeopatiei, căreia i-a dedicat o lungă perioadă de cercetare, a organizat şi condus prima farmacie homeopată din Bucureşti, care ani de-a rândul a reprezentat un nucleu de cercetare ştiinţifică şi de perfecţionare postuniversitară a farmaciştilor în acest domeniu; ca istoriograf a publicat lucrarea intitulată *«Momente din drumul homeopatiei* în *România»*, în Gazeta Farmaciştilor, anul II, nr. 2, ian.-martie 1992 şi alte subiecte din istoria homeopatiei în vol. *«Apărarea sănătăţii ieri* şi *azi» – Studii* şi *documente* (sub redacţia G. Brătescu), Ed. Medicală Bucureşti, 1984, p. 465-466; 475 [Popescu H., Mogoşanu G. D., Raluca Praţa, *Câţiva farmaciști din istoria homeopatiei în România*, în *Istoria Farmaciei*, Ed. Sitech Craiova, 2010, p. 248-257].

Aniversări-comemorări

1858, iulie 30, Brăila – 160 ani de la naştere şi 85 ani de la moartea prof. dr. Mina Minovici (†1933, apr. 25, Bucureşti).

A terminat clasele primare în oraşul natal, apoi patru clase gimnaziale la liceul *Matei Basarab* din Bucureşti, după care s-a înscris la Şcoala superioară de farmacie, ca bursier intern, practica de elev a executat-o la Farmacia centrală de la Spitalul Colţea (1874-1877), şi-a susţinut examenul de asistent în farmacie (1878), în continuare efectuând doi ani de practică la Farmacia centrală a Eforiei spitalelor civile Bucureşti; a obţinut licenţa în farmacie (1881) şi în medicină (1885); a fost trimis la Paris cu o bursă de 300 de lei pe lună (mai-oct. 1886) pentru a studia în laboratorul lui Louis Pasteur tratamentul împotriva turbării, împreună cu dr. George Grigorescu; şi-a susţinut teza de doctorat în medicină la Paris (7 iunie 1888) intitulată *„Studiul medico-legal despre moartea subită în urma loviturilor primite în abdomen şi laringe"*; a publicat un memoriu adresat Ministerului cultelor şi instrucţiunii publice pentru îmbunătăţirea învăţământului farmaceutic (1890). La 20 dec. 1892 în prezenţa primarului Bucureştiului, Pache Protopopescu, a inaugurat un institut medico-legal (Morga oraşului), al cărui nume va fi schimbat în 1898, devenind Institutul medico-legal, *„primul de acest fel din lume"*; director general al serviciului

sanitar (21 oct. 1912 - 5 ian. 1914); director pe viaţă al Institutului medico-legal din Bucureşti, care-i poartă numele, *„ca o consacrare a meritelor sale excepţionale”*, în baza legii speciale din 1930 [Majuru A., *Familia Minovici-univers spiritual*, Ed. Institutului Cultural Român, 2005;Lipan V., *Dicţionar biografic de farmacişti români, Vol. 2,* Ed. Farmaceutică, Buc., 2011, p. 117-122].

1873, sept. 18, Craiova – 145 ani de la naştere şi 70 ani de la moartea dr. Aurelian Metzulescu (†1948, Craiova).

După terminarea claselor primare şi a Liceului *Carol I* din Craiova (1891) a urmat cursurile Facultăţii de Medicină din Bucureşti (1891-1897); doctor în medicină (1897); medic în judeţul Olt şi în Craiova, din l900; medic primar al Spitalului de boli contagioase (1906-1935), unde a introdus cu succes noi metode de seroterapie în unele boli contagioase; în 1929, spitalul de boli contagioase din Craiova este vizitat de doctorul M.D. Mackensie, expert al Societăţii Naţiunilor, interesat de tratamentul scarlatinei în acest spital; fondator al Spitalului TBC *dr. A. Metzulescu* din Craiova (1935); a creat *Liga temperanţei* (1938) şi un vast program de sănătate publică şi a întemeiat *Societatea numismatică şi de arheologie, Societatea foştilor luptători*; a organizat la Craiova, primul Congres Naţional asupra maladiilor contagioase (1934), onorat de somităţile medicinei româneşti; a susţinut înfiinţarea învăţământului superior la Craiova (25 mai 1929); colecţionar şi pasionat numismat, realizează prin mijloace proprii, Muzeul militar şi de istorie din Craiova (1920); a primit premiul *Prof. dr. V. Babeş* al Academiei Române, pentru lucrarea *„Tratamentul scarlatinei grave prin serul şi sânge de convalescent”*; a colaborat la *Arhivele Olteniei*; a scris: *„Câteva consideraţiuni asupra Holerei din 1913”* (Craiova, 1914); *„Câteva consideraţiuni asupra positiilor occipitoposterioare”*; *„Câteva consideraţiuni asupra Scarlatinei şi Tratamentul ei Profilactic prin Tinctura iodi”* (apărută până în 1914); *„Harta Tuberculozei în Craiova”* (1908); *„Tratamentul muşcăturilor de vipere”* [*Dicţionar al personalităţilor din Dolj, Repere spirituale româneşti,* Ed. , Craiova, 1999, p. 206].

1883, ian. 30, com. Ucea de Jos, jud. Braşov – 135 ani de la naştere şi 50 ani de la moartea dr. Vasile Cucu (†1968, iulie 18, Bucureşti).

Medic militar, apoi medic civil în comuna Comlăuş, jud. Arad; delegat cu credenţional – supleant la Marea Adunare Naţională de la Alba Iulia, reprezentând comuna Sântana-Arad; inspector sanitar la CFR Arad, apoi medic-şef al municipiului Arad până la pensionare (1921-1938); s-a mutat cu familia la Bucureşti, unde cei doi copii erau studenţi: Viorica (care va deveni conf. dr. farmacist la Facultatea de Farmacie din Cluj) şi Bujor (care va fi medic stomatolog); între 1940-1942 a urmat cursurile învăţământului stomatologic, devenind specialist şi a obţinut dreptul de liberă practică a stomatologiei, când şi-a deschis cabinet particular la domiciliu (1942-1948); distins cu Ordinul *Coroana României* în gradul de cavaler (1922) şi Crucea *Meritul Sanitar* (1925); înmormântat în Cimitirul Bellu [Florea M., *Medicii şi Marea Unire*, Ed. Tipomur, p. 145-148].

1923, sept. 20, Bucureşti – 95 ani de la naştere şi 35 ani de la moartea dr. Alexandru Popescu (†1983, Bucureşti).

A absolvit cursurile liceului Aurel Vlaicu din Bucureşti (1942), apoi Facultatea de Medicină şi Institutul medico-militar din Bucureşti (1948); medic şef la regimentul I cavalerie, apoi medic secundar la laboratorul de bacteriologie din Spitalul Militar Central (SMC) (1950); şef laborator analize medicale Policlinica garnizoanei Bucureşti (1953-1954); şef laborator analize medicale la centrul medical al aviaţiei (1954-1956); aceeaşi funcţie la CAT (1956-1958), după care este numit şef laborator protecţie antibacteriologică la SMC (1958); medic primar bacteriologie, hematologie, cercetător ştiinţific principal SMC; şeful secţiei de microbiologie şi igienă din Centrul de cercetări ştiinţifice medico-militare (1966-1968); cercetător ştiinţific principal şi şeful centrului de radiobiologie MFA; şeful centrului de cercetări ştiinţifice militare (1969-1983); apoi şeful direcţiei medicale şi inspector general sanitar al armatei; profesor de microbiologie şi protecţie împotriva armelor biologice la Facultatea de Medicină Militară; a avut numeroase publicaţii, între care şi coautor al manualelor *Probleme de medicină militară* (1965) şi *Bacteriologie medicală* (1965); 140 de lucrări ştiinţifice comunicate; Doctor în ştiinţe medicale (1969); medic emerit (1973); docent (1974); membru corespondent al Academiei de ştiinţe medicale; membru în comitetele de conducere a societăţilor de patologie infecţioasă şi microbiologie, a societăţii de hematologie din Viena, Societatea franceză de microbiologie şi a altor organisme naţionale şi internaţionale; a scris despre diagnosticul rapid în holeră şi morvă, al anticorpilor prin imunoflorescenţă, comunicând numeroase lucrări ştiinţifice cu aplicaţii practice pentru medicina militară [Diaconescu M., *Oameni şi fapte din istoria medicinii militare româneşti,* vol. I, Ed. Pro Transilvania Bucureşti, 2005, p. 137-138].

Ziua mondială de luptă împotriva hepatitei

La *28 iulie* în întreaga lume este marcată ziua mondială de luptă împotriva hepatitei. Prima celebrare a unei zile internaţionale privind hepatita a fost sărbătorită de Alianţa Mondială pentru Hepatită (WHA) la 19 mai 2008 [Viaţa Medicală nr. 31 din 2 aug. 2013].

Răsfoind reviste medicale

REVISTA ROMÂNĂ DE MEDICINA MUNCII NR. 1-2/2017

Dr. Felix Marian, Baia Mare

Editorialul revistei „Profesia de „ergonomist” – o nouă ocupaţie şi o nouă provocare” este semnată de Prof. Univ. Emerit Aurel Manolescu tratează numeroase aspecte esenţiale ale ergonomieice au deja recunoaştere internaţională, inclusiv cele privind educaţia şi formarea în ergonomie.

Articolul „Hipopigmentări de cauză profesională” are ca autori pe Dr. Letiţia Bucur, Dr. Liliana Constantinescu, Dr. Alexandra – Maria Raşcu trece în revistă cei mai frecvent întâlniţi agenţi cauzali şi deversele teorii etio şi fiziopatogenetice ale acestor afecţiuni.

Lucrarea „Ergonomia – importanţa ei pentru randamentul investiţiei?” a fost realizată de Dr. Ovidiu Ionuţ Ene, care arată că informaţiile publice şi diponible online arată, însă, că este o percepţie greşită.

Mai evidenţiem lucrarea „Evaluarea riscului biologic al funcţionarilor publici din primării: contaminaţi din aer şi de pe suprafeţe” semnat de Dr. Mihaela Stoia cu scopul de a implementa metoda recoltării pe medii de cultură în evaluarea riscurilor la locul de muncă.

La rubrica „Cazuri clinice” se prezintă materialul: „Sideroza pulmonară: studiu de caz, aspecte clinice şi profesionale” – are ca autor pe Dr. Laura – Gerogiana Moise, Dr. Ioana Uluiţeanu, Dr. Lavinia Serea, Dr. Agripina Raşcu. Este vorba de cazul unei tinere, fără alte comorbidităţi, care dezvoltă patologie respiratorie diversă ca urmare a expunerii cronice la oxizi metalici.

„Factorii etiologici ai cancerului profesional” este realizat de Dr. Paula Tecuceanu, Prof. Dr. Eugenia Naghi, Dr. Claudia Handra, Prof. Dr. Agripina Raşcu. Vom mai remarca articolul „Activitatea medicului de medicina muncii la limita legalităţii”, semnat de Dr. Bogdan Andrei Vinersar, Prof. Dr. Eugenia naghi, Prof. Dr. Agripina Raşcu.

În final menţionăm materialul „Modificarea legislaţiei europene privind agenţii cancerigeni şi mutageni – un pas inainte” care are ca autor pe: Dr. Dana Mateş. Dr. Mihaela Nefru, Dr. Mariana Dumitrof.

Publicații medicale

ACTUALITĂŢI ÎN ACCIDENTELE VASCULARE CEREBRALE

Rubrică semnată de: Prof. Univ. Dr. Ştefania Kory Calomfirescu, Cluj-Napoca

Această monografie, apărută prin Editura Ecou Transilvan din Cluj-Napoca în 2013, dezvăluie progresele ştiinţifice în domeniul accidentelor vasculare cerebrale, care sunt enorme pe plan mondial, dar şi la noi în ţară, comparate cu anii trecuţi. De aceea, autoarea a considerat că această carte este utilă nu numai medicilor neurologi, ci tuturor medicilor care se întâlnesc în practica medicală cu pacienţi ce au făcut sau au în observaţie şi tratament un caz sau mai multe cu accident vascular cerebral de tip ischemic sau hemoragic.

Datele de actualitate sunt prezentate sub forma unui dialog între autoare şi domnul academician Dr. Constantin Popa şi începe cu prima întrebare referitoare la interferenţele în neuroştiinţe. Prezentarea datelor actuale cu privire la neuroştiinţe este esenţială pentru abordarea corectă, ştiinţifică a tuturor proiectelor, cu privire la studiul nevraxial şi încadrarea din punct de vedere neurobiologic. Neuroştiinţele acoperă mai multe grade de complexitate, iar ştiinţele biologice cuprinse în neuroştiinţe sunt: neurobiologia, neurodezvoltarea, neurobiologia moleculară, neurohistologia, neurofiziologia, neuroanatomia, neuroanatomia funcţională, psihofiziologia, neuropatologia, neuropsihologia, psihiatria, neuroingineria, imageria cerebrală, filozofia neuroştiinţelor şi neuroştiinţele computaţionale, cât şi cele teoretice.

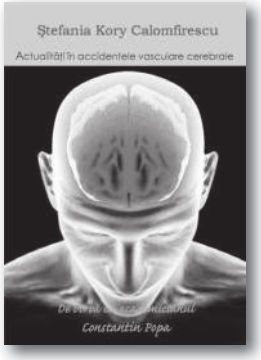
În această monografie, autoarea, după ce prezintă câteva consideraţii istorice privind studiul anatomic, care s-a făcut cunoscut prin stadiul accidentului vascular cerebral (AVC), trece la sanctuarul neurologiei vasculare.

Mortalitatea imensă se menţine şi astăzi în întreaga lume, dar este adevărat că este mai mică în ţările dezvoltate (Statele Unite ale Americii sau cele din Europa Occidentală), persistând problemele zonale în Europa de Est. La noi, mortalitatea prin accidentele vasculare cerebrale (prin stroke) este în continuare în top. Diferenţele se explică prin factorii economici, prin influenţarea factorilor de risc şi prin tratarea preventivă, timp de patru decenii în S.U.A. În România, accidentele vasculare cerebrale reprezintă prima cauză de mortalitate. Stroke-ul vine ca un fulger, din senin şi cere un sistem de alertare.

Întrebările şi răspunsurile trecute în această monografie se referă la o multitudine de probleme şi anume, în primul rând la:

- „Clarificările în stroke (AVC) şi ghidurile de practică medicală", care sunt aprobate anual de Conferinţele europene;
- „Obiectivul principal al metodelor neuroimagistice moderne în faza acută a infarctului cerebral";
- „Managementul din stroke (la managementul bolnavului înainte de intervenţiile cardio şi neurovasculare)";
- „Chirurgia profilactică a arterelor mari, sau reconstrucţia endovasculară" pentru a stabili dacă riscul de stroke perioperator al unui pacient ar fi redus printr-o procedură nerovasculară profilactică;
- „Interferenţele cardiologice în urgenţele de cauză vasculară" (infarctul cerebral acut poate să complice o urgenţă cardiologică, aşa cum tulburările de ritm pot complica primele ore ale atacului cerebral. La acest capitol s-a arătat că protezele mecanice sunt mai trombogene decât protezele biologice şi că există trei direcţii în intervenţia neurovasculară.

Alte întrebări s-au referit la: • „Mismatch şi zona de penumbră în infarctul cerebral acut"; • „Interferenţele neurocardiologice în urgenţele de cauză vasculară şi în primul rând la prevalenţa disecţiei de aortă acută şi la evaluarea neurologică a bolnavului înainte de intervenţiile atât pe vasele creierului, cât şi pe cord, pentru a preîntâmpina eventuala paralizie, după o operaţie pe inimă, sau o boală de inimă, după o intervenţie pe artera carotidă; • „Problema donatorilor de organe"; • „Tulburările cognitive uşoare în accidentele vasculare cerebrale"; • „Aportul unor investigaţii moderne, ca: ultrasonografia Doppler, tomografia computerizată şi imagistica prin rezonanţă magnetică".



În continuare, alte teme dezbătute au fost: • „Ateroscleroza arcului aortic ca factor de risc pentru infarctul ischemic"; • „Prognosticul accidentelor vasculare cerebrale" (subliniindu-se faptul că prognosticul este variabil, în raport direct cu severitatea deficitului neurologic iniţial, cu vârsta şi existenţa unei comorbidităţi asociate); şi • „Cum poate să fie recunoscut sindromul locked-in în semiologia accidentelor?".

S-a subliniat faptul că stroke-ul este prevenibil, totuşi incidenţa globală este în creştere. Nu s-a ţinut seama până acum în cercetarea fundamentală de importanţa unor mecanisme similare sau asemănătoare întâlnite şi în alte boli neurologice, în afara stroke-ului, iar majoritatea populaţiei la risc nu apreciază importanţa factorilor de risc. Cu toate că semnele AVC sunt bine descrise, majoritatea populaţiei nu le apreciază importanţa; • „Stroke-ul silenţions este cel mai frecvent tip", iar afectarea funcţiei cognitive este principala manifestare; • Imagistica cerebrală este obligatorie prin noninvazivitate şi bogăţia informaţională". În acest sens tomografia computerizată (CT) este obligatorie pentru a deosebi infarctul cerebral de hemoragia cerebrală. Imagistica prin rezonanţă magnetică (IRM) în patologia neurovasculară nu înlocuieşte CT, iar neurosonologia în leziunile arteriale cervico-cerebrale este astăzi o metodă de rutină în toate serviciile neurologice.

Printre cauzele relativ frecvente ale accidentelor vasculare cerebrale figurează: • „Malformaţiile vaselor cerebrale". Este foarte importantă cunoaşterea în detaliu a angiopatiilor malformative: malformaţiile arteriovenoase, angioamele cavernoase, angioamele venoase, teleangectazia capilarelor şi varicele venei lui Gallen, la care se asociază sindroamele asociate bolilor genetice.

Este abordată „Cecitatea monoculară tranzitorie", ca urgenţă neuro-oftalmologică (ce este important de făcut când un pacient se plânge de o scădere a acuităţii vizuale). În cecitatea monoculară tranzitorie se impune un examen oftalmologic de urgenţă.

Alte teme luate în discuţie sunt: • „Depresia după accidentul vascular cerebral"; ce rol au reţelele striatotalamocorticale şi cine ar mai putea să fie un factor predispozant în apariţia depresiei post AVC. Metoda morfometriei prin voxel permite măsurarea numerică standardizată a compartimentelor şi a structurilor creierului, iar imagistica funcţională oferă posibilitatea de analiză a reţelelor funcţionale în repaus; • „Implicarea NO (stresului oxidativ) în cursul ischemiei cerebrale". Sinteza de NO prin NOS de tip I şi II contribuie la stresul oxidativ, iar concentraţiile intracelulare crescute de Calciu, producţia NO şi de radicali liberi pot să contribuie la activarea de numeroşi factori de transcripţie nucleară; • „Caracterul evolutiv, diversitatea şi complexitatea mecanismelor puse în joc în cursul ischemiei cerebrale" permit înţelegerea într-o anumită măsură a eşecurilor sau a succeselor relative ale tratamentelor. O temă foarte importantă este „Boala ocluzivă cervico-cerebrală aterotrombotică", unde gamma-angio-encefalografia (GAE) oferă informaţii utile în diagnosticul acestor leziuni şi în stenozele sistemului arterial cervico-cerebral.

În continuare sunt discutate: • „Modularea valorilor tensiunii arteriale post accident vascular cerebral ischemic şi medicamentele antihipertensive indicate"; • "Managementul stenozelor carotidiene" şi anume când se recomandă revascularizarea chirurgicală; • „Aterotromboza – placă turnantă în afecţiunile cardiovasculare", făcându-se distincţia între ateroembolism şi tromboembolism; • „Stenoza carotidiană asimptomatică" este o altă temă importantă, fiind problema practică a specialistului în domeniu; • „Neurobiologia şi neuroplasticitatea" este legată de dezvoltarea actuală a neuroştiinţelor, privind recuperarea funcţiilor cognitive în afecţiunile neuroaxiale şi rolul mecanismelor elementare ale plasticităţii sinaptice; • „Neuropatiile optice anterioare (NOIA) acute"; • „Tratamentul infarctului cerebral în primele 3 ore şi noile modalităţi terapeutice" (tromboliza arterială, agenţii nonfibrinolitici şi abordările farmacologice combinate), dar şi riscul tratamentului anticoagulant în patologia

neurovasculară ischemică; • „Accidentul vascular cerebral care apare în condiţii de graviditate”; • „Placa activă trombotică” şi dacă există diferenţe în morfologia plăcii, privind boala carotidiană vs. boala coronară; • „Relaţia dintre sindromul metabolic şi stroke”; • „Despre neurogeneza şi leziunea cerebrală în stroke”; • „Debitul sanguin cerebral local”; • „Cauzele parietale intrinseci de creştere a rezistenţei vaselor cerebrale”; • „Tulburările de tonus vascular sau volemic”; • „Ischemia cerebrală prin hipodebit şi sincopă”; • „Complicaţiile neurologice postintervenţii de revascularizare coronariană chirurgicală sau percutane”; • „Anevrismele intracraniene nerupte”; • „Explorarea imagistică în accidentele vasculare cerebrale”; • „Tratamentul malformaţiilor arterio-venoase”; • „Infarctul cerebral şi diaschizisul”; • „Disecţiile arterio-cervicale” şi • „Factorii de risc pentru recidiva unui AVC”.

Multitudinea de probleme ce se ridică în diagnosticul, tratamentul şi prevenţia unui AVC întăresc convingerea că neurologia vasculară este un domniu ce trebuie recunoscut ca prioritar.

Cartea se bazează pe o bibliografie internaţională de actualitate în accidentele vasculare cerebrale.

Cu acest prilej, aducem felicitări d-nei Prof. Dr. Ştefania Kory Calomfirescu pentru realizarea acestei monografii ce a fost realizată în colaborare cu dl. Academician Dr. Constantin Popa. Monografia este extrem de utilă nu numai tinerilor sau medicilor specialişti care lucrează în domeniul neurologiei, ci şi medicilor de familie. Cartea se citeşte cu plăcere de toţi cei interesaţi în diagnosticul şi tratamentul modern al accidentelor vasculare cerebrale de tip ischemic sau hemoragic.

ACADEMICIANUL CONSTANTIN BĂLĂCEANU-STOLNICI – PROMOTOR AL ŞCOLII ROMÂNEŞTI DE NEUROLOGIE ŞI DE GERONTO-GERIATRIE

Această carte-document a apărut în 2014 prin Editura Ecou Transilvan şi discută faptul că îmbătrînirea este un proces care transformă un adult într-un individ fragil, cu rezerve scăzute la nivelul majorităţii aparatelor şi sistemelor organismului.

În acelaşi timp are loc o creştere exponenţială a vulnerabilităţii la majoritatea bolilor şi chiar a riscului de instalare a decesului.

Posibilitatea de a diminua viteza de îmbătrânire la oameni, efectele îmbătrânirii la nivel celular şi molecular rămân încă necunoscute şi viteza de îmbătrânire este diferită, în mod individual.

Medicul geriatru este un specialist pregătit să prevină şi să trateze problemele de sănătate specifice şi adesea multiple, pe care le prezintă persoanele vârstnice.

Vârstnicii tind să reacţioneze la boli în mod diferit faţă de tineri sau adulţi, aşa încât medicul geriatru trebuie să cunoască sindroamele caracteristice vârstei a treia, precum şi complexitatea îngrijirilor care se impun.

Întotdeauna trebuie să existe o abordare multidisciplinară, în echipă, pentru evaluarea şi îngrijirea persoanelor vârstnice.

În mod ideal, medicul geriatru ar trebui să coordoneze o echipă de specialişti care să evalueze în mod complet vârstnicul.

Această echipă poate include: asistenta medicală, sociologul (asistentul social), nutriţionistul, fizioterapeutul, farmacistul, gerontopsihiatrul şi specialistul în terapie ocupaţională. Punctul forte este evaluarea pacientului vârstnic, foarte util pentru practica medicală, dar şi ştiinţifică.

În România, primul Institut de Gerontologie şi Geriatrie din lume a fost creat la Bucureşti, de Prof. dr. Ana Aslan, în 1952. De atunci s-a desfăşurat o intensă activitate de cercetare fundamentală, clinică şi socială.

Gerontologia şi Geriatria, ca specialitate, a fost recunoscută numai în anul 1992, prin confirmarea primilor medici specialişti.

Această monografie-document a fost realizată pe baza dialogului avut între autoare şi dl Academician Constantin Bălăceanu-Stolnici, dialog care dezvăluie vasta sa cultură medicală, pe lângă experienţa foarte îndelungată în temele de geronto-geriatrie, la care se adaugă şi faptul că este promotor al neurologiei şi al neurociberneticii în România.

Schemele de tratament prezentate în diferitele capitole au fost corespunzătoare acelui timp.

Referitor la specialitatea de Neurologie, domnul academician Prof. Dr. Constantin Bălăceanu-Stolnici spunea: ”Primul moment important al carierei mele a fost realizarea şi susţinerea tezei de doctorat în anul 1949. A fost o teză grea care a necesitat mult material anatomoclinic şi parcurgerea unei vaste literaturi, într-o epocă în care comunicările cu lumea din vest erau aproape complet întrerupte.

Era vorba de un studiu al complexului cerebelo-dento-rubro-olivar, bazat pe cazurile anatomoclinice pe care le-am putut cerceta sub severa conducere a profesorului Ion T. Niculescu şi cu ajutorul marelui nostru neuropatolog Theodor Horneţ. Situaţia mea era delicată, căci eram intern şi apoi asistent la clinica profesorului N. Ionescu-Siseşti, care avea şi el cazuri cu leziuni afectând complexul pe care-l studiam, dar care se afla într-o iremediabilă neînţelegere cu conducătorul tezei mele…

Al doilea moment important a fost contactul meu cu cibernetica pe care-l datorez profesorului Matei Balş, care mi-a împrumutat cartea „Cybemetics” a lui Norbert Wiener din 1949.

Alt moment important a fost revenirea mea în circuitul clinicilor de neurologie după 10 ani de policlinică, graţie unui concurs de medic primar la care am luat parte împins împotriva voinţei mele de un medic dermatolog de la policlinică. Eram convins că barierele politice erau invincibile.

M-am înscris şi am avut o comisie prezidată de prof. I. Cincă, din care mai făcea parte şi prof. A. Mareş. Eram 7 pe un loc. Departajarea mea a fost determinată de proba de radiologie, care a fost definitorie. Am reuşit să devin un neuropsihiatru care s-a impus în lumea medical de la noi şi de afară. Nu a fost uşor, dar am avut mari satisfacţii…

Sutele de lucrări publicate, volumele editate, comunicările făcute au adus clarificări noi privind creierul uman, al funcţiilor neurobiologice şi neuropsihice. Participarea mea la zeci de congrese din care pe multe le-am prezidat, toată această activitate mi-a adus multe, foarte multe satisfacţii personale şi o consacrare care a culminat cu intrarea mea în Academia Română.

Academicianul Bălăceanu-Stolnici este genul de intelectual pentru care viaţa este un dar, iar atitudinea faţă de aceasta se aşterne într-o polifonie a curiozităţii ştiinţifice, dar şi a iubirii faţă de aproape: «În ciuda vicisitudinilor istoriei şi a răutăţii umane de care m-am izbit, viaţa mea a fost o viaţă fericită... De când am trecut de vârsta de 80 de ani, acum nouă ani, m-am considerat un privilegiat al soartei, deoarece depăşisem deja atunci durata medie de viată de la noi din vremurile acestea. De atunci, am considerat fiecare zi, săptămână sau an ce au urmat drept un dar de la Dumnezeu, pentru care îi mulţumesc».

A publicat 27 de volume, între care ”Neuropsihologia postmodernistă”, în colaborare cu Cornelia Vinea (Ed. Universităţii Ecologice, Bucureşti, 2000); ”De la Neurobiologie la Neuropsihologie”, în colaborare cu Adriana Boroşanu şi Magdalena Berescu (Ed. Universităţii ”A. Şaguna”, Constanţa, 2006).

Dl. Acad. Constantin Bălăceanu-Stolnici are marele merit că a reuşit, în sfârşit, să facă să se întâmple ca specialitatea de Geronto-Geriatrie să fie recunoscută în România în 1992 şi să fie introdusă ca materie de predare la toate facultăţile de medicină din ţară.

Cartea este utilă medicilor rezidenţi, tinerilor medici specialişti, studenţilor în medicină, medicilor de familie sau de medicină generală şi tuturor persoanelor care se ocupă de îngrijirea persoanelor vârstnice sau care sunt interesate de problematica atât de complexă a vârstei a treia.

Domnul academician este, în acelaşi timp, şi un tezaur de cultură şi în ştiinţă, o personalitate complexă, într-adevăr, pe toate planurile, fiind contemporan cu noi. De aceea îi aducem multe mulţumiri, purtându-i respectul cuvenit şi stima pentru contribuţia sa în medicină, ştiinţă, cultură şi neurocibernetică, cât şi pe plan social.

Domnia sa rămâne şi un model luminos de dascăl al Universităţii Ecologice din Bucureşti, pentru că a pregătit numeroşi studenţi care au devenit personalităţi ale vieţii medicale, atât în ţară, cât şi în străinătate, contribuind la notorietatea şi faima specialităţii de Geronto-Geriatrie pe toate meridianele globului.

Această monografie-document foarte valoroasă va rămâne în dar posterităţii.

MEDUMAN SA

MEDUMAN SA

vă prezintă

următoarele produse:

RINOLIN,

soluție pentru lavaj nazal Rinolin, se utilizează pentru igiena nazală.

Prezentare: Cutie cu un flacon conținând 20 ml soluție.

DENT CLEAN,

produs pentru curățarea protezei dentare.

Prezentare: Cutie cu 30 de plicuri, fiecare plic conținând câte 3 g produs.

PLOPISAN C,

comprimate (supliment alimentar). Produsul este recomandat ca adjuvant în gripă, guturai, dureri de gât.

Prezentare: Cutie cu un flacon a 20 comprimate de supt.

VITASOL C,

picături (supliment alimentar). Vitasol C picături aduce în organism un aport de vitamina C.

Prezentare: Cutie cu flacon conținând 10 ml soluție.

CONTACT:

Str. Al. Eroilor nr. 28, Vișeu deSus, jud. Maramureș, România
Tel. 0262-354430; Tel./fax 0262-354381
e-mail: meduman1991@yahoo.com