

# MARAMUREȘUL MEDICAL



**DIN CUPRINS: Caracteristici și obiective ale Kinetoterapiei  
în stadiul spastic al sindromului piramidal la bolnavii cu AVC / Osteoporoza /  
Capsulele de mac – Materia primă pentru obținerea morfinei**

## CUPRINS

<b>Caracteristici și obiective ale Kinetoterapiei în stadiul spastic al sindromului piramidal la bolnavii cu accident vascular cerebral</b> (Prof. Univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu, Cluj-Napoca) .....	3
<b>Limfedemul – Boala care poate fi controlată (II)</b> (Dr. Mihaela Leșe, Baia Mare) .....	7
<b>Scala FIM pentru aprecierea evoluției reabilitării la pacientul hemiplegic</b> (Prof. Univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu, Cluj-Napoca) .....	13
<b>Osteoporoza</b> (Prof. Dr. Maria Pop, Baia Mare) .....	18
<b>Beneficiile activării punctului Bai Hui</b> (Dr. Marius Dan Pop, Kinetoterapeut Andrada Pop, Baia Mare) .....	19
<b>Capsulele de mac – Materia primă pentru obținerea morfinei</b> (Chimist principal medical Aurelia Tecușanu, Vișeu de Sus) .....	20
<b>15 iunie 1889 și ecoul morții lui Mihai Eminescu</b> (Dr. Valeriu Lupu, Vaslui) .....	21
<b>Dumbrăveni-ul academic sau Academia de Dumbrăveni</b> (Dr. Ioan Iețcu, Suceava).....	24
<b>Eminescu în cultura universală: Eminescu și India</b> (Dr. Ioan Iețcu, Suceava, Dr. Vlad Rădășanu, Cristiana Rădășanu, Iași) .....	26
<b>Depresiunea Baia Mare sub hegemonie romană</b> (Prof. Liviu Tătaru, Baia Mare) .....	29
<b>Calendar 2019 de istoria medicinei și farmaciei (III)</b> (Farm. pr. Maria Gabriela Suliman, Ist. Antoaneta Lucasciuc, București).....	30
<b>Interviu cu Profesor Dr. docent Dumitru Curcă, părintele fiziopatologiei moderne, om de știință și patriot bucovinean: „Momente din geneza medicinei veterinare naționale”</b> (Dr. George M. Gheorghe, București) .....	36
<b>Portret aniversar: Dr. Coriolan Pop</b> (Dr. Felix Marian, Baia Mare) .....	39
<b>Medicina în epoca ștefaniană și bolile voievodului: 515 ani de la moartea lui Ștefan cel Mare și Sfânt</b> (Dr. Valeriu Lupu, Vaslui).....	39
<b>Conferința Asociației Europene de Medicină Psihosomatică</b> (Dr. Dorin-Gheorghe Triff, Baia Mare) .....	43
<b>Despre istoria farmaciei și medicinei românești, într-o recentă sinteză semnată de Farmacist Dr. Tuka László</b> (Prof. Dr. Dana Baran, Iași) .....	44
<b>O carte care poate prezenta interes: „Mineritul din Maramureș va renaște?”</b> (Ing. Lazăr-Aurel Pantea, Baia Mare).....	45
<b>Breviar juridic</b> (Avocat Ionuț-Rareș Pîrvu, Baia Mare) .....	46

### Consiliul editorial:

Prof. Dr. DANA BARAN (Iași)  
Prof. Dr. DORIN BARDAC (Sibiu)  
Prof. Dr. CRISTIAN BÂRSU (Cluj)  
Prof. Dr. ILEANA BENGA (Cluj)  
Prof. Asoc. Dr. CONSTANTIN BOGDAN (București)  
Dr. VASILE BONAȚ (Baia Mare)  
Dr. LIVIU DRAGOMIR, dr. în șt. med. (Baia Mare)  
Prof. Dr. DAN DUMITRAȘCU (Cluj)  
Dr. GH. GRĂDINARU, dr. în șt. med. (Baia Mare)  
Prof. Dr. ȘTEFANIA KORY CALOMFIRESCU (Cluj)  
Dr. IRIMIE LENGHEL, dr. în șt. med. (Sigh. Marm.)  
Dr. GIULIANO PETRUT (Baia Mare)  
Lect. Univ. Dr. ANCA POP (București)  
Conf. Dr. CĂLIN POP (Baia Mare)  
Dr. RAREȘ POP (Baia Mare)

### „MARAMUREȘUL MEDICAL” – publicație trimestrială

editată de Colegiul Medicilor din Maramureș

ISSN: 1841-4508

### COLECTIVUL DE REDACȚIE

Director fondator: Dr. CONSTANTIN PRIE

Redactor șef: Dr. FELIX MARIAN

Redactori: Dr. EMILIA ARMEANU, Dr. DAN FLORIN FILIP

Secretar de redacție: ELISABETA MOLNAR

Culegere: CORNELIA POP

Tehnoredactare computerizată, fotoredactare: ALEXANDRU BREZOVSKI

Redacția: Baia Mare, str. G. Coșbuc nr. 25A/4, Tel.: 0262-218018,

E-mail: office@colmedmm.ro, www.colmedmm.ro

Tipărit la CECONII SRL Baia Mare, Tel: 0722 366 945

# CARACTERISTICI ȘI OBIECTIVE ALE KINETOTERAPIEI ÎN STADIUL SPASTIC AL SINDROMULUI PIRAMIDAL LA BOLNAVII CU ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

Prof. univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirecu, Cluj-Napoca

## Introducere

Boala vasculară cerebrală este pe primul loc între bolile neurologice, în ceea ce privește frecvența și cauza de mortalitate.

În țările dezvoltate numărul cazurilor de boală vasculară cerebrală este în continuare crescut, pe de o parte, datorită frecvenței mari a aterosclerozei și hipertensiunii arteriale și, pe de altă parte, a prelungirii duratei medii de viață a omului societății moderne.

AVC (Accidentul Vascular Cerebral) sau stroke este definit de ONU ca un sindrom clinic, caracterizat prin dezvoltarea rapidă a simptomelor clinice și/sau a unor semne focale sau globale ale pierderii funcțiilor cerebrale, cu simptome care sunt prezente timp de 24 de ore și poate să ducă la deces, neavând alte cauze decât cele de origine vasculară.

În urma accidentelor vasculare cerebrale posibilitatea instalării unui deficit motor are o frecvență foarte mare, astfel că recuperarea are o foarte mare importanță și începe chiar din primele momente ale fazei acute.

## Abstract

Assessment is a process of data collection, problem identification, forming hypotheses and decision making, so that a kinetotherapy, before establishing a program for the recovery of the patient suffering from a cerebrovascular accident, must carry out an assessment of the motor impairment.

## Tabloul clinic al AVC

### Descrierea deficitului neurologic în cazul AVC

Leziunea neuronului motor central de la scoarța motorie până la nivelul măduvei spinării realizează clinic sindromul de neuron motor central.

### Semnele clinice ale AVC pot fi:

#### 1. Tulburări de motilitate activă:

- **Deficit motor:** hemipareze, hemiplegii, parapareze, paraplegii, dipareze, diplegii, tetrapareze, tetraplegii. Repartizarea acestor deficite motorii depinde de topografia lezională a căii piramidale.

#### Caracteristicile deficitului motor:

Deficitul motor este extins, mai exprimat distal, este selectiv, conform legii lui Wernicke-Mann, interesând la membrul superior cu precădere extensorii mâinii și ai antebrațului, supinatorii, rotatorii externi și abductorii brațului, iar la membrele inferioare, cu precădere flexorii dorsali ai degetelor și ai piciorului, flexorii gambei, abductorii și rotatorii externi ai coapsei.

Interesează mai puțin musculatura axială, în special cea care acționează simultan bilateral (abdomen, torace, gât).

La față se limitează la domeniul facialului inferior.

**2. Tulburări de motilitate pasivă:** se modifică tonusul muscular; apare hipertonia piramidală, care are următoarele caracteristici:

- este extinsă, predomină distal, este selectivă, cu predominanță contrară deficitului motor, la membrul superior pe flexorii mâinii, ai degetelor și ai antebrațului, pe pronatorii, pe adductorii și rotatorii interni ai brațului, iar la membrul inferior pe extensorii membrului, pe adductorii și pe rotatorii interni ai coapselor.

- este elastică, după o tentativă de mobilizare a membrului respectiv acesta revine imediat la poziția inițială; la mobilizare pasivă, rezistența întâmpinată este mult mai mare la început, pentru ca la un moment dat să cedeze brusc (fenomenul „lamei de briceag”).

**3. Tulburări de motilitate automată:** membrul superior paralizat nu balansează pe lângă corp.

**4. Tulburări de motilitate patologică:** sunt prezente sincineziile globale, de imitație și de conjugare.

**5. Tulburări de reflexe:** ROT sunt exagerate, polikinetice, și adesea cu difuzare și contralaterală. Reflexele cutanate abdominale, cremasteriene sunt abolite, reflexele articulare sunt diminuate sau abolite, reflexele de postură sunt diminuate și apar reflexele patologice piramidale.

**6. Sensibilitatea** este frecvent deficitară, dar rareori absentă pe hemicorpul afectat.

Recuperarea poate fi definită ca „... un proces educațional și de rezolvare a disabilităților, având scopul de a reduce disabilitatea sau handicapul, ca o consecință a unei boli, fiind întotdeauna limitată de resursele disponibile, dar și de boala respectivă” (Wade, 1992).

Kinetoterapia și resursele ei reprezintă un important component al recuperării. **Scopul kinetoterapiei** este de a îmbunătăți calitatea mișcărilor de partea hemicorpului afectat în așa fel încât la finalul tratamentului cele două hemicorpuri să lucreze cât mai armonios posibil.

Tehnicile utilizate se vor alege în funcție de necesitățile individuale ale fiecărui pacient.

Efectul tratamentului poate fi pozitiv sau negativ; se vor observa modificări ale tonusului postural, ale schemelor motorii și funcționale.

Rezultatul terapiei va depinde în mare măsură de feedback-ul constant dintre pacient și terapeut. Kinetoterapeutul tratează reacția pacientului la tratament, de care va fi ghidat în continuare. Adaptarea terapiei la reacțiile pacientului va preveni pierderea de timp și va conduce la un tratament mult mai sistematic care va duce la rezultate mai bune.

**Tehnica utilizată depinde de stadiul de recuperare la care a ajuns pacientul sau de stadiul la care recuperarea stagnează. Astfel se pot defini trei stadii:**

**1. Stadiul inițial, flasc**

**2. Stadiul spastic**

**3. Stadiul în care pacientul este relativ recuperat.**

**Recuperarea poate să stagneze la oricare din aceste stadii.** Dacă nu se începe tratamentul imediat la instalarea hemiplegiei, se va începe din stadiul la care a ajuns pacientul.

Trebuie să se țină seama că aceste trei stadii nu pot fi clar separate. Un anumit grad de spasticitate se poate găsi și în stadiul flasc sau pacientul poate prezenta în stadiul spastic mișcări relativ independente ale extremităților. Chiar și în stadiul de recuperare relativă poate să apară spasticitatea, în cazul unor mișcări selective mai dificile, în cursul cărora pacientul trebuie să depună efort pentru a le executa.

**Principalul țel** al tratamentului este de a ghida pacientul spre a-și dezvolta și folosi potențialul latent al părții afectate, acesta putându-se realiza prin dezvoltarea maximală a schemelor funcționale normale de postură și mișcare după o prealabilă normalizare a tonusului muscular.

#### Caracteristicile stadiului spastic:

Spasticitatea apare la 90% dintre cazuri și cel mai comun în mușchii antigravitaționali.

Spasticitatea musculară provenită din leziunea sistemului nervos central creează o ținută caracteristică, ținuta Wernicke-Mann. De obicei se dezvoltă încet, cu predilecție pe flexorii membrului superior și extensorii membrului inferior. Se accentuează în timpul activităților în care pacientul depune efort, în decursul primelor 18 luni. La unii pacienți însă apare destul de precoce, în câteva zile.

Pe măsură ce se intensifică spasticitatea, va crește rezistența la unele mobilizări pasive.

Grupele musculare cele mai afectate sunt: depresorii umărului și brațului, fixatorii și retractorii scapulei, flexorii laterali ai trunchiului, adductorii și rotatorii interni ai brațului, flexorii și pronatorii cotului și articulației pumnului, flexorii și adductorii degetelor.

La membrul inferior spasticitatea este mai pronunțată pe retractorii pelvieni, extensorii șoldului, genunchiului și

gleznei, pe flexorii, supinatorii piciorului și flexorii degetelor. Degetele pot fi în dorsiflexie, în timp ce glezna este în flexie plantară, dar dacă glezna este flectată dorsal pasiv, degetele vor face flexie plantară și vor opune rezistență la flexie dorsală.

**Schemele sinergice ale extremităților** sunt scheme primitive de mișcare asociate cu spasticitatea. Pot fi evidențiate reflex ca reacții asociate ori ca scheme declanșate voluntar (Mărgărit F., Mărgărit M., 1997). Există două sinergii de bază la fiecare dintre extremități, una de flexie și alta de extensie (Tabelul nr. 1).

**Mușchii care nu sunt implicați în nici o sinergie** sunt: marele dorsal, rotundul mare, dințatul anterior, extensorii degetelor, eversorii gleznei. Prin urmare, acești mușchi sunt dificil de recuperat și reprezintă o limitare funcțională importantă pentru mulți pacienți în activitatea membrului superior și mers.

La **membrul superior**, unii pacienți prezintă spasticitate puternică pe flexorii cotului și pumnului, degetele fiind mai mult sau mai puțin extinse. La extensia pasivă a cotului și pumnului, degetele se flectează și opun rezistență la extensie.

Când se testează opunerea spastică a musculaturii pentru a stabili abilitatea de mișcare, nu este eficientă testarea mușchilor, ci trebuie luată în considerare și poziția articulațiilor proximale și poziția capului în timpul testării. De exemplu, rezistența la extensie a cotului poate fi mai accentuată când brațul este lângă corp și este mai slabă când e în antepulsie (pe orizontal, la nivelul umărului). De fapt, în această poziție, cu antebrațul în pronație, se poate întâlni o rezistență la flexia cotului.

Ridicarea brațului poate fi imposibilă sau posibilă cu o puternică rezistență, când brațul e în rotație internă și flectat din cot, în timp ce din rotație externă, cu cotul extins e posibilă ridicarea brațului, cu o rezistență mult mai mică.

Extensia cotului este mai ușoară dacă pacientul își întoarce capul spre hemicorpul afectat; de fapt cotul se poate

**Tabelul nr. 1 – Schemele sinergice ale extremităților (după Mărgărit F., Mărgărit M., 1997)**

Sinergia de flexie	Sinergia de extensie
<p><b>Membrul superior</b></p> <p>Retracție scapulară/ridicare sau hiperextensie</p> <p>Umăr – abducție, rotație externă</p> <p>Cot – flexie</p> <p>Antebraț – supinație</p> <p>Pumn și degete – flexie</p>	<p>Protracție scapulară</p> <p>Umăr – <b>adducție</b>, rotație internă</p> <p>Cot – extensie</p> <p>Antebraț – <b>pronație</b></p> <p>Pumn și degete – flexie</p>
<p><b>Membrul inferior</b></p> <p>Șold – <b>flexie</b>, abducție, rotație externă</p> <p>Genunchi – flexie</p> <p>Gleznă – dorsiflexie, inversie</p> <p>Degete – dorsiflexie</p>	<p>Șold – extensie, <b>adducție</b>, rotație internă</p> <p>Genunchi – extensie</p> <p>Gleznă – <b>flexie plantară</b>, inversie</p> <p>Degete – flexie plantară</p>

(Notă: Cele mai importante componente sunt scrise în bold)

extinde astfel rigid și va prezenta o rezistență puternică la flexie.

La **membrul inferior** poate să apară rezistența la flexie la nivelul șoldului și genunchiului, când pacientul e în poziție supinată. Rezistența scade în decubit lateral pe partea sănătoasă. În poziție supinată flexia va fi mai puțin menținută, dacă se execută concomitent abducție și rotație externă.

**În acest stadiu pacientul adoptă o poziție caracteristică, permanentă, cu brațele și mâna în flexie, rotație internă, pronație și cu membrul inferior în extensie cu laba în flexie plantară și supinație.**

Dacă spasticitatea e moderată, pacientul poate îndoi membrul inferior, dar numai dacă execută concomitent abducție și un pattern de flexie. În încercarea de a învinge rezistența extensorilor spastici, el trebuie să depună un efort mare.

Când își extinde membrul inferior, nu are control asupra fazelor extensiei sau flexiei și este incapabil să oprească mișcarea în oricare dintre fazele intermediare ale mișcării. Pentru a putea îndoi genunchiul, el trebuie înainte să ridice membrul cu genunchiul extins, până ce șoldul este suficient flectat pentru a face posibilă flexia genunchiului.

Ridicarea membrului întins nu are nici un rol funcțional în mers și nu ar trebui practică.

Lipsa controlului asupra extensiei are efect negativ asupra mersului. Pacientul își va scăpa piciorul în mers sau va apăsa podeaua cu talpa la fiecare pas. În special glezna este rigidă.

Lipsa dorsiflexiei gleznei face dificilă încărcarea membrului pe care stă, rezultând hiperextensia genunchiului. Membrul este prea rigid pentru a permite o ușoară ridicare pentru efectuarea următorului pas.

Pentru a pregăti un mers cât mai normal, este importantă obținerea extensiei controlate în decubit dorsal. Dorsiflexia gleznei este posibilă cu membrul inferior în flexie, datorită supinației gleznei și este imposibilă cu membrul inferior extins.

În șezând șoldul sănătos va fi mult mai încărcat decât cel nesănătos. Când se ridică, piciorul afectat este pus în fața celui sănătos și întreaga greutate este preluată de membrul sănătos (în timp ce se ajută cu brațul sănătos să se ridice).

### **Caracteristicile mersului**

Poate sta în picioare, dar membrul inferior sănătos va fi mult încărcat.

Nu poate sta în picioare, dacă baza de susținere este restrânsă. E probabil să-și țină membrul inferior afectat în extensie, rotație externă, balansându-l înainte, ridicând pelvisul de partea afectată. Va efectua o circumducție cu membrul inferior extins; la sfârșitul mișcării călcâiului atinge solul cu piciorul în pronație.

În puține cazuri, când membrul inferior nu este rigid, va înclina trunchiul înapoi și va împinge pelvisul și membrul inferior înainte, pentru a face un pas. În alte cazuri, va îndoi genunchiul și șoldul și va face pasul cu mai puțină circumducție, dar dacă piciorul este în flexie plantară și supinație, există posibilitatea să nu-și

poată pune călcâiul pe sol, glezna având tendința să se răsucescă.

**Dacă spasticitatea este ușoară, solul va fi atins mai întâi de degete apoi de călcâi. Rezistența spastică a mușchilor gambei determină dorsiflexie.** Se apleacă înainte pentru a încărca membrul de sprijin, ceea ce va determina hiperextensia genunchiului.

Depunerea de efort pentru ridicarea membrului inferior rigid, extins, pentru mers, va duce la creșterea spasticității pe flexorii brațului, datorită reacțiilor asociate care sunt puternice în acest stadiu.

În unele cazuri se observă elemente de spasticitate pe flexori, făcând dificilă punerea piciorului pe podea după ce a fost mișcat înainte de a face un pas.

Utilizarea constantă a acestor patternne motoare anormale va crește spasticitatea flexorilor la membrul superior și a extensorilor la membrul inferior.

### **Caracteristicile mișcărilor membrului superior**

Mișcările brațului sunt reduse. Când încearcă să ridice membrul superior își folosește întreg hemicorpul afectat și deseori își ridică doar umărul cu abducție.

Cotul rămâne flectat sau se va flecta și mai mult la tentativa de ridicare.

Nu poate ridica brațul extins înainte și lateral, nu-și poate supina antebrațul și nu poate mișca pumnul și degetele.

Unii pacienți își „poartă” brațul flectat și supinat, cu o puternică retracție la nivelul umărului. Mișcările independente ale cotului sunt imposibile.

**Subluxația umărului** este o problemă la mulți pacienți, în special la cei care încă prezintă un oarecare grad de flaciditate, de exemplu a deltoidului și supraspinosului, cu toate că există urme de spasticitate pe flexori.

Umărul e retractat și opune rezistență la mobilizare înainte, unghiul inferior al scapulei este fixat și nu mișcă lateral și în sus, când ridicăm brațul.

Acromionul astfel nu se întoarce în sus pentru a menține capul humeral în fosa glenoidă. Nu doar gravitația va trage jos brațul, ci și spasticitatea depresorilor umărului (subscapular, infraspinos, teres minor).

Adductorii și rotatorii mediali (marele pectoral, latissimus) ca și flexorii laterali ai trunchiului, întăresc patternurile de flexie și coborâre a umărului.

**Subluxația nu produce durere în ridicarea pasivă a brațului atâta timp cât scapula este mobilă și nu există rezistență la mobilizarea sa înainte și în sus.**

Când nu-și folosește brațul sănătos pentru o activitate, este indicat să stea cu degetele încrucișate, întrepătrunse, ce va avea același efect ca și „depărtătorul degetelor”; va reduce spasticitatea flexorilor, determinând prin abducție extensia degetelor. Are în plus avantajul de a menține antebrațul în supinație.

Pacientul își vede ambele brațe în fața lui și astfel se dezvoltă senzația de bilateralitate.

Mâna afectată devine din ce în ce mai acceptată.

Dacă e posibil, este indicat ca pacientul să stea la masă sau în scaun rulant cu brațul susținut, ridicat anterior.

### Obiective, sarcini, tehnici de facilitare

Obiective	Metode	Mijloace
Scăderea, inhibarea spasticității	– poziționări corecte – mobilizări pasive și active	
Controlul echilibrului în șezând, stând	– exerciții asistate și active de antrenare a echilibrului – stabilizare, stabilizare ritmică	
Pregătirea, reeducarea mersului	– exerciții asistate și active de pregătire a mersului, exerciții de reeducare a mersului	– perne, sul, saci de nisip; – scaun cu rotile, cârjă, cadru de mers; – bară paralelă, scară fixă, bastoane, mingi; – orteze
Controlul membrului superior și al membrului inferior în timpul unor activități de performanță crescută	– mișcări active ale articulațiilor membrului superior și ale membrului inferior	
Ameliorarea abilității funcționale	– mișcări globale și selective ale articulațiilor membrului superior și membrului inferior	

### Tratamentul recuperator în stadiul spastic

Cu toate că mare parte a tratamentului se va face din poziția șezând și în picioare, o parte din activitățile anterioare trebuie continuate.

În timp ce în stadiul anterior s-a acordat atenție extensiei, rotației externe, abducției, ridicării întregului braț și flexiei membrului inferior din toate articulațiile, în acest stadiu e necesară întreruperea acestor paterne totale pentru a obține o mai bună adaptare a mișcărilor la abilitățile funcționale și selective.

**Este de importanță primară ca pacientul să se ridice în picioare cât mai repede după producerea AVC, pentru a încărca hemicorpul afectat (atât în șezând cât și în stând).**

În cazul hemiplegiilor care merg deja incorect, mai ales cei care nu pot să meargă fără baston, kinetoterapeutul trebuie să decidă dacă e mai important să se lucreze pentru echilibru (stând, mers) sau să se îmbunătățească utilizarea mâinii și a brațului.

**Este foarte important de știut că nu se poate separa activitatea membrului superior de cea a membrului inferior, chiar dacă tratamentul vizează pe moment unul dintre aceștia.**

Lipsa echilibrului și dificultatea de a mișca membrul inferior în mers va crește spasticitatea flexorilor brațului și mâinii.

Efortul și mersul anormal va preveni orice utilizare a brațului.

Pe de altă parte, scăderea spasticității trunchiului și brațului va duce la scăderea spasticității extensorilor membrului inferior și va ușura și va face mai normale mișcărilor în stând și în mers ale membrului inferior.

În decursul tratamentului, fiecare segment se va lua în considerare fără să uităm că, de fapt, se tratează întreg hemicorpul afectat: trunchi, membrul superior și membrul inferior.

**Kinetoterapia are ca scop, prin metode bine elaborate și prin programe individualizate, recuperarea deficitului motor pe hemicorpul afectat, recuperarea activităților zilnice, recâștigarea independenței funcționale, așa încât să se prevină apariția altor deficite, incapacități și handicapuri.**

**În procesul de recuperare un loc prioritar îl are principiul intervenției timpurii și anume începerea recuperării kinetice, chiar în stadiul acut sau imediat după acest stadiu.**

**Întotdeauna este esențial ca activitatea de recuperare să se desfășoare planificat, individualizat și în strânsă colaborare cu persoana de recuperat, pentru a preveni apariția noilor deficite (incapacități de a realiza activitățile) sau a handicapurilor (când este afectată și participarea la viața socială).**

### Bibliografie:

1. Ádám R., Kory-Mercea M., *Eficiența kinetoterapiei bazate pe principiile și tehnicile metodei Bobath asupra recuperării deficitului motor*, în „Acta Neurologica Transilvaniei”, nr. 3-4/2004.
2. Ádám R., Kory Calomfirescu Ș., Zamora E., Monea D., *Kinetoterapia în faza acută a accidentelor vasculare cerebrale*, în „Acta Neurologica Transilvaniei”, nr. 1-2/2005.
3. Abu A., Albu C., Petcu I., *Asistența în familie a persoanei cu deficiență funcțională*, Ed. Polirom, Iași, 2001.
4. Arsenault A. B., Dutil E., Lambert J., Corriveau H., Guarna F., Drouin G., *An evaluation of the hemiplegic subject based on the Bobath approach. Part III. A validation study*, în „Scand. J. Rehabil. Med.”, 20 (1), 13-26, 1988.
5. Basmajian J. V., Gowland C. A., Finalyson M. A., Hali A. L., Swanson L. R., Stratford P. W., Trotter J. E., Bandstater M. E., *Stroke treatment: comparison of integrated behavioral-physical therapy vs traditional physical therapy programs*, în „Arch Phys Med. Rehabil.”, 68, 267-272, May 1987.
6. Bobath B., *Adult Hemiplegia Evaluation and Treatment*, ed. Medical Books, London, 1989.
7. Bobath B., *The effect of spasticity on adult hemiplegic and its treatment*, în „Physiotherapy”, 57, 456-458, 1971.
8. Bobath B., *Treatment of adult hemiplegia*, în „Physiotherapy”, 83, 310-313, 1977.
9. Bogataj U., Gros N., Klajajic M., Acimovic R., Malezic M., *The rehabilitation of gait in patients with hemiplegia*, în „Phys. Ther.”, 75, 490-502, 2005.
10. Dam M., Tonin P., Casson S., *The effects of long-term rehabilitation therapy on poststroke hemiplegic patients*, în „Stroke”, 24, 1186-1191, 1993.
11. Davidoff G. N., Keren O., Ring H., *Acute stroke patients: long-term effects of rehabilitation and maintenance organs*, în „Arch. Ohys. Med. Rehabil.” 72, 869-873, 2010.
12. Dumitru D., *Ghid de reeducare funcțională*, Ed. Sport - Turism, București, 1981.
13. Epuran M., Marolicaru M., *Metodologia cercetării activităților corporale*, Ed. Risoprint, Cluj-Napoca, 2002.
14. Fugl-Meyer A. R., *The effect of rehabilitation in hemiplegia as reflected in relation between motor recovery and ADL function*, in Proceedings of the International Rehabilitation Medicine Association, IRMA, II, Mexico City, 1976.
15. Hesse H., *Rehabilitation of gait after stroke: evaluation, principles of therapy, novel treatment approaches, and assistive devices*, în „Topics in Geriatric Rehabilitation”, April-June 2003, v19, i2, p. 109(18).
16. <http://www.BobathCentre - The Bobath Concept Today.htm>
17. Ion V., Georgescu Ș., Câmpeanu A., Tufănoiu E., Tudoran C., Lupescu I., *Neurologie clinică*, Ed. All, București, 1999.
18. Kory Calomfirescu Ș., Fischer T., Moca O., *Recuperarea bolnavilor cu accidente vasculare cerebrale*, Ed. Risoprint, Cluj-Napoca, 2004.
19. Kory Calomfirescu Ș., Perju-Dumbravă L., Florian I. Ș., *Neurologie - Curs pentru studenți*, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2002.
20. Kory-Mercea M., Kory Calomfirescu Ș., *Circulația cerebrală. Aspecte normale și patologice*, Ed. Risoprint, Cluj-Napoca, 2003.
21. Malouin F., Potvin M., Prevost J., Wood-Dauphinee R. S., Giuliani C., Duncan P., *Use of an intensive task-oriented gait training program in a series of patients with acute cerebrovascular accidents*, în „Physical Therapy”, Nov. 1992 v72 n11, p. 781(13).
22. Mărgărit F., Mărgărit M., *Principii kinetoterapeutice în bolile neurologice*, Ed. Universității din Oradea, 1997.
23. Kory-Mergea M., Kory Calomfirescu Ș., *Curs de neurologie pentru studenții Facultății de Educație Fizică și Sport*, vol. II, secția Kinetoterapie, Ed. Risoprint, Cluj-Napoca, 2010, p. 11-13.
24. Kory-Mergea M., Kory Calomfirescu Ș., *Circulația cerebrală. Aspecte normale și patologice*, Ed. Risoprint, Cluj-Napoca, 2010, p. 7-11.
25. Kory-Mergea M., Moș A. M., Kory Calomfirescu Ș., *Explorări paraclinice și imagistice în neurologie*, Ed. Risoprint, Cluj-Napoca, 2010, p. 11-13.
26. Zamora E., Kory Calomfirescu Ș., Kory-Mercea M., *Kinetoterapia pacienților în faza acută a accidentelor vasculare cerebrale*, Ed. Ecu Transilvan, Cluj-Napoca, 2013, p. 10-68.

# LIMFEDEMUL – BOALA CARE POATE FI CONTROLATĂ (II)

Dr. Mihaela Leșe, Baia Mare

## Investigații paraclinice

Testele de laborator nu au relevanță în limfedem decât în cazul diagnosticului diferențial, când pot pune în evidență creșterea D-dimerilor, hipoalbuminemia, hipotiroidismul, uremia sau proteinuria.

Ecografia poate indica modificări de grosime ale pielii și țesutului celular subcutanat, clivajul planurilor datorat acumulărilor de lichid interstițial, precum și aspectul vaselor de sânge și a compartimentului subfascial care nu este afectat.

Ecografia Doppler este necesară pentru a evalua sistemul venos profund și a celui arterial. Metoda este foarte sensibilă în depistarea trombozei venoase și evaluarea fluxului venos, utile în diferențierea de edemul din tromboza venoasă. Examinarea arterelor arată un flux arterial crescut, posibil datorită vasodilatației cauzată de alterarea inervației sau de prezența inflamației.

Computer tomografia este utilă în stabilirea diagnosticului și monitorizarea tratamentului. În limfedem, se constată îngroșarea pielii, a țesutului celular subcutanat și a fasciei superficiale, cu creșterea densității țesutului celular subcutanat, care capătă aspect de fagure de miere (14). Modificările din tromboza venoasă profundă sunt diferite: compartimentul muscular este mărit în volum, venele superficiale sunt dilatate și lipsește aspectul de fagure de miere (15).

RMN – rezonanța magnetică nucleară – indică aceleași modificări ca și CT și, în plus, arată modificări specifice pentru angiosarcom, atunci când acesta este prezent în membrul examinat (16). Limfografia RMN cu rezoluție înaltă permite vizualizarea limfaticelor și identificarea obstacolului după administrarea subcutanată a agenților de contrast (17).

Limfangiografia constă în descoperirea și canularea directă a vaselor limfatice, cu vizualizarea rețelei și a ganglionilor limfatici; tehnica greoaie, consumul de timp, durerea și riscul mare de infecție, au făcut ca această metodă să fie abandonată în favoarea limfoscintigrafiei care a devenit standardul de aur în investigarea limfedemului.

Limfoscintigrafia a fost utilizată prima dată în 1953 și constă în administrarea de radiotrasori, de obicei tehneciu Tc 99m, fixați pe albumine care permit vizualizarea fluxului limfatic, a vaselor și ganglionilor limfatici, cu vizualizarea obstacolului și identificarea cauzei limfedemului (18). În edemul de cauză venoasă se vizualizează scăderea circulației limfatice subfasciale, pe când cea suprafascială este normală, iar în lipedem, sistemul limfatic apare de aspect normal.

Măsurarea volumului a reprezentat mult timp singura metodă de detectare a limfedemului și se face în principal prin 3 metode care sunt azi utilizate mai mult în monitorizarea efectelor tratamentului:

- *cu banda de măsurare* se măsoară grosimea membrului la diferite niveluri, în raport cu reperele anatomice și intervale de 3-10 cm (sunt preferate distanțele mici deoarece tumefacția nu este distribuită uniform), apoi se

utilizează formule de calcul; determinări exacte se obțin dacă măsurarea se face la același nivel și de către aceeași persoană, iar diferențe ale circumferinței mai mari de 1 cm indică prezența limfedemului;

- *perometria* folosește un sistem optic în infraroșu pentru a calcula volumul; necesită atenție la poziționarea în același mod a membrului cu limfedem în aparat, înainte de repetarea măsurătorii;

- *imersia în apă* constă în introducerea membrului afectat într-un cilindru mare cu apă și reprezintă metoda volumetrică de referință în limfedem.

Spectroscopia de bioimpedanță măsoară conținutul în apă a țesuturilor prin trecerea unui curent de mică intensitate prin membre și o compară cu rezistența electrică înregistrată la membrul sănătos. Cu cât apa este în cantitate mai mare, cu atât rezistența este mai mică. Metoda este folosită pentru diagnosticul limfedemului în stadiul preclinic.

Testele genetice sunt importante în limfedemul primar, când se caută genele răspunzătoare de apariția limfedemului (VEGFR3, GJC2, FOXC2, CCBE1, SOX18, PTPN14, GATA2) sau anomaliile cromozomiale asociate (de ex. sindromul Turner). Identificarea lor este utilă pentru consilierea și sfatul genetic în familiile cu limfedem.

## Complicațiile limfedemului

Scăderea mobilității membrului afectat apare de la început în limfedem, inițial insesizabilă, progresivă și ulterior invalidantă. Mobilitatea articulațiilor se reduce prin limitarea mișcărilor de flexie datorită creșterii circumferinței, apoi creșterii greutatei membrului, la care se asociază în final atrofia musculară, care închide cercul vicios. Mișcarea este limitată uneori și de durere, infecție, inflamație sau artritele septice asociate limfedemului.

Infecția cu bacterii sau fungi este cea mai frecventă complicație a limfedemului și este consecința scăderii imunității segmentului afectat de obstrucția limfatică. Infecțiile recurente exacerbează limfedemul și aceasta predispozează la alte infecții.

- *Foliculita* apare ca urmare a inflamației foliculilor piloși determinată de stafilococul aureu.

- *Celulita* este prezentă la peste 50% dintre pacienții cu limfedem, se extinde rapid în suprafață și în profunzime dacă nu este tratată prompt cu antibiotice (este de cele mai multe ori produsă de streptococul beta-hemolitic) și poate pune în pericol viața pacienților. Apar frisoane, febră, erupții cutanate, roșeață, decolorarea tegumentului, durere și în final abcese sau gangrena țesuturilor afectate.

- *Erizipelul* are tendința să reapară în aceeași zonă și este recunoscut prin edemul roșu cu burelet marginal care se extinde rapid în suprafață ca și o pată de ulei, prin intermediul limfaticelor superficiale, însoțit uneori de semne generale alarmante: febră, frisoane, cefalee, grețuri și vărsături.

- *Limfangita* este asociată adesea cu celulita. Se manifestă prin tumefacția dureroasă a ganglionilor re-

gionali, febră, durere, cefalee și cordoane roșii la suprafața tegumentului. Infecția se poate răspândi din ganglioni pe cale sanguină în întreg organismul și poate determina șoc septic ireversibil. Tratamentul trebuie instituit cât mai rapid, de preferat pe cale intravenoasă, antibioticele cel mai frecvent folosite fiind penicilina, amoxiclavul, unasynul și vancomicina, iar în cazul bacteriilor gram-negative gentamicina, în cure de câte 10 zile. Tratamentul compresiv (bandaje, pompa pneumatică, mâneca sau ciorapul elastic) și masajul limfatic trebuie întrerupte până la dispariția semnelor de infecție.

- *Tinea pedis* (ciuperca piciorului) este cea mai frecventă micoză asociată limfedemului membrului inferior, iar leziunile interdigitale reprezintă poarta de intrare pentru infecțiile bacteriene. Pentru tratamentul micozelor cutanate este indicată terbinafina cremă 1% local, timp de 6 săptămâni, iar apariția onicomicozei impune și tratament pe cale generală.

Igiena strictă a pielii și a unghiilor este metoda cea mai sigură de prevenire a infecției în limfedem.

Modificări ale pielii, unghiilor și pilozității apar în limfedem datorită inflamației cronice care stimulează producția de collagen și fibrină, urmată de îngroșarea pielii și deteriorarea suplimentară a circulației limfatice. Pacienții cu limfedem au tegumentul uscat, hiperkeratotic și prezintă adesea papilomatoză și limfangiectazii. Pentru tegumentul uscat, frecvent pruriginos, se recomandă aplicarea de creme emoliente de două ori pe zi și după fiecare spălare, iar dacă pielea este dură, cu fisuri, sunt indicate în plus pansamentele cu hidrocoloid. Hiperkeratoza necesită aplicarea de emoliente cu conținut scăzut de apă și bandaj compresiv stratificat. Limfangiectazia apare ca urmare a dilatațiilor vaselor limfatice care proemină pe suprafața tegumentului, iar când se asociază cu fibroza, se transformă în papilomatoză. Pentru ambele leziuni se indică bandajul compresiv multistrat și pompa de compresie pneumatică (19).

Compresiunea nervoasă din limfedem se asociază cu deficit motor, tulburări senzoriale și atrofie musculară care creează un cerc vicios amorțat inițial de presiunea exercitată de edemul limfatic voluminos și fibroza extensivă. Scăderea sensibilității dureroase reduce capacitatea pacienților de a semnaliza leziunile (inclusive infecția) și agenții traumatici în zona cu limfedem, determinând întârzierea instituirii tratamentului. Acesta are la bază bandajul compresiv stratificat, pompa de compresie pneumatică, masajul limfatic, exercițiile fizice, controlul greutateii și mâneca sau ciorapul elastic, ca și mijloace de reducere a edemului. Medicația este reprezentată de antialgice, plasturi cu lidocaină sau capsaicină și co-analgezice. Uneori se obțin rezultate notabile cu stimularea nervoasă electrică transcutanată (TENS).

Tromboza venoasă profundă apare ca urmare a compresiunii și fibrozei perivasculară, dar poate fi și o consecință a celulitei, limfangitei sau a infecției frecvente la pacienții cu limfedem. Ecografia Doppler poate certifica prezența trombilor în sistemul venos profund cu o sensibilitate și specificitate de >95% (20). Tratamentul trebuie instituit imediat după diagnosticare și constă în administrarea de heparine cu greutate moleculară mică pentru 7-14 zile, urmate de tratament cu anticoagulate orale timp de 3-6 luni de zile, cu monitorizarea coagulogramei (valori ale INR între 2 și 3).

O situație particulară o reprezintă *flebolimfedemul membrului inferior* în care limfedemul apare la pacienții cu evoluție îndelungată a insuficienței venoase cronice. Staza venoasă determină în timp modificări trofice ale tegumentului cu fibroză care afectează și vasele limfatice incapabile să mai asigure drenajul limfatic al regiunii afectate de scleroză. În aceste cazuri este recomandat bandajul elastic cu efect de reducere a stazei venoase și ameliorare a circulației limfatice.

Limforagia apare ca urmare a producerii unei leziuni a tegumentului în zona de limfedem, indiferent de mărime sau mecanism: mușcăături de insecte, escoriații, plăgi accidentale sau chiar crăpături ale pielii uscate. Aceste leziuni devin foarte repede porți de intrare pentru bacterii și sunt frecvent urmate de apariția celulitei. Pe de altă parte, scurgerea limfei pe suprafața tegumentului produce ulcerații care se extind cu ușurință în suprafață și profunzime. Tratamentul constă în aplicarea unei creme emoliente protectoare în jurul plăgii care trebuie tratată cu antiseptice locale și acoperită cu pansament steril absorbant. Este necesară compresiunea cu bandaj stratificat și poziționarea antideclivă a membrului afectat pentru a reduce efectul gravitației și a scădea debitul limfei extravazate, până la completa vindecare a plăgii.

Inflamația cronică produsă de stagnarea limfei în spațiul interstițial determină fibroză și acumularea de grăsime. Fibroza produce îngroșarea tegumentului și a țesutului celular subcutanat cu "sufocarea" vaselor limfatice și reducerea suplimentară a fluxului limfatic. Mecanismele de acțiune ale inflamației în adipogeneză sunt legate de infiltrarea țesuturilor cu limfocite T, citokine și macrofage care stimulează proliferarea celulară (21) favorizată și de lichidul interstițial în exces, cu conținut proteic ridicat. Inflamația crește permeabilitatea capilară și cantitatea de lichid interstițial, accentuând limfedemul.

Depresia afectează majoritatea pacienților cu limfedem și are cauze multiple:

- apariția limfedemului marchează tot restul vieții pacientului care suferă de o boală incurabilă, iar specialiștii care o pot ține sub control sunt foarte puțini;
- apar schimbări majore în stilul de viață, cu pierderea rolurilor în societate și familie, odată cu modificările corporale care produc dizabilitate;
- necesitatea apelării frecvente la serviciile de sănătate datorită complicațiilor bolii și simptomelor persistente;
- deteriorarea imaginii și încrederii în sine accentuate de dependența de alte persoane, în stadiile avansate de boală;
- reducerea resurselor materiale odată cu întreruperea activității;
- schimbarea relațiilor interpersonale cu membri familiei, cu prietenii sau colegii de serviciu.

Pacienții cu limfedem prezintă adesea modificări ale dispoziției cu stări de tristețe, pierderea interesului pentru activitățile obișnuite, scăderea apetitului, insomnie, sentimente de vinovăție și frustrare. Succesul terapiei începe cu acceptarea bolii și integrarea tratamentului în activitățile zilnice. Sunt necesare eforturi de susținere din partea familiei, a prietenilor, intervenția oncologului, chirurgului, radioterapeutului și a medicului de familie care trebuie să explice pacientului mecanismul bolii, metodele

de tratament și să sprijine pacientul atunci când apar complicații sau simptome noi în evoluția bolii. Un rol deosebit îl are terapia ocupațională și stabilirea unor obiective pentru tratament și pentru activitățile zilnice care trebuie să cuprindă perioade de destindere și socializare.

Modificarea imaginii corporale. Pe lângă simptomele determinate de greutate, leziunile tegumentului, limitarea mișcărilor sau durere, pacienții cu limfedem trebuie să facă față modificărilor imaginii corporale dată de grosimea membrului care nu poate fi mascată, limitării activităților casnice și ocupaționale, modificării relațiilor interpersonale și cu membrii familiei. Toate acestea duc la apariția anxietății sociale, a depresiei, cu tendința la izolare și scăderea stimei de sine. Medicația în tratamentul limfedemului este puțin eficientă și singurele metode de control ale bolii sunt exercițiile, masajul, bandajele elastice și compresiunea pneumatică, toate consumatoare de timp și resurse materiale, care schimbă radical viața acestor pacienți. Imbrăcămintea pe măsură este dificil de găsit și, în plus, pacienții trebuie să-și îngrijească pielea de două ori pe zi și să-și modifice dieta și comportamentul, astfel încât să evite acțiunea factorilor de risc care ar putea să ducă la apariția complicațiilor (înțepături, purtarea de greutate, solicitare fizică a membrului afectat de limfedem, etc). În stadii avansate limfedemul determină imobilizare, limitarea călătoriilor și pierderea locului de muncă. Pot apărea, de asemenea, probleme de sexualitate (inclusiv griji pentru pierderea partenerului de viață), tratamente medicale frecvente pentru infecții recurente și tulburări ale somnului datorită durerilor și a dificultăților de poziționare ale corpului și ale membrului afectat în decubit.

O altă sursă de frustrare pentru pacienți este reprezentată de faptul că tratamentul limfedemului, care este necesar pe tot parcursul vieții, nu este acoperit de asigurările de sănătate, așa cum beneficiază de exemplu pacienții diabetici, înscriși în programele naționale de sănătate.

Limfangiosarcomul (sindromul Stewart-Treves) apare după evoluția îndelungată a limfedemului (5-15 ani), fiind un angiosarcom cutanat cu punct de plecare în celulele endoteliale limfatice. Este mai frecvent întâlnit la pacienții operați pentru cancer mamar care au fost iradiate, cu infecții recurente și fibroză extensivă a plăgii operatorii. La început apare o zonă violacee care se transformă în ulceratie acoperită de cruste și apoi în necroză extensivă a pielii și țesutului celular subcutanat. Tratamentul constă în excizia largă a leziunilor, urmată de chimioterapie și radioterapie. Cheia succesului terapiei o reprezintă diagnosticul și tratamentul precoce, în stadiile avansate fiind necesară amputația, care însă nu este urmată întotdeauna de vindecare.

Limfomul și sarcomul Kaposi sunt alte tipuri de cancer semnalate la pacienții cu limfedem a căror apariție este favorizată de imunitatea deficitară a membrului cu limfedem și stimularea angiogenetică permanentă în zonele afectate (22).

Artrita septică este uneori diagnosticată la pacienții cu limfedem și se datorează însămănțării sinovialei cu germeni de pe tegument, fiind semnalate infecții cu streptococ beta-hemolitic, stafilococ aureu, Pasteurella multocida (de obicei după mușcătură de pisică) și specii de Bacteroides. Diagnosticul este sugerat de apariția sau accentuarea du-

rerilor și imobilității articulare asociate cu febră și stare generală alterată. Tratamentul constă în administrarea de antibiotice, imobilizare și uneori artrotomie, dacă tabloul clinic se menține cu tratament conservator corect aplicat.

Pleurezia apare la pacienții cu limfedem în sindromul unghiilor galbene și se datorează afectării limfaticelor pleurale, creșterii concentrației proteinelor în lichidul pleural datorită microangiopatiei și creșterii filtrării microvasculare (23). Colecțiile lichidiene sunt bilaterale și se refac rapid după toracocenteză. Tratamentul este doar simptomatic și beneficiază de pleurodeză cu pudră de talc, pleuroctomie, abraziune pleurală sau șunt pleuro-peritoneal.

Amputația membrului afectat de limfedem se impune în cazul apariției complicațiilor al căror tratament conservator eșuează (gangrenă, neoplasme) sau pentru limfedemul în stadiul IV care imobilizează pacientul și se asociază cu infecții grave sau ulceratii extinse ale tegumentului și țesutului celular subcutanat.

### **Tratamentul limfedemului. Ghid pentru pacienți**

Aplicat corect și consecvent, tratamentul ameliorează și ține sub control limfedemul folosind mijloace variate, reunite în termenul generic de "terapie complexă decongestivă", considerată a fi "standardul de aur" în tratamentul acestei afecțiuni (24, 25). Obiectivele sale sunt:

- scăderea volumului membrului sau zonei afectate de limfedem,
- reducerea fibrozei și îmbunătățirea calității tegumentului,
- creșterea drenajului limfatic,
- creșterea calității vieții pacientului,
- scăderea riscului apariției complicațiilor și a progresiei bolii.

*Tratamentul complex decongestiv se aplică în două etape:*

- prima este cea de reducere a volumului și de îmbunătățire a calității tegumentului efectuată sau condusă de personal calificat, iar
- cea de-a doua este etapa de menținere a efectelor primei faze, în care rolul principal îl are pacientul.

Terapia complexă decongestivă are mai multe componente:

- masajul limfatic,
- bandajul compresiv stratificat,
- compresiunea pneumatică externă intermitentă,
- exercițiile fizice,
- lenjeria compresivă,
- îngrijirea pielii,
- drenajul postural,
- educația pacientului.

*În prima etapă* tratamentul se aplică zilnic (sau 5 zile/săptămână), iar volumul membrului se reduce până la un minim posibil, durata sa fiind între 3 și 8 săptămâni, în funcție de gradul și vechimea limfedemului.

*Etapă a doua*, de menținere a rezultatelor, se întinde practic pe toată durata vieții, pacientul având un program în care sunt incluse automasajul, exercițiile fizice, bandajele și lenjeria elastică, îngrijirea pielii și drenajul postural.

Masajul limfatic este diferit de celelalte tipuri de masaj: mișcărilor sunt ritmice, superficiale, întind ușor tegumentul, iar presiunea aplicată nu depășește 30-45 mmHg; durează aproximativ 20 de minute și seamănă mai mult cu o "periere" a pielii (26). Masajul începe la periferia limfedemului, în zonele neafectate, apoi se extinde treptat în aria sa și acționează prin stimularea mișcărilor limfaticelor și împingerea limfei spre și prin sistemul limfatic. Este contraindicat pe pielea cu plăgi, hematoame, infecție, leziuni tumorale sau metastaze în tranzit, în prezența trombozei venoase profunde sau în caz de sensibilitate a tegumentului. Pacienții sunt învățați să-și maseze singuri zona sau membrul cu limfedem.

Bandajul compresiv stratificat (figura 9) este un tip de bandaj special care asigură distribuția uniformă a compresiei, folosind 4 tipuri de materiale:

- bandaj tubular din bumbac care acoperă pielea pe toată lungimea membrului,
- bandă elastică, inclusiv îngustă pentru degete,
- burete din poliester, vată sau bumbac,
- fașă elastică așezată în spirală cu suprapunere 50% din lățimea benzilor.

În repaus, bandajul asigură o presiune ușoară sau moderată (presiunea de repaus) care însă crește în timpul contracțiilor musculare când, în spațiul redus al bandajului, mușchii masează pielea și țesutul celular subcutanat acționând ca și o pompă pentru sistemul limfatic. Această metodă este utilizată zilnic în prima fază a tratamentului, iar în cazurile severe de limfedem este recomandată și pe termen lung, în a doua etapă.

Bandajul compresiv nu trebuie să jeneze circulația arterială sau întoarcerea venoasă și este recomandat în caz de limforagie, pentru scăderea extravazării limfatice. Nu poate fi utilizat dacă limfedemul a apărut la față sau la gât. Este contraindicat în caz de celulită, insuficiență cardiacă, pareze nervoase sau ischemie periferică. Bandajarea, deși poate fi făcută de către pacienți, ea trebuie să respecte recomandările specialiștilor pentru a nu depăși presiunea maximă (30 mmHg la gleznă, 20 mmHg la încheietura mâinii) și a nu forma cute care stânjenesc circulația arterială și înrăutățesc limfedemul.

Compresia cu bandaje elastice este cea mai importantă componentă a terapiei complexe decongestive și are

efecte comparabile cu aceasta chiar când se utilizează ca metodă unică de tratament, atunci când lipsesc resursele materiale sau personalul calificat pentru tratamentul complex (27).

Compresia pneumatică externă intermitentă are rolul de a împinge limfa din spațiul interstițial spre capilarele limfatice și apoi prin vasele limfatice spre rădăcina membrului, dar și de a stimula peristaltica vasculară. Sunt pompe care insuflă intermitent aer în manșoane cu una sau mai multe camere, timp de 80-100 de secunde, la presiuni de 30-40 mmHg, apoi aerul este exuflat 25-50 de secunde și ciclul se reia timp de 30-45 de minute (figura 10). În general, raportul de timp insuflație/ exuflație este de 3:1 și se poate ajusta în funcție de toleranța pacientului și răspunsul la tratament. Metoda este contraindicată când limfedemul se asociază cu insuficiența cardiacă decompensată, tromboza venoasă profundă, infecțiile tegumentului, metastaze sau tumori care obstrucționează drenajul limfatic, traumatisme locale sau neuropatie periferică.

Exercițiile fizice au efecte benefice multiple la pacienții cu limfedem. Activitatea musculară crește circulația în vasele de sânge și declanșează reflex contracții ale vaselor limfatice. Sunt recomandate exercițiile lejere sau care necesită efort fizic de intensitate medie, concomitent cu purtarea lenjeriei compresive. Membrul afectat de limfedem și fără complicații nu necesită punerea în repaus, iar exercițiile pot fi specifice limfedemului sau utile pentru întregul organism.

*Exercițiile pentru limfedem sunt recomandate timp de 10-15 minute, de două ori pe zi* (concomitent cu bandajul compresiv sau lenjeria elastică) și trebuie să intre în rutina zilnică a vieții pacientului. La început se efectuează sub îndrumarea unui specialist în limfedem, apoi pacientul le poate face singur: sunt mișcări de ridicare, flexie, extensie, contracție izotonă sau rotație.

*Exercițiile fizice obișnuite* mențin tonusul muscular și mobilitatea articulațiilor, îmbunătățesc circulația limfatică superficială și profundă, previn formarea fibrozei și permit controlul greutateii corporale. Pacienții nu trebuie să renunțe la exercițiile aerobice cu care erau obișnuiți înainte de apariția limfedemului, nici la cele de rezistență, însă pot învăța exerciții noi, cum sunt cele de respirație, care stimulează circulația limfatică în torace și abdomen. Sunt recomandate mersul pe jos, mersul pe bicicletă, înotul (imersia în apă reduce greutatea corporală) sau mersul prin apă.

Lenjeria compresivă este în prezent fabricată pentru aproape toate localizările limfedemului (inclusiv cele de la față și cap), cu compresie care variază de la 18 mmHg până la 70 sau 100 mmHg (pentru cele de la membrul in-

**Figura 9: Bandajul compresiv stratificat**



**Figura 10: Dispozitiv pentru compresie pneumatică intermitentă: pompă (A), manșon pentru membrul superior (B) și pentru membrul inferior (C)**



ferior). Cele mai utilizate sunt ciorapii și mânecile elastice (figura 11) care este recomandat să fie purtate pe tot parcursul zilei (se scot doar înainte de culcare), cu mențiunea că presiunea trebuie să fie aplicată și mâinii sau piciorului, în caz contrar, drenajul limfei (dar și al sângelui venos) de la acest nivel va fi obstrucționat, creându-se probleme în plus acestor pacienți. Ajustarea compresiunii se face în funcție de vechimea bolii și toleranța pacientului: se începe cu presiune mică, pentru a permite adaptarea, pentru ca apoi aceasta să poată fi crescută la valori presionale terapeutice.

Îngrijirea pielii este esențială în tratamentul limfedemului, pentru că orice leziune este o poartă de intrare pentru germeni (poate fi începutul unei infecții grave) și de aceea trebuie tratată prompt, cu antibiotice, încă de la apariție. În limfedem pielea este uscată și îngroșată și, pentru a preveni crăparea ei, sunt recomandate cremele emoliente fără parfum, lanolină sau arome, care nu irită tegumentul. Aplicarea lor se face de două ori pe zi și după fiecare spălare, iar săpunul (care uscă pielea) va fi înlocuit și el cu o astfel de cremă cu pH scăzut pentru baie. Igiena trebuie riguros menținută și pielea va fi spălată cel puțin o dată pe zi, inclusiv sub inele, în pliurile naturale și în cele produse de limfedem. Ungھیile se vor tăia cu unghiera, iar părul se va îndepărta cu mașina de tuns, pentru a nu se produce răniri ale tegumentului.

Pacientul trebuie să respecte câteva recomandări pentru a-și proteja tegumentul:

- să evite tratamentele injectabile și prelevările de sânge în zonele cu limfedem,
- să evite măsurarea TA la brațul cu limfedem,
- să se ferească de arsurile solare și să nu stea prea aproape de sursele de căldură,
- să poarte mănuși și îmbrăcăminte adecvată când lucrează în grădină, spală vasele sau are alte activități manuale (să poarte degetar când coase).

Pentru efectul lor antioxidant sunt recomandate produsele de îngrijire ale pielii care conțin vitamina E, flavonizi, coenzima Q, metionină, cisteină și acid lipoic extrase din soia, măsline, zmeură, afine, portocale, grapefruit sau ceai verde.

Drenajul postural are rolul de a reduce efectul gravitației și este recomandat ori de câte ori pacientul este în decubit. Membrul superior se sprijină deasupra capului sau pe lângă corp, așezat pe perne, mai sus decât planul inimii. Membrul inferior va fi poziționat în același fel, susținut pe toată lungimea sa.

Educația pacientului cu limfedem face parte din terapia complexă decongestivă și trebuie să fie făcută cât mai în amănunțit, încă de la debutul bolii. El trebuie să cunoască și să beneficieze de toate opțiunile terapeutice care-i sunt recomandate. Informațiile sunt disponibile în general în broșuri sau pe site-urile asociațiilor profesionale sau ale pacienților (4,19,28,29,30) și conțin pe lângă cele expuse mai sus, recomandări pentru viața de zi cu zi legate de alimentație, îmbrăcăminte, călătorie, relațiile interumane, viața sexuală și activitățile zilnice. Iată câteva dintre ele:

- *alimentația:*
  - alimentația sănătoasă ajută la menținerea stării de



**Figura 11: Rachel Troxell și Robin Miller, ambele cu limfedem apărut după tratamentul cancerului mamar, fondatoarele unei companii care produce articole pentru pacienții cu limfedem, încurajându-i să ducă o viață cât mai apropiată de normal (28).**

sănătate și depășirea problemelor legate de limfedem și bolile asociate,

- se recomandă o dietă bogată în proteine și cu puțini carbohidrați, pentru a putea menține greutatea în limite apropiate de normal,
- fructele, legumele și cerealele sunt recomandate pentru aportul de vitamine și fibre, dar și pentru efectul antioxidant și rol în susținerea imunității,
- este recomandată reducerea sării și a grăsimilor din alimentație,
- lichidele este bine să fie consumate în cantitate de cel puțin 2 l pe zi pentru o bună hidratare, însă băuturile alcoolice trebuie evitate,
- se vor evita posturile prelungite și curele de slăbire prin înfometare,
- se recomandă vitamina C pentru sinteza de collagen, vitamina A pentru dezvoltarea celulelor și zinc pentru vindecarea rănilor,
- *îmbrăcăminte și încălțăminte:*
  - sunt necesare haine mai largi care sunt uneori greu de găsit; hainele strâmte sau bijuteriile pot jena întoarcerea limfatică sau venoasă,
  - pacienții sunt sfătuiți să nu renunțe la stilul elegant al îmbrăcăminte,
  - este recomandată încălțăminte cu șireturi fără toc, care să nu strângă piciorul; uneori sunt necesari pantofi cu unul sau două numere mai mari la piciorul cu limfedem,
  - *călătoriile și vacanțele:*
    - călătoriile pe distanțe lungi, în poziția șezut, favorizează staza venoasă și limfatică și de aceea se recomandă pauze cât mai dese posibil; călătoriile cu avionul, datorită scăderii presiunii, favorizează edemul care poate fi combătut prin purtarea de bandaje sau lenjerie elastică,
    - mușcăturile de insecte trebuie prevenite prin aplicarea de creme sau spray-uri,

- se recomandă cremele pentru protecție solară, pentru a evita arsurile,

- căldura favorizează prin vasodilatație creșterea edemului limfatic și trebuie evitată sau, pacientul trebuie să se odihnească perioade mai lungi de timp,

- se va evita mersul desculț, iar după înot se va face întotdeauna duș și se va folosi o cantitate mai mare de cremă hidratantă,

- se vor evita sporturile cu risc crescut de accidentare,

- *relațiile interumane:*

- pacienții sunt sfătuiți să-și păstreze relațiile cu prietenii și familia care pot oferi sprijin psihologic sau material, uneori neașteptat,

- întrebările care se pun la vederea membrului sau zonei afectate de limfedem nu trebuie lăsate fără răspuns și acesta depinde de sentimentele pe care le au pacienții față de situația în care se află,

- consilierea psihologică este uneori necesară pentru a ajuta pacientul să facă față stresului cauzat de boală,

- *viața sexuală:*

- poate fi afectată de limfedemul organelor genitale sau de excesul de volum al membrului afectat de limfedem,

- activitatea sexuală crește fluxul sanguin în zona organelor genitale și poate agrava limfedemul la acest nivel,

- grija pentru partenerul bolnav poate întări relațiile interpersonale, chiar dacă actul sexual este îngreunat,

- afecțiunea se poate manifesta și satisfacția se poate obține și în alte moduri, în afara actului sexual: sărut, mângâiere, atingere, conversație, etc

- *activitățile zilnice:*

- pacienții sunt sfătuiți să-și reia viața normală de dinainte de apariția limfedemului, cu includerea în activitățile zilnice a terapiei decongestive, cu respectarea regulilor de igienă și protecție deja menționate,

- se recomandă evitarea eforturilor fizice intense, purtarea de greutate mari pe membrul afectat de limfedem, traumatismele și înțepăturile de orice tip,

- este necesară uneori schimbarea locului de muncă unde persoanele cu limfedem ar trebui să se bucure de sprijinul colegilor și al superiorilor,

- pensionarea, deși dă posibilitatea unor intervale de odihnă mai mari, are dezavantaje multiple: este percepută ca și o pierdere a rolului în familie și societate, reduce relațiile interumane, scade resursele financiare și crește riscul însingurării; cea mai bună alternativă este găsirea unui loc de muncă adecvat sau programul redus de muncă.

Tratamentul medicamentos are efect limitat și doar dacă este utilizat concomitent cu terapia decongestivă; cele mai frecvente medicamente prescrise pacienților cu limfedem rămân însă antibioticele pentru tratamentul sau profilaxia infecțiilor.

- *Benzopironele* (inclusiv cumarinicele și flavonoizii) stimulează activitatea macrofagelor să desfacă moleculele proteice din lichidul interstițial în fragmente mai mici care pot trece în capilarele venoase și astfel pot fi îndepărtate prin intermediul sistemului venos. Scăderea

concentrației proteice din lichidul interstițial determină reducerea volumului său și în consecință volumul membrului afectat. Pentru a obține efecte vizibile însă este necesar un tratament de cel puțin 6 luni. Dintre flavonoizi se utilizează Endotelon în doze de 300 mg/zi (drajee de 50 sau 150 mg), cumarinicele fiind evitate datorită efectului toxic hepatic.

- *Retinoizii* administrați pe cale orală (Izotretinoin, acid 13-cis-retinoic, RoAcutane și Acitretin, Neotigason) sau topic local (Tretinoin, vitamina A), normalizează cheratinizarea, reduc fibroza și scad modificările inflamatorii (31). Sunt recomandate capsulele de Acitretin în doze de 25 sau 30 mg/zi (capsule de 10 sau 25 mg) timp de 2-4 săptămâni, iar local se poate aplica vitamina A soluție uleioasă, o dată pe zi timp de 3-4 săptămâni.

- *Emolientele și cheratoliticele* cum ar fi lactatul de amoniu, ureea sau acidul salicilic, ca și topice locale, sub formă de unguente, îmbunătățesc calitatea tegumentului.

- *Diureticele* administrate pe termen lung au efect nefavorabil: elimină apa și cresc concentrația de proteine din lichidul interstițial favorizând fibroza, de aceea se prescriu pentru o scurtă durată de timp, dacă se asociază afecțiuni care impun administrarea lor.

- Pentru durere se prescriu *analgezice de tip antiinflamatoare nesteroidiene*, paracetamol sau opioide (în cancerul avansat), iar dacă obstrucția limfatică se datorează unor tumori voluminoase, compresive, au efect benefic corticoizii (asociate cu antiinflamatoarele nesteroidiene în cancerul mamar sau cancerul de prostată): Dexametazona 4-8 mg/zi timp de o săptămână, apoi 2-4 mg/zi timp nedefinit.

Tratamentul chirurgical implică excizia țesutului limfomatos sau anastomoze ale vaselor limfatice cu alte limfatice sau vene.

- *Procedeele excizionale* sunt recomandate în stadiile avansate ale bolii când este afectată mobilitatea membrului. Se pot efectua excizii totale urmate de grefare de tegument, sau excizii seriate, parțiale, cu sutura primară a tegumentului. Aceste intervenții chirurgicale se practică din ce în ce mai rar datorită slabei rezultate cosmetice și complicațiilor postoperatorii frecvente (limforagie, infecție).

- *Procedeele reconstructive* sunt practicate în puține centre medicale și utilizează tehnici microchirurgicale pentru a anastomoza vase limfatice din zona cu limfedem cu limfatice din țesuturi transferate, bogate în limfatice, cum ar fi marele epiploon, sau sunt create anastomoze limfo-venoase. Rezultatele publicate sunt puține și contradictorii. Trebuie subliniat însă că insuccesul unor astfel de intervenții este urmat de înrăutățirea tabloului clinic datorită apariției complicațiilor locale.

## Concluzii

Limfedemul este adeseori o complicație a cancerului sau a tratamentelor pe care acesta le implică și este perceput ca și o a doua lovitură pentru pacienții care trebuie să facă față unei boli devastatoare, mai ales când li se spune că este incurabilă. Se pot face însă foarte multe pentru acești pacienți, dar primul și cel mai important lucru, este să-i asigurăm că nu sunt abandonați și că există un tratament eficient al acestei boli.

(Bibliografia la autor.)

# SCALA FIM PENTRU APRECIEREA EVOLUȚIEI REABILITĂRII LA PACIENTUL HEMIPLEGIC

Prof. univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu, Cluj-Napoca

## Abstract

Assessment is a process of data collection, problem identification, forming hypotheses and decision making, so that a kinetotherapist, before establishing a program for the recovery of the patient suffering from a cerebrovascular accident, must carry out an assessment of the motor impairment.

## Rezumat

Alături de însemnările din foaia de observație, documentația video, pentru aprecierea cursului reabilitării, Scala FIM este cea mai folosită și validă încercare de cuantificare. Aici trebuie să se evidențieze gradul necesar de dependență și gradul de revenire a independenței, ca și cea mai importantă expresie a țelului reabilitării.

Suma: min. 18 puncte – max. 126 puncte

### Pacientul necesită prezența unei persoane la alimentația cu solide sau lichid?

Nu



Are nevoie pacientul de obiecte  
ajutătoare la alimentație?

DA ⇒

Nu



7

La bolnavii cu sondă  
endonazal sau endogastrică

Poate folosi sonda fără ajutor?

Nu



1

Da



Ce face persoana ajutătoare?

Supraveghează și dă indicații ⇒ 5

sau

Pune bolnavului în mână  
tacâmuri, ceașcă, pahar etc.  
(ajutat < 25 %) ⇒ 4

sau

Ajută la ducerea alimentelor la  
gură  
(ajutat < 50 %) ⇒ 3

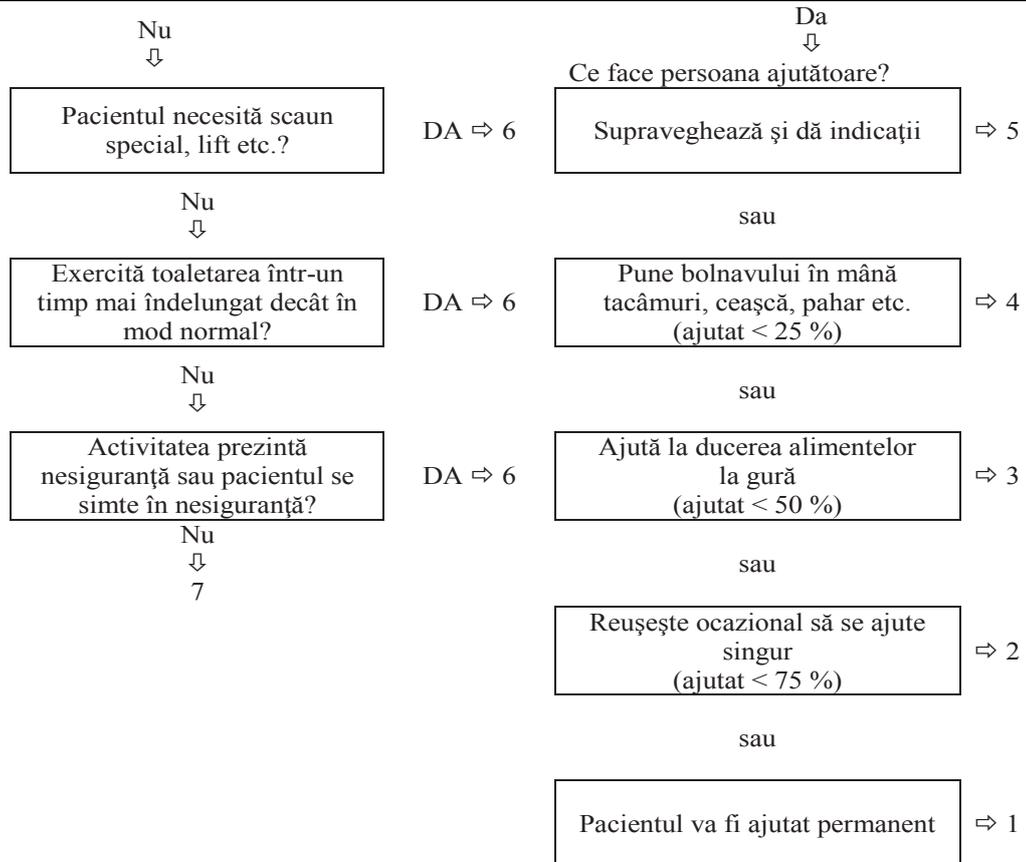
sau

Reușește ocazional să se ajute  
singur  
(ajutat < 75 %) ⇒ 2

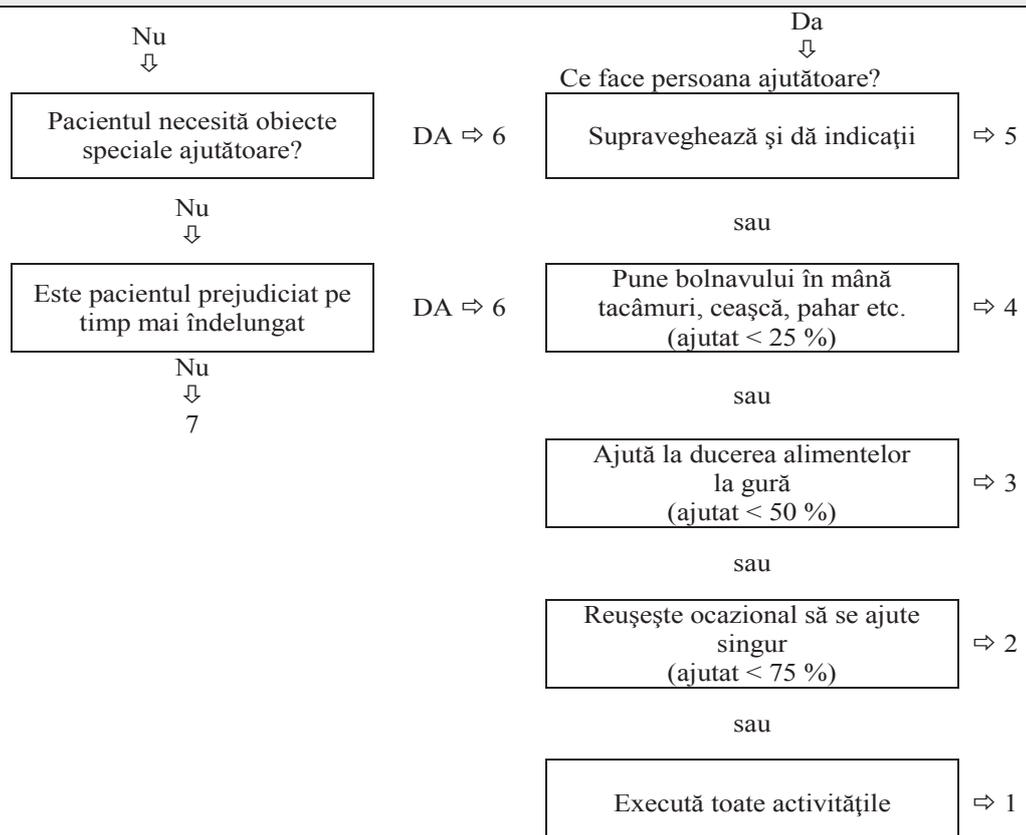
sau

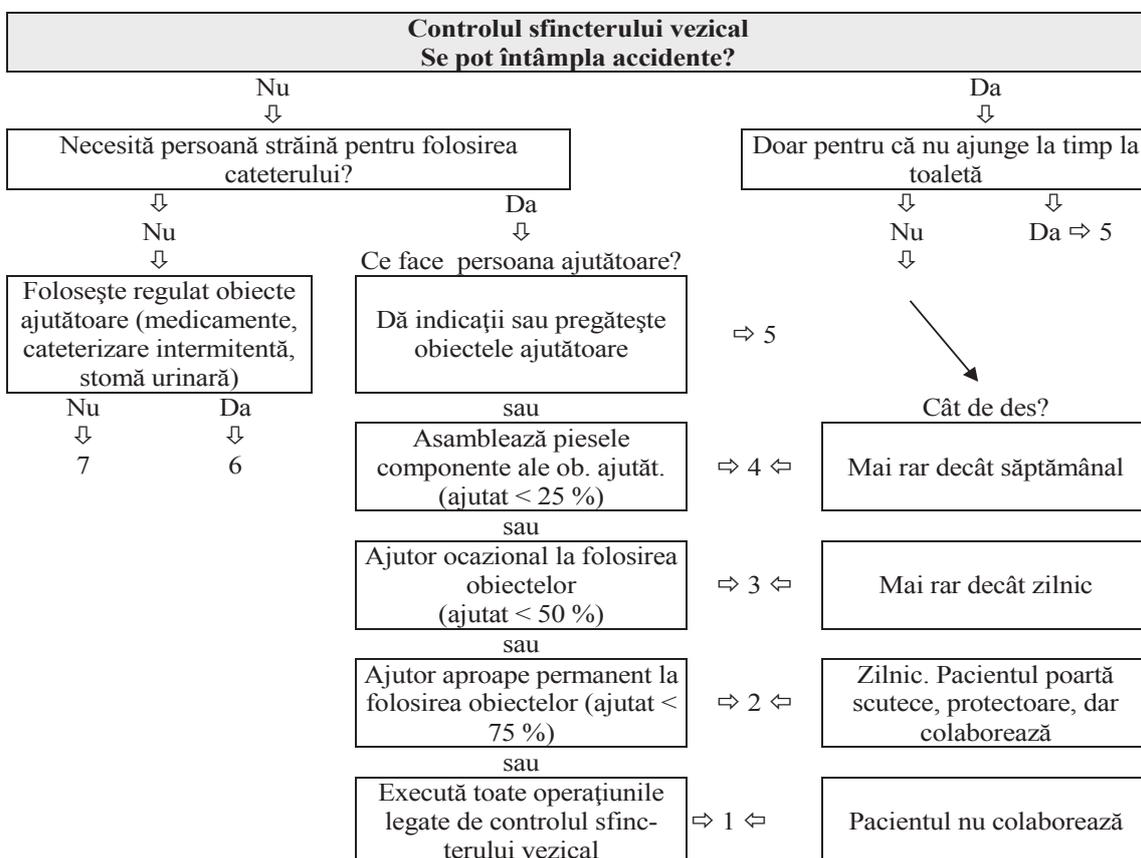
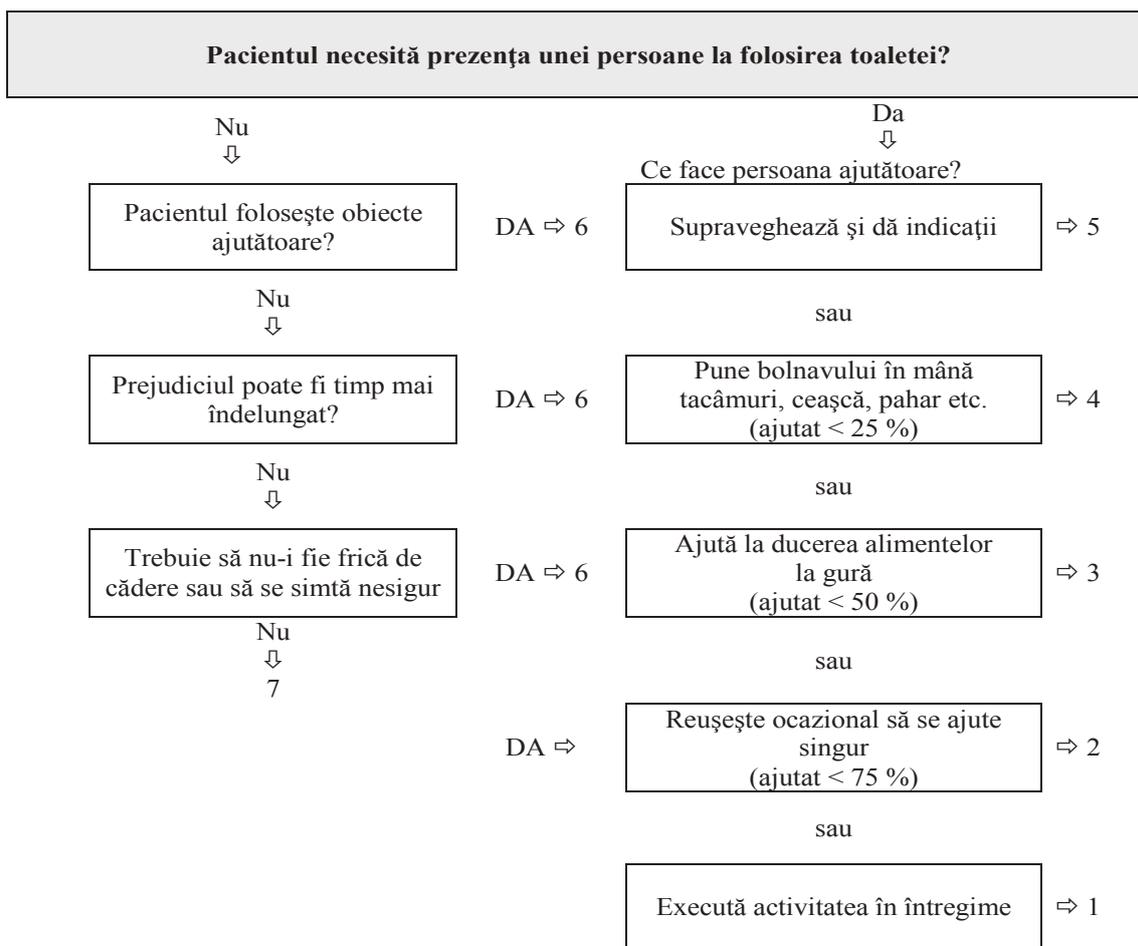
Pacientul va fi ajutat permanent ⇒ 1

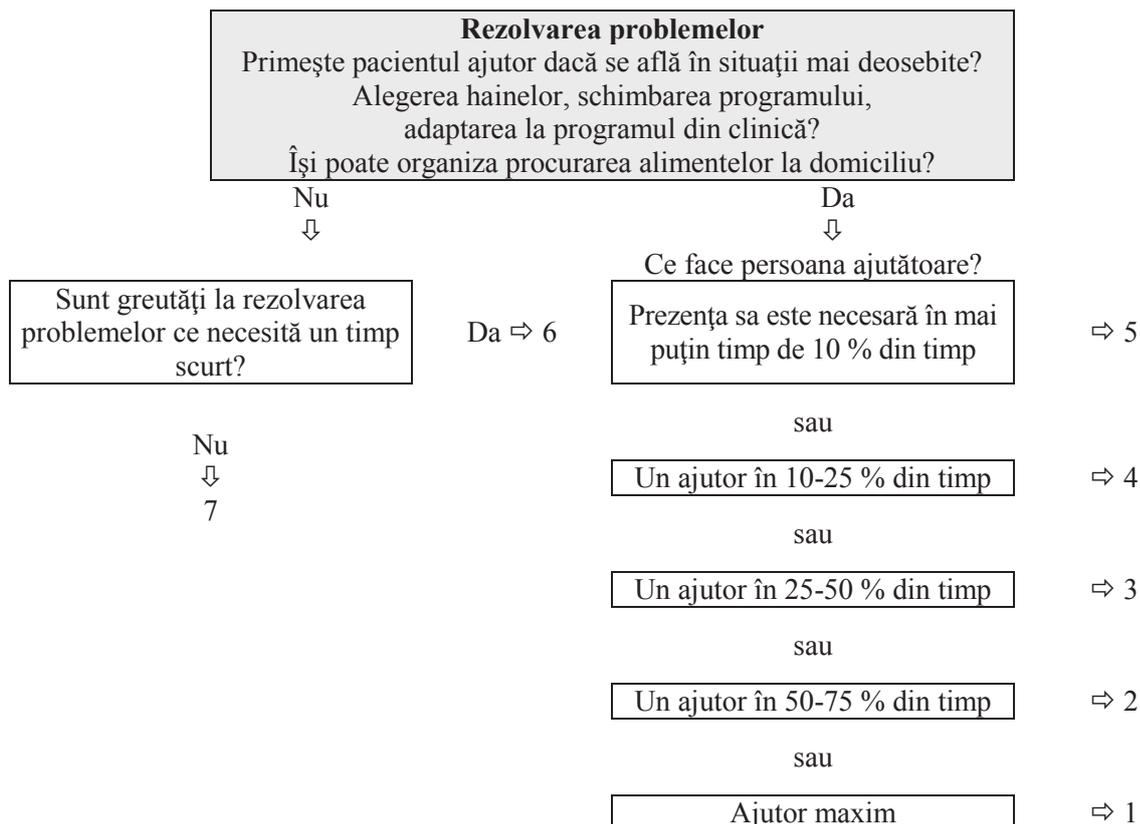
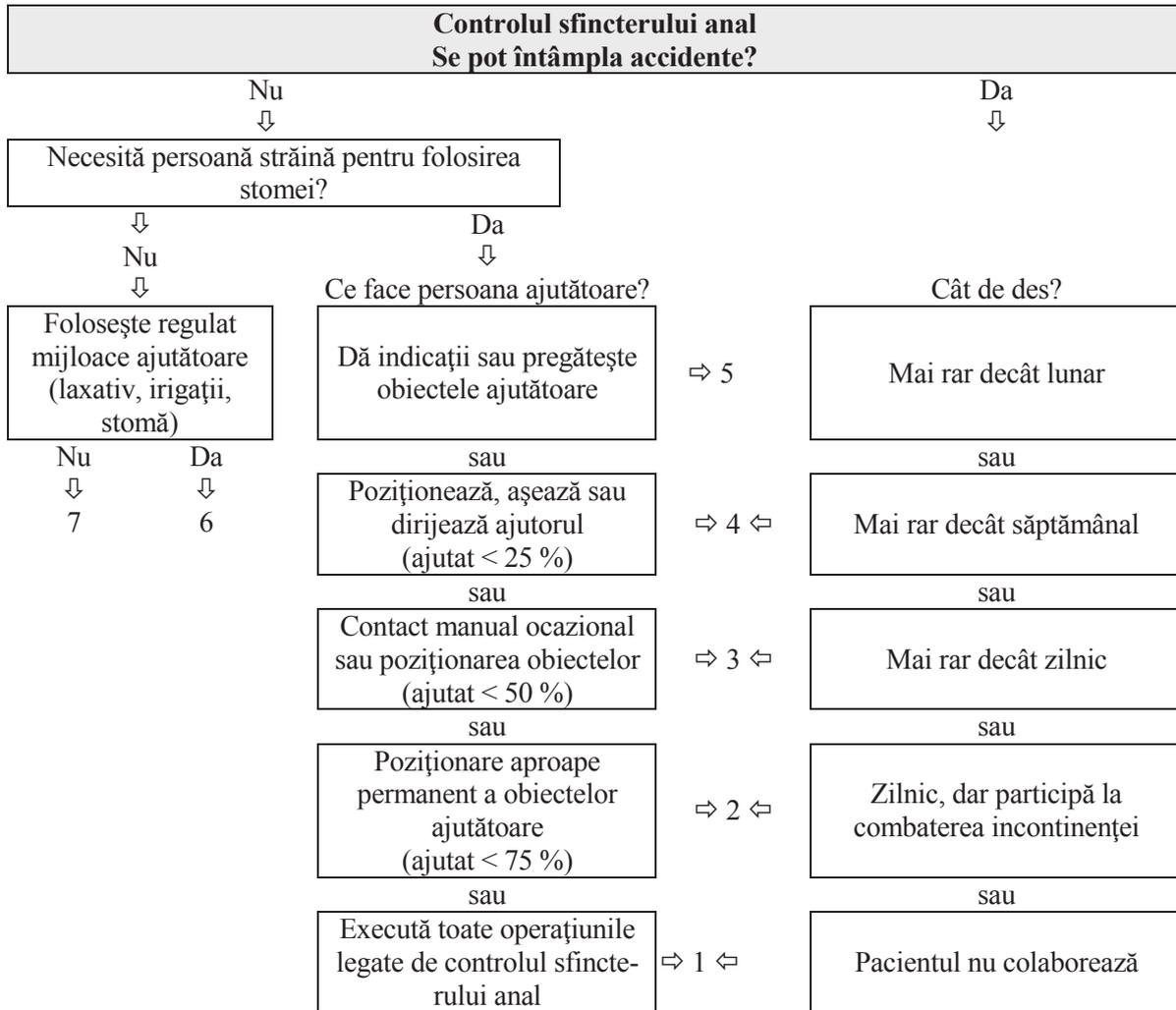
**Pacientul necesită prezența unei persoane pentru toaleta individuală (baie, duș)?**



**Este necesară o persoană la spălarea mâinilor, feței, dinților, la pieptănat?**







<b>Relații sociale</b>	
Pacientul este ajutat să se adapteze atât în comunitate, cât și în timpul tratamentului pe parcursul spitalizării? Râde, plânge fără motiv? Pacientul are probleme în a se controla în relațiile sociale? Este retras?	
Nu ⇓	Da ⇓
Pacientului îi trebuie timp ca să se acomodeze în societate?  Nu ⇓ 7	Da ⇨ 6  Ce face persoana ajutătoare? Sprijin și încurajare în mai puțin timp de 10 % din timp ⇨ 5 sau Sprijin și încurajare în 10-25 % din timp ⇨ 4 sau Sprijin și încurajare în 25-50 % din timp ⇨ 3 sau Sprijin și încurajare în 50-75 % din timp ⇨ 2 sau Ajutor maxim ⇨ 1

<b>Memoria</b>	
Pacientul este ajutat să-și amintească anumite lucruri sau să recunoască anumite persoane cu care se întâlnește frecvent?	
Nu ⇓	Da ⇓
Pacientul are mereu probleme să-și reamintească, dar se poate descurca singur  Nu ⇓ 7	Da ⇨ 6  Ce face persoana ajutătoare? Cu ajutor în mai puțin timp de 10 % din timp ⇨ 5 sau Cu ajutor în 10-25 % din timp ⇨ 4 sau Cu ajutor în 25-50 % din timp ⇨ 3 sau Cu ajutor în 50-75 % din timp ⇨ 2 sau Ajutor maxim pentru că pacientul nu-și amintește în majoritatea cazurilor ⇨ 1

Pentru a determina problema cea mai gravă în procesul terapeutic sunt importante distribuția punctelor pe funcții și nu suma totală a punctelor obținute.

Punctele acumulate vor fi precizate atât în direcția funcțiilor somatice, cât și a celor cognitive.

În cazul sechelelor afecțiunilor neurologice centrale (urmare a afectării neuronilor motori din encefal, inclusiv a căilor de conducere din măduva spinării), ca și în hemi-, para , tetraple-gii/pareze, se vor aplica teste specifice globale cum sunt: testul Rivermead, testul Bobath.

(Bibliografia la autor.)

## OSTEOPOROZA

Prof. Dr. Maria Pop, Baia Mare

**O**STEOPOROZA este o boala a oaselor. Se manifestă prin reducerea densității oaselor. Astfel oasele devin fragile și se produc fracturi cu ușurință la nivelul membrilor. La nivelul coloanei vertebrale se produce o compresie cu reducerea în înălțime.

Osteoporoza **afectează mai grav femeile** decât bărbații. Apare la femei din timp dar se agravează după 50 ani, datorită dispariției hormonilor estrogeni prin intrarea acestora în menopauză. Nici bărbații nu suntocoliți de osteoporoză dar la ei boala se agravează puțin mai târziu decât la femei, de la vârsta de 60 ani, când se reduce hormonul testosteron.

Cauza principală a osteoporozei este **deficitul de minerale**, dintre care elementul **Bor** joacă un rol important, lucru puțin știut de populație. **Recomandăm borul organic** sub formă de **fructoborat de calciu**, fie singur fie combinat cu **calciu natural, magneziu biologic, vitamina D** sau **vitamina C naturală**. Astfel se va asigura absorbția calciului și se va depune în oase. Magneziul se va opune depunerii calciului unde nu trebuie. **Borul** controlează întreg procesul de calcifiere a osului și asigură și diminuarea procesului inflamator.

În stare naturală numai Borul sub formă de Fructoborat de calciu este forma asimilabilă, sănătoasă și non-toxică. Numai în prezența borului se asimilează în organismul nostru calciul în cantitatea necesară. Altfel calciul fie că se elimină în cantitate mare pe cale urinară, fie se depune pe oase unde nu trebuie formând ciocuri osoase.

Ne dăm seama de apariția osteoporozei prin: dureri articulare pentru că osteoporoza se poate combina cu dureri reumatice (artroze), reducerea coloanei vertebrale, deformări a coloanei, reducerea masei osoase la nivelul maxilarului.

Vitamina C naturală asigură formarea proteinelor osoase (colagen, oseină, osteocalcină). De aceea în componența unor produse pentru osteoporoză veți găsi și această vitamină.

Produsele recomandate pentru osteoporoză sunt:

**Borul** este un element esențial în hrana noastră, a animalelor și a plantelor; în natură este prezent pretutindeni, viața însăși a evoluat în prezența acestui element. Borul este un micronutrient esențial pentru plante, supranumit „regele microelementelor la plante”, având rol în creșterea și dezvoltarea lor. Se găsește în cantități mai mari în: prune (proaspete și uscate), stafide, struguri, avocado, alune, nuci, morcovi, mere, grepfrut, broccoli, țelină, fructe uscate, plante medicinale, fasole neagră, spanac, miere, ciocolată neagră, vin, cidru, bere. În organism borul se găsește în toate țesuturile, dar predomină în oase, unghii, dinți, păr, dar și în splină și glanda tiroidă indicând funcția borului în metabolismul osos și sugerând necesitatea prezenței lui pentru metabolismul hormonal.

**Fructoboratul de calciu** este un complex organic al borului care se găsește în fructe și legume în mod natural. Este un complex format din calciu, fructoză și bor. Formula moleculară arată că fructoboratul natural este o sare de calciu organică a borului cu două molecule de fructoză.

Fructoboratul de calciu a fost folosit inițial pentru efectele sale în dezvoltarea plantelor, ulterior a fost preluat ca supliment alimentar pentru uz uman. Studii de cercetare recente au demonstrat ca fructoboratul de calciu are rol fundamental în construcția sănătoasă a scheletului osos și a cartilajilor, dar și în funcționarea sănătoasă a creierului uman și performanța funcției cognitive.

Borul în dieta adulților trebuie cuprins între cel puțin 1 mg și 2 mg pe zi, iar 3 mg bor/zi (130,5 mg fructoborat de calciu) oferă beneficiile nutriționale optime pentru acest element (Organizația Mondială a Sănătății, 1996). Această cantitate necesară de bor ar fi acoperită prin 5 porții de fructe pe care ar trebui să le mâncăm zilnic. Câți dintre noi facem acest lucru?

Fructoboratul de calciu se absoarbe din tractul gastro-intestinal într-o formă intactă, și într-o manieră dependentă de timp. Acesta poate fi detectat în sânge după administrare orală în formă intactă. Este transportat în organism ca fructoborat de calciu, nemodificat și se asimilează complet. Toate efectele benefice asupra sănătății ale fructoboratului de calciu se datorează activității sale în forma intactă. Este un produs stabil care rămâne mult timp în organism. Nu are efecte secundare.

Din alt punct de vedere, datorită poziției geografice și compoziției solului, plantele nu au un conținut suficient în bor. Mai mult de trei sferturi din solul Europei este destul de sărac în bor. Această carență de bor se transmite în tot lanțul trofic: plante, animale, oameni. Consecințele acestei carențe nu sunt de ignorat.

Studii de cercetare științifică avansate au demonstrat că, carența de bor în organism produce afecțiuni osteoarticulare (osteoartrite și artrite reumatoide), determină o absorbție a calciului limitată în organism sau duce la o utilizare ineficientă a calciului de către organism, produce o eliminare urinară masivă de calciu, magneziu și fosfor din organism, privând organismul de aceste minerale, determină procese grave de osteoporoză, provoacă o scădere masivă a nivelului de estrogeni (mai ales la femei la postmenopauză) și testosteron.

Borul este un promotor al sintezei hormonilor sexuali și ca urmare carența sa poate determina disfuncții sexuale și un risc crescut al cancerelor de prostată și de sân. Carența de bor în organism determină performanțe intelectuale slabe, memorie slabă, atenție, coordonare și percepție reduce, duce la apariția stresului oxidativ masiv care, s-a dovedit, stă la baza a 90% din bolile omului contemporan. De aceea este foarte important să avem încă din copilărie, la tinerețe, la maturitate și senectute un stil de viață care să includă o dietă alimentară variată și echilibrată în nutrienți esențiali pentru a preveni și corecta carența de bor din organism.

Fructoboratul de calciu joacă un rol crucial pentru metabolismul oaselor deoarece el stimulează și susține funcțiile tuturor elementelor esențiale pentru creșterea și sănătatea țesutului osos: calciu, magneziu, fosfor, vitamina D. Previne hipocalcemia datorată deficienței de vitamina D și pierderea de masă osoasă caracteristică osteoporozei stimulând absorbția în organism a calciului

și magneziului printr-o cale metabolică alternativă, independent de nivelul vitaminei D din organism.

Suplimentarea dietei cu fructoborat de calciu ridică nivelul seric a vitaminei D la persoanele cu carență de vitamina D (rahitism, osteomalacie) din organism. Astfel, fructoboratul de calciu ajută indirect la prevenirea rahitismului și a osteomalaciei. Fructoboratul de calciu poate să scadă eliminarea urinară a calciului și magneziului ajutând astfel organismul să rețină aceste minerale, prevenind demineralizarea osoasă și apariția osteoporozei la femeile postmenopauzale.

Fructoboratul de calciu are și proprietatea de a stimula sinteza colagenului și de a inhiba activitatea enzimelor (colagenaza) care deteriorează colagenul.

Fructoboratul de calciu crește nivelul hormonilor steroizi asociați cu masa osoasă sănătoasă, măbind semnificativ concentrația serică de estrogeni.

Fructoboratul de calciu are proprietatea de a crește nivelul hormonilor asociați cu o prostată sănătoasă, măbind semnificativ concentrația serică de testosteron.

Fructoboratul de calciu are un puternic efect antiinflamator ajutând la reducerea semnificativă a durerii caracteristice afecțiunilor articulare, îmbunătățește mobilitatea și flexibilitatea încheieturilor, reducând semnificativ rigiditatea acestora.

- în profilaxia și terapia osteoporozei, osteoartritelor, deformărilor osteo-articulare și fracturilor osteoporotice, rahitismului și osteomalaciei, reducerea simptomelor neplăcute ale menopauzei;

- pentru prevenirea, controlul și ameliorarea afecțiunilor articulare inflamatorii și degenerative (osteoartrite sau artroze și poliartrite reumatoide) și reducerea durerii caracteristice acestora, cât și pentru îmbunătățirea funcționalității și flexibilității articulațiilor, stimularea mobilității articulațiilor în perioade de suprasolicitare mecanică intensă a acestora (sport, muncă fizică, obezitate);

- pentru eliminarea radicalilor liberi formați și contracararea efectelor nocive ale acestora asupra celulelor și țesuturilor osoase, articulare și ale pielii, prevenirea cancerelor de sân, col uterin, prostată.

**Vitamina C** este o vitamină indispensabilă pentru o nutriție adecvată. Fructoboratul de calciu mai poate stimula și activitatea antioxidantă a vitaminei C pe care o aducem în organism prin dietă. Din nou apare relația de sinergism de acțiune între fructoboratul de calciu și vitamina C. Fructoboratului de calciu va câștiga o putere antioxidantă mult mai mare, iar efectele acesteia în organism vor fi semnificative. Sinteza colagenului și proteoglicanului este crescută dacă suplimentăm dieta cu vitamina C naturală.

## BENEFICIILE ACTIVĂRII PUNCTULUI BAI HUI

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

**P**UNCTUL BAI HUI este situat pe coroana capului, este cunoscut în acupunctura ca fiind punctul Du Mai 20 (百会). Punctul de unde energia yang a organismului izvoraste. În ayurveda medicina traditional indiana punctul este cunoscut ca *ahasrara (chakra)*.

În multe culturi, este considerat ca fiind legătura dintre om și univers.

Inteparea punctului Bai Hui în medicina traditionala chineza:

- prin activarea punctului automat barbia se retrage fiind localizat în mijlocul capului face ca postura pacientului să fie una cât mai normală și mai relaxată.

- ajută la îndreptarea coloanei vertebrale. Societatea sedentară în care trăim face ca toată lumea să aibă o postură incorectă care duce la afecțiuni cu ar fi probleme lombare, probleme cervicale, ameteți, dureri de cap, senzația de gât întepenit, indigestie...

- o poziție cât mai corectă a corpului ajută menținerea sănătății, a echilibrului, și a agilității (zhong ding),

- ajută la îmbunătățirea creativității,

- ajută la circulația cerebrală.

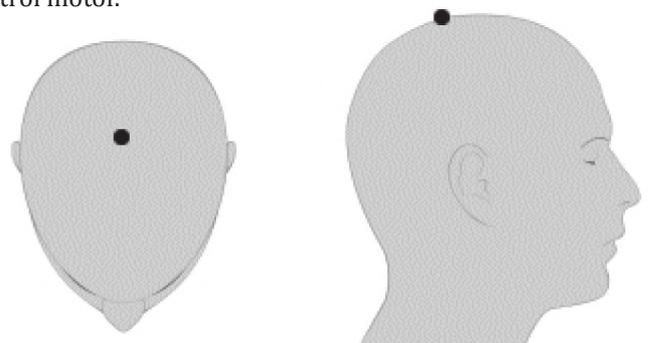
Atât în medicina traditională chineză cât și în cea modernă este recunoscut faptul că lipsa unei circulații cerebrale normale se pot întâmpla cele mai frecvente afecțiuni cum sunt: accidentul vascular cerebral, leziuni permanente ale creierului.

Este punctul principal în durerile de cap, ameteți, dureri de ochi, roseata, iritabilitate, hipertensiune arterială din excesul de yang în partea superioară a corpului, care apare adesea cu modele de exces de yang hepatic sau foc de ficat. Combinați cu puncte ale corpului inferior, cum ar fi LV 2, LV 3, KD 1, GB 34, GB 41.

• Punct principal pentru vântul intern, care are câteva indicații care se suprapun cu intrarea de mai sus, pentru dureri de cap, ameteți, ameteți vizuale, tinitus, dureri de vertex, lovituri de vânt, convulsii.

• Punct principal pentru prolaps, anal, uterin, vaginal; punct principal pentru hemoroizi.

• Sistem de vindecare Tong Ren/Tam: utilizat pentru a efectua zona de asociere (legată de emoții, memorie, comportament), utilă pentru energie redusă, dezechilibre energetice yang, parkinson, alzheimer, probleme de control motor.



## CAPSULELE DE MAC – MATERIA PRIMĂ PENTRU OBȚINEREA MORFINEI

Chimist principal medical Aurelia Tecusanu, Vișeu de Sus

**D**UPA cum se stie, la Vișeu de Sus funcționează Fabrica de Medicamente MEDUMAN, care de-a lungul anilor a trecut prin diverse stadii tehnologice și de producție. În jurul anilor 1923-1924 a fost construită și pusă în funcțiune o secție de produse tanante, care extrage TANINUL din coaja copacilor de stejar și conifere, necesar prelucrării și tabacirii naturale a pieilor de bovine și ovine.

După 1960 devine FABRICA DE ALCALOIZI-Vișeu, introducând în fabricație tehnologia de obținere a Morfinei, prin prelucrarea capetelor de mac. Industrial, morfina s-a obținut prin metoda clasică de extracție din produse vegetale – capetele de mac uscate, respective – *Papaver Somniferum*, dar pentru prima oară, morfina a fost obținută din opium.

Opiumul are o compoziție complexă, care conține aproximativ 50% morfina, rezultat din evaporarea latexului, suculeptos al capetelor de mac.

În capetele de mac coapte, morfina se găsește sub forma de săruri ale acidului meconic și sulfuri.

Utilizarea preparatelor obținute prin prelucrarea produselor vegetale este cunoscută încă din antichitate. Informațiile scrise, privind vindecarea prin produse farmaceutice obținute prin extracția din produse vegetale, respectiv, macerate, infuzii, decocturi, ne-au rămas de la toate vechiile civilizații. Multe produse vegetale, cunoscute din antichitate sunt și astăzi utilizate:

- Din China – opiul, anasonul, camforul
- India – santalul, benzol
- Egipt – aloe, ricin, sofran, cinepa, absintul, nuca vomica
- Babilon – beladona, opiul, galbanul.

Având ca principiu procedeele de extracție din plante, s-a pus baza, fabricării morfinei din capetele de mac.

Macul, materia primă pentru obținerea morfinei, este o plantă anuală și se cultivă ca plantă alimentară, uleioasă, medicinală și ornamentală. Cele mai însemnate culturi de mac sunt în China, Turcia, India, Sudul Rusiei și Asia Mică.

Opiumul este latexul uscat obținut din capsulele complete formate înainte de a ajunge la maturitate. Din mac se obține atât opiumul, din faza de formare a capsulei, iar din cojile uscate de mac, se obține morfina.

Conținutul în morfina a capetelor de mac variază în funcție de o serie de factori, printre care amintesc:

- condiții climatice – umiditate, temperatură, lumină
- sol – calitatea și compoziția solului
- culoarea semintelor.

Timpu umed în perioada de maturare influențează în mod negativ conținutul în morfina iar în primele faze de dezvoltare, temperatura mediului trebuie să fie de 10-15°C. Macul pentru morfina are nevoie de soluri calde, bogate în minerale și se cultivă pe terenuri curate, fără buruieni.

Conținutul în morfina a capetelor de mac variază în funcție de sortiment respective culoarea semintelor. Din testările de laborator au reieșit următoarele rezultate:

Culoarea semintelor	Concentrația % morfina
Albastră	0,57%
Cenusie	0,445%
Rosiatică	0,337%
Albă	0,43%

Capetele de mac destinate industriei de medicamente trebuie să fie de formă sferică sau turtite, golite de semințe, de preferință manual, fără resturi de pedunculi, culoare galben-brună, nepătate, fără urme de alterare, uscate, ele fiind recoltate în faza de maturitate a plantei, respectiv începând din 15 iulie – 1 august. Conținutul în morfina a acestora trebuie să fie de minim 0,32%.

Extracția capetelor de mac se realizează cu un randament maxim, când acestea sunt depozitate 3 luni, timp în care are loc un proces de maturare, legăturile între moleculele de morfina și celulozice slabindu-se, ducând la ușurarea procesului de extracție, în caz contrar randamentul de extracție scade sub 50% iar calitatea morfinei bază este mai slabă. Procesul care are loc în perioada maturării este unul enzimatic, pentru care umiditatea atmosferică naturală din perioada lunilor septembrie-martie este cea favorabilă. Umiditatea peste cea atmosferică și forțată duce la scăderea conținutului în morfina a capetelor de mac prin degradarea lor. Pentru că în finalul procesului tehnologic să se obțină o morfina de concentrație mai mare de 96%, temperatura din spațiile de maturare nu trebuie să crească peste cea atmosferică, în caz contrar scade și randamentul de extracție.

Pentru obținerea produselor farmaceutice prin extracție, trebuie să se țină cont deci, de o serie de condiții, un rol important revenind pe de o parte produsului vegetal, respective capetelor de mac, a solventului folosit și calității acestuia, dar și procedurii de extracție folosită.

Practici factorii care influențează extracția sunt:

1. Produsul vegetal – natura produsului, umiditatea lui, gradul de maruntire și de maturare.
2. Solventul – natura solventului, reacția mediului, raportul dintre produsul vegetal și solvent, durata contactului, temperatura mediului
3. Procedura de extracție – care este diferită la produsele vegetale proaspete față de cele uscate.

Extracția morfinei din capetele de mac este deci direct influențată de următorii factori:

- Gradul de divizare a materiei prime
- Cantitatea de solvent
- Durata de extracție
- Timpul de extracție.

La extracție este necesar a se mari suprafața de interacțiune dintre materia primă și solvent, ceea ce se poate realiza prin maruntirea substanței solide. Capetele de mac uscate se divizează până la bucăți de 2-3 cm.

Maruntirea mai fină împiedică efectuarea unei extracții eficiente. La adăugarea unei cantități mai mari de solvent, extracția este mai puternică.

Timpul de extracție nu poate fi marit decât până la o anumită limită, dincolo de care, concentrația în morfina a soluției extrase este neînsemnată.

S-a observat practic că, printr-o creștere a temperaturii de extracție peste 20°C, fluxul tehnologic va fi influențat negativ.

Pentru obținerea unei morfine de calitate și a creșterii randamentului de extracție, trebuie stabilite punctele cheie din procesul tehnologic, unde să fie realizate controalele interfazice.

De exemplu:

- Verificarea concentrației în morfina a extractului apos, în vederea epuizării totale din planta a morfinei.
- Verificarea tuturor fazelor tehnologice de fabricație, pentru obținerea unui randament maxim.
- Verificarea apelor mume de la precipitarea morfinei
- Verificare calității materiei prime, respectiv, a concentrației în morfina a capetelor de mac, a calității produsului finit și a produselor din fazele intermediare, se folosea metoda de dozare volumetrică și polarografică.

Prin metoda polarografică se dozează alcaloizii totali din capetele de mac, nefiind o metodă selectivă, aceasta datorită structurii chimice particulare a morfinei și de deosebirea ce există între morfina și ceilalți alcaloizi din mac.

Morfina în mediul alcalin, la Ph-9 formează fenolați, iar obținerea morfinei bază se realizează în mediu foarte slab acid, cu acid acetic, la un pH de 3-3,5.

Metoda volumetrică – prin titrare directă și titrare indirectă se aplică în special la apele mume și la faza de extracție apoasă.

Pentru obținerea unor rezultate concludente și posibil de aplicat pe întregul flux tehnologic de obținere a morfinei, s-a experimentat și s-a folosit metoda Cromatografică de determinare a concentrației de morfina și a celorlalți alcaloizi din capetele de mac. S-a introdus astfel metoda cromatografiei în strat subțire, cu rezultate concludente.

Cromatografia pe strat subțire constă în esență în separarea prin migrare a unei faze mobile de-a lungul unui strat de absorbent sau suport inert omogen și de granulație fină, aderent și întins pe o placă de sticlă de dimensiuni mici.

Cromatografia pe strat subțire este deci, o metodă fizico-chimică de separare și analiză a unor amestecuri de substanțe, bazată pe repartiția diferită a lor între două faze – o fază staționară, constituită din suportul solid, cu lichidul fixat pe aceasta și o fază mobilă, de obicei de natură organică.

Separarea substanțelor prin cromatografie pe strat subțire se realizează atît printr-o repartiție între suportul solid și faza lichidă, adică bazată pe fenomenul de absorbție, cit și printr-o repartiție lichid-lichid.

Prin identificarea cromatografică și dozarea morfinei și a celorlalți alcaloizi din capsulele de mac, se poate realiza o selecție a tipurilor de capsule, care să fie indicate a fi supuși procesului tehnologic de extracție.

Pe lîngă tehnologia clasică de fabricație a morfinei, s-a trecut la experimentarea unei tehnologii cu mult mai eficiente și anume – Procedul prin schimbatori de ioni – care prezintă o serie de avantaje, prin faptul că fluxul tehnologic este continuu, fazele mai importante pot fi automatizate, prin reglarea automată a parametrilor tehnologici. Din păcate însă toată instalația de fabricație, atît cea clasică cit și cea modernizată este la ora actuală dezafectată.

## 15 Iunie 1889 și Ecoul morții lui Mihai Eminescu

Dr. Valeriu Lupu, Vaslui

“Mare este jalea și durerea pe care azi o simte toată suflarea românească, mare și nemărginită precum a fost sufletul acestui nemuritor”

*Constituționalul, 20 iunie 1889*

**S**E ÎMPLINESC 130 de ani de când arheul culturii noastre își sfârșea nefericita-i existență pământească lăsând în urmă strălucirea eternă a luceafărului geniului său. Este singura personalitate istorică căreia i se sărbătorește cu aceeași dăruire atît data nașterii (declarată astăzi și Ziua Culturii Naționale), cît și data morții sale, prilej de evocare pioasă a celui care a surprins ca nimeni altul chintesența istorică, spirituală și culturală a neamului și spațiului său românesc.

Percepția morții poetului a fost diferită de-a lungul generațiilor care s-au succedat după moartea sa. S-a vorbit și s-a scris mult, îndeosebi în epoca comunistă, despre faptul că poetul a murit în mizerie și sărăcie, uitat de contemporani și părăsit de prieteni, ca un geniu singuratec, neînțeles de soci-

etatea în care a trăit. Însuși G. Călinescu vorbea despre poezii pe care “flămînda sărăcie, uneori numai deșertăciunea, pentru o ticăloasă pomană însoțită de o mai ticăloasă laudă, îi încovoia” dar și despre cei care “niciodată n-au întins o mână cerșitoare către vreo mărime pământească... Așa poet a fost Eminescu” (G. Călinescu – *Viața lui Mihai Eminescu*, Ed. Saeulum I.O. 1995, pg. 249).

Cu toate acestea, marea durere pe care moartea nefericitului poet a produs-o la scară națională, pentru Călinescu (considerat încă biograful oficial al poetului) nu a însemnat decât “cortegiul însoțit de un număr mare de studenți, gazetari și prieteni... pe drum în dreptul Universității, și la mormînt, se țînură cuvîntări îndurerate și banale, după care, pe înserat, coșciugul fu coborât în groapă, între un tei și un brad” (idem).

Nimic despre imensa durere unanim exprimată în presa centrală și locală de pe întreg teritoriul țării și a provinciilor românești; nimic despre reacția lumii intelectuale, îndeosebi culturale și academice; nimic despre reacția dascălimii, elevilor și studențimii; în sfârșit, nimic despre tristețea și durerea unui popor care trăia sentimentul că își îngroapă “gloria

națională”, așa trăire dureroasă încerca România profundă a acelor vremuri.

Târziu după moartea sa, a început să se vorbească mult despre faptul că boala poetului, câștigată sau moștenită, l-a condus către alienație sfârșindu-și zilele în lumea viețuitorilor ospiciului doctorului Șuțu, părăsit de prieteni și de lumea culturală. S-a vorbit, de asemenea, despre înscenarea politică a “arestării ilegale” și internării forțate în ospiciu, înscenându-i-se o boală psihică, compromițându-i astfel credibilitatea în ideea de a-l scoate din viața publică, pentru că prin vocea sa amenința protipendada politică și economică a țării și chiar relațiile statului român cu puterile centrale.

### Notorietatea poetului la nivel național

Într-adevăr, prin creația și atitudinea sa intransigentă, Mihai Eminescu devenise o personalitate marcantă a timpului său. Vocea sa, de la tribuna ziarului “Timpul”, se transformase într-o adevărată instanță acuzatoare pentru relele, nedreptățile, corupția și jaful național, aspecte pe care le sancționa fără cruțare. Așa încât lumea intelectuală, breasla scriitoricească, lumea politică, “pătura superpusă”, tinerimea studiosă îl cunoșteau foarte bine din publicațiile vremii ca poet, dar și în ipostaza de jurnalist și analist politic.

Poezia sa pătrunsese deja adânc în inima tineretului. Versurile sale erau pe buzele tuturor, așa încât vestea derapajului psihotic, și mai ales suferința ultimilor șase ani din viața sa, a ajuns repede de notorietate publică. Nu puțini au fost aceia, mai ales din lumea intelectuală, care au perceput șocul îmbolnăvirii poetului ca pe o dramă la nivel național. Trebuie subliniat faptul că preocuparea pentru sănătatea poetului a fost una reală și constantă în toată această perioadă, ajungând să intereseze cercuri din ce în ce mai largi: de la prietenii de la “Junimea” și “Convorbiri literare”, la autoritățile locale: botoșănene, ieșene și bucureștene: de la societăți și asociații culturale, la oameni de teatru, oameni de litere, oameni de bine și chiar elevi, prin constituirea acelor comitete pentru realizarea subscripțiilor publice în sprijinul poetului (vezi cuvântul înainte al ediției Șaraga semnat de Cornelia Emilian). A nega, sau a bagateliza aceste realități, ar fi o impietate și un afront nemeritat adus generației poetului.

În acest context este evident că soarta poetului devenise una de interes public, dovadă și curatela judiciară instituită în urma expertizei medicale din 23 martie 1889, din care au făcut parte Titu Maiorescu, Mihai Brăneanu, D. Augustin Laurian, I.L. Caragiale și Ștefan C. Michăilescu – din nefericire hotărâtă prea târziu – dar și numeroasele referiri în presă cu privire la starea și comportamentul poetului, dintre care cele mai valoroase – prin durere și compasiune – sunt cele ale lui Alexandru Vlahuță: “Și când, ostenit de acest joc curios de versuri sonore și pustii, își lăsă tăcut privirea-n pământ, figura lui îmbracă iarăși acea expresie de tristețe vagă – umbra aceluși apus dureros al conștiinței care-i dedea în momentul acele înfățișarea unui zeu învins, părăsit de puteri și umilit” (Al. Vlahuță – *Versuri și proză*, Ed. Eminescu, 1986, pg. 292).

Vestea morții lui Eminescu a căzut ca un trăsnet asupra întregii națiuni. Nu a existat organ de presă, central sau local, care să nu relateze pierderea dureroasă resimțită de întreaga suflare românească prin moartea poetului, care devenise încă din timpul vieții un mit recunoscut deja ca geniu. Deși nici un act oficial nu a consacrat zilele de 15, 16, 17 iunie 1889, ca zile de doliu național, națiunea română, prin durere și participare, a ridicat evenimentul la rang de funeralii naționale. Pe tot cuprinsul regatului și provinciilor românești, sufletele cernite ale celor care l-au prețuit și admirat ca poet, au trăit momente de durere și neputință în fața unui adevăr care a lovit năprasnic un popor.

Câteva exemple pot ilustra – cât se poate de convingător – starea de spirit care domina o națiune ce percepea moartea poetului ca o adevărată tragedie. “durerea celor care i-au fost prieteni, l-au cunoscut în tainele vieții intime trebuie să fie adâncă, mută și sfâșietoare... Eminescu s-a stins după ce a strălucit ca un Luceafăr... Moartea lui e o durere pentru întreaga cugetare românească după cum durere fost-au pentru toți și suferințele lui” titra “Constituționalul” în editorialul său din 17 iunie 1889. În provincie, la Botoșani, “Curierul Român” informează că “marele cugetător al țării, cea mai măreață figură a literaturii noastre moderne, cel mai original din toți poeții noștri contemporani, care a dat un nou farmec limbii românești, întrupând în forme cu totul noi genialele sale gânduri și simțiri, nu mai este printre vii! Dup-o crudă și îndelungată boală, nobilul și melancolicul său suflet și-a rupt barierele ce-l țineau încă legat de această vale a plângerii și și-a luat zborul spre lumea cea de veci, spre lumea nemuririi pentru care a fost creat” (20 iunie 1889), iar “Libertatea” din același oraș scria: “poetul dragostei și al melancoliei, cel mai ilustru bard al României și unul din însemnații poeți ai Europei actuale, gloria țării și a neamului românesc s-a stins... El nu mai simte azi greutatea lumii reale, așa de zdrobitoare pentru avânturile închipuirii lui generoase” (22 iunie 1889).

Iașul (orașul mării iubiri) consemna prin ziarul “Fulgurul” din 18 iunie 1889: “marele poet s-a stins după ce a strălucit ca un luceafăr în înălțimea bolții albastre”. Același ziar reușește poate cel mai veridic portret psihologic al poetului, atunci când pune în evidență contrastul din gândirea eminesciană între mizeria vieții reale, pentru care manifesta “o repulsie și un mare dezgust judecând-o prin prisma pesimismului” și imaginația din lumea ideală pentru care a avut “o atracție deosebită și de aceea o zugrăvește cu cele mai admirabile culori”.

Iacob Negruzzi scria în “Convorbiri Literare”, “cu Eminescu s-a stins un mare poet național, original în toate felurile; noi pierdem un amic iubit și un conlucrător dintr-acei al căror geniu au aruncat o lumină vie asupra publicațiunii noastre” (citată I. Saizu, *Eminescu – cât veșnicia*, Ed. Noel, 1996). În Transilvania “Telegraful Român” afirma că: “Eminescu a fost nu numai cel mai mare poet român ci și cel mai strălucit reprezentant al conștiinței naționale”.

Deși unele date biografice vehiculate de presa timpului erau contradictorii, totuși, asupra suferinței poetului exista o unanimitate în a considera “lunga și cruda maladie a facultăților mintale, o boală ce nu iartă niciodată și târâie victima sa spre mormânt” (“Telegraful Român”, 18 iunie, 1889). Titu Maiorescu va avea inspirația să solicite necropsia (cerută în mod expres) ce avea să confirme mărimea neobișnuită a creierului (1490 gr, egal cu cel al lui Schiller) atins de o perienefalită cronică difuză (fără examen microscopic), o degenerare grăsoasă a mușchiului cardiac – care a stat la baza sincopei cardiace ce avea să constituie cauza imediată a decesului – degenerescențe asemănătoare fiind descrise și la nivelul ficatului și rinichiului, aspecte deosebit de relevante pentru evaluările anatomo patologice de mai târziu, evocatoare mai ales pentru excluderea etiologiei luetice a bolii poetului și confirmarea intoxicației cronice cu mercur folosit ca terapie.

### Doliu și funeralii naționale – fără gir oficial

Tragedia zilei de 15 iunie 1889 a fost dureros resimțită de întreaga națiune. Zăbranicul de doliu va acoperi întreg spațiul românesc prin durerea pe care a resimțit-o. “Aceasta explică de ce funeraliile au avut caracter național, deși nici un act oficial nu fusese semnat în acest sens (I. Saizu, *Eminescu – cât veșnicia*, Ed. Noel, Iași, 1997).

Înhumarea a fost un moment care prin amploarea desfășurării lui s-a ridicat la nivelul geniului eminescian, deși po-

etul nu și-a dorit niciodată o asemenea grandoare. "Niciodată – titra ziarul "Lupta" (19 iunie 1889) – nu s-a văzut la o înmormântare o asistență așa de numeroasă și cultă". Șocol provocat de moartea poetului va îndura un întreg popor și avea să adune laolaltă deopotrivă: guvernanți, politicieni, academicieni, oameni de artă și litere, ziariști, dascăli, studenți, elevi, prieteni, admiratori ca și contestatari. Guvernul conservator condus de Lascăr Catargi își asumă cheltuielile de înmormântare, iar la inițiativa lui Maiorescu s-a deschis o listă de subscripție pentru amenajarea mormântului.

Cu toate că dorința poetului a fost alta, ceremonia înhumării avea să fie de o grandoare tăcută și resemnată, plină de sobrietate și tristețe, marcată de jale și respect. Sicriul – singurul de simplitate dorită de Eminescu – a fost depus la biserica Sfântul Gheorghe cel Nou – ctitoria lui Constantin Brâncoveanu – lângă catafalca fiind așezate *Poesiile* (ediția princeps), colecția revistelor "Convorbiri Literare" și "Fântâna Blanduziei".

Numărate cununi de laur și coroane de flori din partea Academiei Române, Presei Române, redacției de ziare, societăți și asociații culturale, Societatea Tinerimea Română, Societatea Studențească "Unirea", admiratori, elevi și studenți, aveau să acopere catafalcul. O persoană îndoliată va depune un buchet de "nu mă uita" pe pieptul poetului. Era Veronica Micle.

Pelerinajul avea să dureze până în ziua înhumării. Prin acest "perigrinaj complex" ("Războiul", 18 iunie, 1889), o lume îndurerată își lua rămas bun de la "poetul lor de suflet", dovadă evidentă a prețuirii de care s-a bucurat din partea poporului său. Oficialitățile au fost reprezentate de trei prim miniștri (doi foști și cel în funcție), președintele Academiei Române în persoana lui Mihail Kogălniceanu, miniștri, conducători de societăți și asociații, floarea literaturii și ziaristicii române.

Serviciul religios a început la orele 17:30, după care a urmat primul discurs ținut de Grigore Ventura, în care s-a subliniat cu patos faptul că "Eminescu nu a fost a nimănui ci a tuturor românilor" că, "lacrimile românilor se vor preface în roua roditoare și binefăcătoare sub razele luminoase ce va răspândi soarele amintirii poetului", un discurs avântat și patetic care nu-l recomandă câtuși de puțin ca executant al cabalei antieminesciene invocată de adepții acestei teorii. După discurs, corul bisericii "Domnița Bălașa" dirijat de Costache Bărcănescu va interpreta romanța Mai am un singur dor pe versurile poetului, care avea să răsune cu jale, melancolic și dureros peste întreaga mulțime.

Într-o tăcere tristă și dureroasă, sicriul este așezat pe un drac tras de doi cai, cortegiul fiind condus de trei jandarmi călare. Un lung șir de oameni se vor încolona pe lungul drum spre cimitirul Belu (Șerban Vodă). La Universitate, D. Aug. Laurian, directorul ziarului "Constituționalul" va sublinia în discursul său că "astăzi se înmormântează o glorie națională... ca poet un titan, ca ziarist un atlet... spinteca norii cu gândul și găsea dincolo de stele forme noi pentru cugetarea românească... un ouvrier al cugetării... El s-a stins prea devreme, nu înainte de a revărsa valuri de lumină în cugetarea românească".

Tot la Universitate, studentul la litere, botoșăneanul Constantin Calmuschi, va vorbi în numele tinerimii române, tinerime care a învățat de la poet "cum să se adâncească în meditație și cum să se înalțe în gândire... pentru că umbra acestui vis a fost atât de mare, încât veacuri multe falnic se vor simți plutind și însuflețind asupra celor ce te vor studia și admira" ("Adevărul", 20 iunie 1889). Tot aici se va realiza și o imortalizare în tuș a evenimentului, prin care C Jiquidid – tatăl – va încerca să surprindă grandoarea evenimentului.

Înainte de a fi coborât în mormânt, doctorul Ion Neagoe va ține ultimul discurs, un discurs emoționant, încărcat de durere, care a făcut ca toată asistența să lăcrimeze "mare este jalea și durerea pe care azi o simte toată suflarea românească, mare și nemărginită cum a fost sufletul acestui nemuritor". Sicriul va fi coborât apoi pe unduirile melodice și triste ale aceleiași Mai am un singur dor, interpretat de același cor, lăsând în sufletul celor prezenți "o puternică și tristă amintire" pentru că se trăia senzația că "se îngropa nu numai un om ci tezaurul poporului român".

Cu sufletul greu și inima cernită, Titu Maiorescu și amicii de la "Junimea" vor rămâne până la acoperirea cu pământ a mormântului. În semn de respect din partea tinerimii române, care efectiv își diviniza idolul, Ștefan Coșereanu – elev la liceul Matei Basarab – și studentul Simion Mehedinți – viitorul academician și istoric creștin – vor veghea la mormânt până la ivirea luceafărului și lunii care, în acel amurg târziu, aveau să strălucească mai frumos ca niciodată. "Să ne închinăm cu tristețe și admirație în fața acestui mormânt deschis prematur; trupul lui Eminescu s-a dus însă inteligența lui a rămas printre cei vii ("L'Independence Roumain", 18 iunie, 1889), iar "Libertatea" din 22 iunie 1889 titra: "cuvine-se dar astăzi când mormântul a închis pentru totdeauna pe cel mai ilustru dintre fiii Daciei române să vărsăm pentru el o lacrimă de muștrare, pentru el, pe care l-am avut și n-am știut a-l prețui."

## Reflecții postume

Desfășurarea tristului eveniment va fi diferit apreciată de presa timpului. Cel mai aproape de adevăr pare să fi fost "Universul Literar" săptămânal care apreciază evenimentul ca fiind de o "duioșie impunătoare", așa cum a fost și sufletul poetului. Un doliu național coborât în sufletul unui popor pe care, din nefericire, posteritatea avea să-l perceapă altfel. Este necesară precizarea că nimeni și nimic din ceea ce a însemnat ultimele zile ale poetului, nu a sugerat existența vreunei tentative de victimizare a sa din partea vreunei conspirații sau organizații oculte.

Națiunea l-a cinstit, presa l-a onorat, mulțimea l-a venerat, prietenii l-au înconjurat cu aceeași prețuire din totdeauna, iar contestatarii și dușmanii au tăcut resemnați. Până și Bogdan Petriceicu Hașdeu, care-i minimalizase opera, i-a dedicat o pagină în revista sa "o pagină în onoarea aceluia care face onoare țării sale" prin "o scurtă, dar plină de adevăr izbitor și crud, amintire despre Mihail Eminescu" ("Telegraful Român", 20 iunie, 1889), ca să nu mai vorbim de Alexandru Macedon-ski care-și încasase consecințele oprobiului public.

Perceput la moartea sa doar ca poet de excepție și jurnalist militant, opera lui abia de acum va începe să fie pusă în valoare. Mai bine de un secol de cercetare va continua să uimească generație după generație de critici, prin evaluarea și punerea în valoare a vastității și diversității creației sale, demonstrând că intuiția contemporanilor asupra genialității sale a fost una corectă, de aici și emoționanta despărțire de cel ce avea să devină arheul culturii române. De aici și contrastul izbitor între realitatea momentului și minimalizarea voită din partea celui care i-a scris biografia (G. Călinescu, n.n.).

Eminescu nu a fost un singuratic, deși a iubit singurătatea și a căutat-o mereu. Nu a trăit izolat, nu s-a situat în afara realităților vremii sale, ba din contra, el a fost o prezență vie, receptivă la tot ce a însemnat cultură, viață socială, mediu politic, istorie, eveniment cotidian, trecut, prezent și viitor pentru neamul său. El s-a izolat doar atunci când se retrăgea în meditație, gândire și creație. Nu a fugit de oameni, ci dimpotrivă, i-a căutat, înțelegându-i ca nimeni altul din vremurile sale, mai ales din perspectiva istorică a neamului său. Nu a știut să mintă și a taxat necruțător nedreptatea, ipocrizia și demagogia doar cu armele scrisului său, fără ca

să poarte acea "cocoasă intelectuală", atât de comună printre oamenii politici și de cultură.

A ars la flacăra geniului său care până la urmă i-au topit aripile gândirii și imaginației. Este ceea ce contemporanii vedeau și urmăreau cu încântare și uimire, dar și cu durere. Notorietatea sa era una de nivel național și suferința sa era bine cunoscută publicului larg. În acest context, se ridică o întrebare de bun simț. Cine, în asemenea condiții, și-ar fi permis să pună la cale o conspirație sau un complot antieminescian, fără ca acest lucru să nu fi devenit imediat public? În aceeași notă se poate ridica și a doua întrebare. Cum ar fi putut Maiorescu și junimiștii – Ventura, Simțion și alții – să participe la "arestarea ilegală" și izolarea sa ca alienat mintal, în ideea cinică și bestială de a-l scoate din viața publică într-o asemenea manieră grotescă? Când toți aceștia – și mulți, mulți alții, știuți și neștiuți – au asistat cu durere și au participat cu ce au putut la alinarea groaznicelor suferinți pe care poetul le-a suportat în ultimii șase ani din viața sa chinuită.

Desfid pe oricine consideră că a trimite în străinătate pentru consult, asistență medicală și sanatorizare este o chestiune simplă chiar și astăzi, cu atât mai mult la acea vreme și încă cu însoțitor, așa cum amicii săi de la "Junimea" în frunte cu Titu Maiorescu – un adevărat mecena pentru Eminescu – au făcut-o în mod repetat. Din calvarul vieții sale posteritatea avea să dezvolte de o manieră fantezistă – dacă nu de-a dreptul cinică – nefericita teorie a conspirației, devenită subiect de roman, numai după ce această ipoteză a fost lansată de cinicii de la "Adevărul" în anul 1911, în ideea de a macula memoria unui popor care și-ar fi sacrificat idolul.

## DUMBRĂVENI-UL ACADEMIC SAU ACADEMIA DE DUMBRĂVENI

Dr. Ioan Iețcu, membru corespondent al Academiei Oamenilor de Știință, Suceava

DE RUSALII, sărbătoare creștină ținută în a 50-a zi după Paști, numită și Pogorârea Duhului Sfânt sau Duminica Mare, sub un soare dogoritor, asistența locală, națională și internațională a urmărit cu emoție, în centrul localității Dumbrăveni, slujba de sfințire a „Centrului Cultural Eugen Simion” au fost dezvelite trei busturi ale unor mari români, cel din mijloc reprezentându-l pe Mihail Kogălniceanu, flancat de Academicienii Mihai Cimpoi și Eugen Simion, ultimii doi, în viață.

**Mihail Kogălniceanu** (1817-1891) om politic, scriitor, ziarist și orator, fondator re reviste istorice, literare, președinte al Academiei Române, mare patriot și-a legat activitatea de proclamarea independenței la 9 mai 1872 și de legi democratice majore (secularizarea averilor mănăstirești, reforma agrară) ca ministru de externe și prim ministru.

**Mihai Cimpoi** (n. 3 septembrie 1942, Larga, Județul Hotin) este un distins om de cultură, academician român, reputat critic și istoric literar, eminescolog, redactor literar și eseist basarabean, „Om Emerit al Republicii Moldova”, două decenii ales președinte al Uniunii Scriitorilor din Moldova, deputat în Parlamentul Republicii Moldova între 1999-2001, Mihai Cimpoi este autorul unor opere fundamentale, cum ar fi: „O istorie deschisă a literaturii române din Basarabia” (în mai multe ediții) și „Mihai Eminescu. Dicționar Enciclopedic” – o lucrare monumentală unică. Mihai Cimpoi este autorul și realizatorul proiectului de durată „Congresul Mondial al Eminescologilor”, lansat în 2012 și devenit o tradiție.

**Eugen Simion** (n. 25 mai 1933, Chiojdeanca, Prahova) este critic și istoric literar, editor, eseist, profesor universitar român, membru titular al Academiei Române și președinte

Aceeași intenție se poate intui și din preluarea nefericită a probabilității diagnostice de nebunie luetică, dezvoltată apoi de câțiva medici neinspirati și de o critică literară la fel de neinspirată, culminând cu cinismul călinescian, care va dori să așeze pe fruntea olimpiană a poetului stigmatul rușinii alături de cununa geniului.

Așa cum posteritatea – prin eforturile admirabile ale criticii literare – a reușit să pună în valoare arheitatea creației eminesciene, aceeași critică literară are obligația să izbăvească imaginea poetului de stigmatul luetic și de elucubrațiile biografice – îndeosebi călinesciene – luetice sau sacrificiale, ridicându-l astfel pe omul Eminescu la nivelul operei sale. Chestiune de bun simț și moralitate elementară pentru critica literară, care are astăzi la îndemână instrumentele necesare pentru promovarea adevărului privind viața martirică a celui care "a răsturnat muntele gândirii în marea închipuirii" (A.D. Xenopol). Un pas important în această direcție l-a făcut – de o manieră onestă și meritorie – criticul Nicolae Manolescu, care a avut franchețea să valorizeze realitatea medicală din odiseea eminesciană ("Adevărul" – 28 iunie, 2013). Pe aceeași traiectorie, a adevărului științific, se înscrie și criticul Theodor Codreanu, pentru care argumentul medical are valoare ontologică (vezi – Eminescu în captivitatea „nebiei”).

Dincolo de abordarea academică, istorică și critică a geniului eminescian, poporul l-a simțit întotdeauna aproape, ca cel care a reușit să-i exprime cel mai bine și într-un stil autentic; trăirile, credința, aspirațiile și apartenența de neam și țară. Iată de ce și apusul său va străluci de-a pururi în istoria neamului românesc.

al acestui for cultural român din 1998 până în aprilie 2006. Este coordonatorul *Dicționarului general al literaturii române*, vol. I-VII, 2004-2009, un proiect grandios, care a fost atacat însă de unii critici. Din 2005, sub numele *Ariergarda avangardei*, ține o rubrică permanentă în revista „Cultura”. Este președintele Fundației Naționale pentru Știință și Artă și coordonator al seriei „Opere fundamentale”.

Prin oarecare similitudine mi-am amintit de „Academia de la Cotnari” fondată în 1562 de fapt un „colegiu latin” creat de Domnul Moldovei Iacob Heraclit, Despot al Moldovei, încredințat umanistului transilvănean Ioan Sommer.

De 12 ani pe teritoriul comunei bucovinene Dumbrăveni, pe malul drept al râului Siret are loc an de an un fenomen cultural – istoric mereu în creștere ca expansiunea universului, dedicat poetului național – Mihai Eminescu, născut aici în decembrie 1849 și înregistrat la Botoșani după trecerea sărbătorilor unei ierni grele.

Un tei celebru „Teiul lui Eminescu” din centrul Parcului Copou din Iași înfruntă Timpul cu greu dar la Dumbrăveni, un imaginar tei a împlinit deja un secol și coroana sa crește viguros an de an ca din „Scrisoarea a III-a”, unde „Marele poet” cu imaginația sa de iubitor de țară și neam, parcă ar fi fost de față, consemnând totul:

„Printre cetele păgâne, trec rupându-și large uliți  
Risipite se împrăștie a dușmanilor șiraguri  
Și gonind biruitoare tot veneau a țării steaguri  
Ca potop ce prăpădește, ca o mare tulburată  
Peste-un ceas păgânătatea e ca pleava vânturată  
Acea grindin-oțelită înspre Dunăre o mână  
Iar în urma lor se-ntinde falnic armia română.”

Cine sunt cei care îl urăsc pe Mihai Eminescu? Emil Cioran spunea că: „Fără Eminescu am fi știut că nu putem fi decât esențiali mediocri”.

În această zi creștină a Rusaliilor, în cetele păgâne nu i-am văzut decât pe detractorii lui Eminescu la care se referea admirabil poetul Mihai Sultana Vicol: „Mihai Eminescu este imposibil de ajuns... Fără înălțarea lui, noi nu am fi avut eternitate. Eminescu s-a arătat ființei românești într-un timp în care românismul însemna supunere și umilință. El ne-a adus eliberarea de frică. Despre Eminescu poetul Cezar Ivănescu<sup>1</sup> spunea că: Eminescu nu poate fi lezat el fiind un absolut; el este înspăimântător de genial – continuă Mihai Sultana Vicol pentru că el vine din haos și luminează eternitatea ființei românești”.

Cei ce nu încap de gloria lui Eminescu nu s-au arătat la Dumbrăveni simțind cu siguranță că de față cu pontifii literaturii și culturii române n-ar fi avut izbândă, făcându-se încă odată de tot râsul, dovedind că n-au citit vreodată nici la școală, nici cu mintea și nici cu sufletul poezia celui care a devenit „Duhul sfânt” pogorât peste limba și măreția neamului românesc și nu ei sunt cei care vor rămâne în istorie doar pentru că l-au urât pe Eminescu așa cum a rămas în istoria muzicii, Salieri<sup>2</sup> doar pentru că a încercat mereu să-l minimizeze pe Mozart<sup>3</sup> sau ca Alexandru Macedonski<sup>4</sup>, un alt contemporan cu Eminescu ce nu admitea geniul lui Eminescu, altul care a suferit că nu-l putea egala pe Eminescu.

Detractorii n-au citit nici „elogiile externe” între care Piskunovski, un rus, spunea că „poporul care-l are pe Eminescu în poezie, pe Enescu în muzică și pe Brâncuși în sculptură își are asigurată intrarea în cultura lumii prin poarta de aur”.

Azi, ca și ieri, pe caniculă te bucuri că te poți apăra de soare și nu-mi pot opri gândul să mă ducă tot la Eminescu din „Singurătate” poezie scrisă în 1878:

„Cu perdelele lăsate,  
Șed la masa mea de brad  
Focul pâlpâie în sobă,  
Iar eu pe gânduri cad”.

Cât încă în satul meu mai stăruie o sobă cu lemne, regăsesc și imaginea sugerată de marele poet. De Duminica Mare am găsit în poarta casei din satul natal bucovinean (Pârteștii de Jos) crenguțe de tei puse de bucaci după vechiul obicei și ne-a emoționat consecvența lor deși pentru noi gestul avea o multiplă semnificație prin rezonanța cuvântului tei.

La Dumbrăveni, erau prezente figuri celebre în Europa și în țară ce cunosc și apreciază complexitatea geniului eminescian care prin strălucirea sa îi orbește pe adversarii săi

încât nu mai văd adevărul și „pogorârea geniului” asupra neamului nostru încât dacă nu-l văd, nici nu-l recunosc și e mai ușor să arunci cu piatra ca în unele dispute politice de care nu duceau lipsă mai ales când ne referim la stil chiar dacă uneori există unele adevăruri care se cuvin sancționate.

Aș fi devenit cronofag și nepoliticos cu oaspeții de rang înalt din Belgia, Franța, de la Chișinău sau București dar aveam pregătite câteva referiri la momente din viața lui Eminescu despre care am scris și prietenii de la Dumbrăveni, mi-au publicat articolul care tratează întâlnirea Reginei Elisabeta a României cu Eminescu, relatată de Elena Văcărescu<sup>5</sup> și sunt suficiente 2-3 propoziții din articolul: „Eminescu, Maioreșcu și Carmen Sylva (Regin Elisabeta)”. Prin mijlocirea lui Titu Maiorescu, Carmen Sylva, ea însăși poetă de talent l-a invitat la Palatul Regal pe Eminescu „cel mai mare și nefericit dintre poeții noștri”. Elena Văcărescu a consemnat dialogul celor doi poeți: „Din relatările Reginei: Eminescu ne apărea neliniștit și răvășit, ca venit din altă lume; tenebros, el îmi amintea de Manfred și Faust, de chipurile palide și răvășite ale marilor romantici. Avea pe chip acel vag surâs crispat și copilăresc ce se zărește pe portretul lui Shelley. Eminescu mi-a sărutat grăbit mâna privindu-mă cu o privire potolită, dar pătrunzătoare, ce voia parcă a-mi secătui spiritul, spre a rămâne pentru el un subiect de curiozitate sau de interes; mă compătimiti că nu cunoșteam îndeajuns Moldova lui natală. Privirile-i căutau departe, dincolo de ziduri”. Întrebându-l cum scrie Eminescu răspunde calm: „că versurile vin așa cum cad frunzele din pom; l-am oferit o ceașcă de ceai pe care a acceptat-o”. Despre acest moment, Elena Văcărescu scrie că „totul părea că o muritoare oferă unui zeu atenția unei căni cu ceai”.

Pe la mijlocul sec. al XIX-lea domina necunoașterea în multe boli, din cauza insuficienței mijloacelor de cercetare încât se dădea ușor vina pe etiologia tuberculoasă ori sifilitică iar tratamentul „clasic” în sifilis era mercurul administrat sub diverse forme până la intoxicare cum a fost și-n „cazul lui Eminescu”. Între crizele psihozei bipolare, Eminescu era absolut normal, scria frumos, recita din antici, comunica firesc așa cum l-a găsit și Alexandru Vlahuță. Semnele de intoxicare mercurială erau evidente și periodice: dureri osteomusculare generalizate, tremurături, stări debusolante, tulburări sfincteriene, perturbarea reflexelor osteotendinoase, semne însă pasagere.

Am tratat pe larg această temă în jurnalul „Crai Nou” din 17.VI.2010 și apoi la Congresul Mondial de Eminescologie de la Chișinău (sept. 2017).

Despre boala și moartea poetului s-au scris multe, ca o placă veche, stricată, s-a mers pe aceeași „melodie” – sifilisul pe care l-a afirmat primul George Călinescu și nici unul de după el n-a îndrăznit să combată ideea, fără să fie analizate cercetările medicale apărute între timp. Am prezentat pe această temă o comunicare acceptată la Congresul mondial de eminescologie din sept. 2017 la Chișinău, desfășurat la inițiativa inegalabilului eminescolog Acad. Mihai Cimpoi, autorul celor opt volume de Opere fără de care nimeni din cei care se încumetă să vorbească despre opera lui Eminescu, n-au dreptul s-o facă; am aceste volume cu autograful autorului pe care mă bucur să-l știu sănătos, să-l revăd, să comunicăm și să mă mândresc cu această relație.

Am regretat absența secretarului primăriei Dumbrăveni, Mihai Chiriac, ziarist împătimit de Eminescu și Păunescu.

<sup>5</sup> **Elena Văcărescu** (n. 21 septembrie 1868, București, România – d. 17 februarie 1947, Paris, Franța) a fost o scriitoare română stabilită în Franța, membră de onoare a Academiei Române, laureată în două rânduri cu premiul Academiei Franceze. A avut o bogată activitate politică și literară la Paris, iar în tinerețe a fost „Doamnă de Onoare a Reginei”.

<sup>1</sup> **Cezar Ivănescu** (n. 6 august 1941, Bârlad, județul Vaslui — d. 24 aprilie 2008, București) a fost poet, dramaturg, scriitor și director de edituri.

<sup>2</sup> **Antonio Salieri** (n. 18 august 1750, Legnago, Italia – d. 7 mai 1825, Viena, Imperiul Austriac) a fost un compozitor și dirijor, maestru al Capelei Imperiale din Viena, rival al lui Mozart și îndrumător al lui Beethoven, Schubert și Liszt, unul dintre cei mai importanți muzicieni ai timpului său.

<sup>3</sup> **Wolfgang Amadeus Mozart** (n. 27 ianuarie 1756, Salzburg - d. 5 decembrie 1791, Viena) a fost un compozitor austriac, unul din cei mai prodigioși și talentați creatori în domeniul muzicii clasice.

<sup>4</sup> **Alexandru A. Macedonski** (n. 14 martie 1854, București, Țara Românească – d. 24 noiembrie 1920, București, România) a fost un poet, prozator, dramaturg și publicist român. Supranumit **poetul rondelurilor**, inspirându-se din literatura franceză, este primul reprezentant al simbolismului în literatura română. Inițiatorul cenaclului și revistei literare *Literatorul*, a susținut modernizarea poeziei românești, fiind într-o continuă polemică cu junimiștii. Aceste polemici i-au afectat serios cariera literară și viața și au rămas notabile polemice sale cu Vasile Alecsandri, Mihai Eminescu și Ion Luca Caragiale. Pe de altă parte, Alexandru Macedonski a încurajat, la începuturile activității lor scriitoricești, numeroși tineri talentați, printre care George Bacovia și Tudor Vianu, pe care i-a publicat în revista sa *Literatorul*, iar în revista *Liga ortodoxă* debutează, printre alții, Tudor Arghezi și Gala Galaction. Alexandru Macedonski a fost ales (în 2006) membru post-mortem al Academiei Române.



La marea sărbătoare de la Dumbrăveni, a 12-a an de an au participat celebri oameni de cultură: **Acad. Eugen Simion** a spus că „ceea ce Academia organizează de 15 iunie la București, facem și aici la Dumbrăveni, locul nașterii lui Eminescu, devenit un sat atipic, un sat civilizată; toate gunoaiile vieții românești se arată la televizor unde apar informații numai despre lucrurile rele. Să dăm o șansă acestui popor iar globalismul nu trebuie să ne strivească ci să ne unească. Mă simt copleșit și emoționat de onoare dezvelirii bustului dedicat mie”.

**Acad. Mihai Cimpoi**, cu umorul fin și discret care-l caracterizează spunea: „iată-mă ajuns și statuie. Nichita Stănescu venind cândva în Basarabia spunea simplu – am venit de acasă – acasă, și spun și eu azi la fel, dacă ar fi să mă cert cu Eugen Simion, ceea ce nu s-ar putea întâmpla, între noi stă Mihail Kogălniceanu”.

**Acad. Vasile Tărișeanu**, veritabil port-drapel al românismului în Bucovina la adresa celor doi confrați în viață spunea: „intrat acum în stat cu D-vs domnilor Eugen Simion și Mihai Cimpoi; rămân dator memoriei marelui Eminescu și cât voi trăi, voi face totul ca Eminescu să strălucească în Cernăuții lui Aron Pumnul și al lui însuși;” încheindu-și alocuțiunea a citit poezia găsită în buzunarul halatului lui Eminescu pe patul de moarte, „Stele-n cer”:

„Stelele-n cer  
Deasupra mărilor  
Ard depărtărilor  
Până ce pier  
.....  
Nu e păcat  
Ca să se lepede

## EMINESCU ÎN CULTURA UNIVERSALĂ

### EMINESCU ȘI INDIA

Dr. Ioan Iețcu, Suceava, Dr. Vlad Rădășanu, Cristiana Rădășanu, Iași

„Oamenii sunt de două feluri: unii care cred că știu cât trebuie și alții, veșnic nemulțumiți cu cât știu”

Mihai Eminescu

**C**EL mai cunoscut și unanim admis ca poet al iubirii, al dragostei de natură sau al revoltei sociale, când vrem să abordăm latura filosofică a poeziei sale, numaidecât va trebui să facem o incursiune asupra interesului pe care **Eminescu** l-a arătat culturii indiene vechi, străvechi, în care limba sacerdoților, a castei stăpânitoare era sanscrita, limbă de cult în care au fost scrise epopeile tot mai cercetate azi: *Ramayana* (24.000 versuri), *Mahabharata* (200.000 versuri), *Vedele*, *Upanișadele*, odată cu apariția budismului, acum 2500 de ani, pe terenul hinduismului sprijinit pe trinitatea: *Șiva*, *Vișnu*, *Brahma*:

Clipa cea repede  
Ce ni s-a dat ?”

A mai participat: **Victor Voicu**, vice-președinte al Acad. Române; **Acad. Maya Simionescu**; **M. Jacques De Decker**, secretarul general al Academiei Regale din Belgia; **Nicolae Georgescu** și **Doina Rizea Georgescu**, celebrii eminescologi; **Vasile Bahnaru**, directorul Institutului de Filologie Chișinău; **Gheorghe Duca**, președintele Academiei de Științe din Chișinău, **Virgil Tănase** de la Paris; **Acad. Ana Duca** de la Chișinău, care a venit special pentru festivalul de la Dumbrăveni, unde a spus „cultura românească pe care noi o scriem, există și avem nevoie de ea, de reperi în care să devenim noi, să ne afirmăm identitatea; Eugen Simion este un asemenea reper, una dintre coloanele care ne ajută să mergem mai departe” spunând că „sunt fericită că mă aflu la Dumbrăveni; plecăm de aici în viitorul carene aparține grație marelui Eminescu”. **Acad. Gh. Duca**, președintele Academiei de Științe din Chișinău afirma: „Eminescu pentru Basarabia înseamnă totul” amintindu-și cu emoție și nostalgie că „în 1992 când am văzut prima oară România, plângeam când am pus piciorul pe pământul patriei mele”. Directorul Romfilateliei **D-na Cristina Popescu** a oferit Acad. Mihai Cimpoi un album filatelic la care Acad. Cimpoi a spus zâmbind „iată-mă-s statuie și timbru”. De la Botoșani a participat D-na **Lucia Olaru Nenati**, un respectat eminescolog. În fața Centrului Cultural „Eugen Simion”, manifestarea a început cu intonarea Imnului de Stat al României de către Dl **Vasile Voiculescu**, la nai, interpretat admirabil, iar între preoții care au sfințit noul centru cultural, l-am reîntâlnit pe distinsul preot **Constantin Jaba** care i-a documentat direct poetului Adrian Păunescu, afirmația că Eminescu s-a născut la Dumbrăveni, idee susținută și de alți cercetători și critici literari. De la prima ediție a festivalului „Mihai Eminescu” la Dumbrăveni, s-a ajuns astăzi la a 12-a ediție, o întrunire academică națională de la Nistru pân-la Tisa și mult peste fruntariile spațiului românesc eminescian, cu importantă rezonanță internațională din China până în Chile cum au constatat la Congresul Mondial al Eminescologilor în 2017 la Chișinău unde s-a văzut că Eminescu este în Basarabia mult „mai mare” ca dincoace de Prut.

În sala Ateneu a Primăriei Dumbrăveni s-au oferit diplome și substanțiale premii oaspeților din străinătate iar Primarul comunei Dumbrăveni, **Ion Pavăl**, a mulțumit participanților dar și concetățenilor săi.

„Eu nu cred nici în Iehova  
Nici în Buddha Sakyamuni<sup>1</sup>  
Nici în viață, nici în moarte  
Nici în stingere ca unii”

E vorba de cele 3 ipostaze ale lui Buddha („iluminatul”): **Buddha Dipamkara** (al trecutului); **Buddha Sakyamuni** (al prezentului) și **Maytrei** (al viitorului).

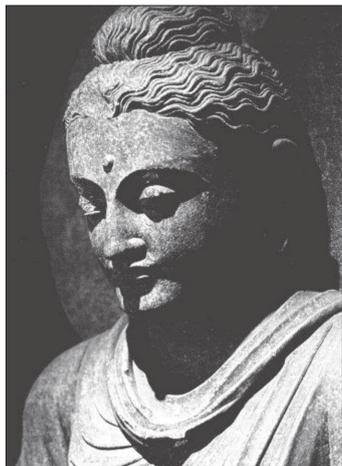
Panteonul religiilor prebudiste era populat de numeroase zeități:

**Varuna** – zeul cerului;

**Indra** – zeul tunetului, ploii, aerului și războiului;

**Kamadeva** – zeul dragostei (Eros și Cupidon din mitologia greco-romană).

<sup>1</sup> Sakyamuni: înțelept, pustnic din neamul Sakya, unul dintre numele date lui Buddha, întemeietorul budismului.



**Buddha Sakya Muni  
ilustrat în Muzeul artei  
indiene, la Dahelm  
Museum, în Berlinul de  
Vest, pe care l-am vizitat  
în 1987**

Era de așteptat ca cei peste un miliard de locuitori din Peninsula India, cu peste 3 milioane km<sup>2</sup> din sudul continentului Asia să aibă o cultură străveche și o mitologie atât de bogată și specifică.

După izvoarele prebudiste, soarta oamenilor era hotărâtă de acțiunea lor în viețile anterioare, adică în încarnările anterioare ale sufletului. Ne putem despărți de karma (faptă), ne putem deci elibera prin asceză, renunțare și obținerea nirvanei, prin puritatea gândirii, vorbei și faptei, prin evitarea lăcomiei și a altor pasiuni negative care înlesnesc stingerea sau nirvana adică pacea sufletului zbuclăcit, convingși mai întâi că ura nu poate înceta prin ură.

Nu prin naștere ești proscris datorită păcatelor strămoșilor, de care te poți elibera prin faptele tale bune.

Asta era noutatea buddhismului față de absolutismul brahmanismului.

Din Rig – Veda (Cântecul creației) aflăm că:

„Nu era nici moarte, nici nemurire  
Nu era deosebire între zi și noapte  
Unul singur respira calm, singur se menținea”

iar la Eminescu, în „Rugăciunea unui dac” găsim totul reformulat atât de armonios:

„Pe când nu era moarte, nimic nemuritor  
Nici sâmburul luminii de viață dătător  
Nu era nici azi, nici mâine, nici ieri, nici totdeauna  
Căci unul erau toate și totul era una”.

Cosmogonia, facerea lumii, a fost preocuparea obsesivă la Eminescu, convins că numai în scrierile vechilor indieni va găsi răspunsurile și de aceea a vrut să afle totul din scrierile originale și nu din traduceri în limba germană pe care o stăpânea foarte bine din perioada sa berlineză dar și din școala cernăuțeană când limba oficială era germana.

El credea cu obstinație că sanscrita ascunde *Kabala*, secretul.

Încă la Viena și Berlin citise *Sakuntala*, *Ramayana*, *Mahabharatta*, după cum nota Th. Ștefaneli. După ce Anglia cucerise în 1757 India, în 1784, Sir Wiliam Jones traducea *Śakuntalā* de Kālidāsa<sup>2</sup>, poet și dramaturg din secolele IV-V e.n.

Edgar Quinet<sup>3</sup> vorbea de o adevărată „renaștere orientală”. Europa aștepta dezlegarea multor mistere ascunse în vechile scrieri indiene. Eminescu bun cunoscător al limbii germane,

prin această limbă învață sanscrita, ajungând să stăpânească bine gramatica și vreo 2.000 cuvinte.

Preocupările cosmogonice la Eminescu apar mai întâi în „Rugăciunea unui dac” iar mai târziu în „Scrisoarea I”:

„Uscățiv așa cum este, gârbovit și de nimic  
Universul fără margini e în degetul său mic”

„Și pe toți ce-n astă lume sunt supuși puterii sorții  
Deopotrivă-i stăpânește raza ta și geniul morții”

Apoi „Luceafărul” și „La steaua”:

„La steaua care-a răsărit  
E-o cale atât de lungă  
Că mii de ani i-au trebuit  
Luminii să ne-ajungă”

sau:

„Precum uitarea e-a durerii moarte  
Astfel și moartea e uitarea vieții  
Spre-a se renaște într-o altă soarte”

(„Precum uitarea”)

sau:

„Atâtea lumi care rotesc în chaos  
Cu zborul lor măsurător de vreme  
În veci pe cale neaflând repaus”

(„Atâtea lumi”)

sau:

„Cu durerile iubirii  
Voind sufletu-mi să-l vindec,  
L-am chemat în somn pe Kama  
Kamadeva, zeul indic”

(„Kamadeva”<sup>4</sup>)

Imensa capacitate intuitivă i-a permis lui Eminescu, mergând pe urmele indienilor, să înțeleagă că armonia între filosofie și știință, între anticiparea mitologică și teoria științifică poate fi realizată pe baza înțelegerii gândirii indiene. El își completa riguros un fel de dicționar cu sinonime românești și germane ale sanscritei și astfel pătrunde treptat textele mitofilosofice indiene. (Eminescu – *Opere*, vol. XIV – p.509, *Kritische Grammatik der Sanskrita Sprache*, von Franz Bopp, Berlin, 1845).

Patrimoniul științific, literar și artistic al Indiei antice și medievale i-a preocupat fără încetare și pe Coșbuc, Eliade, Cioran, Brâncuși.

Emil Cioran îi reproșa lui Eliade că nu se preocupa exclusiv de India.

Din budism se inspiră Eminescu și în „Venere și Madonă” (1870) unde sunt multe similitudini cu *Sakuntala*, tradusă mai târziu în românește de Coșbuc.

„O, cum Rafael creat-a pe Madona Dumnezeie,  
Cu diadema-i de stele, cu surăsul blând, vergin,  
Eu făcut-am zeități dintr-o palidă femeie,  
Cu inima stearpă, rece și cu suflet de venin!”

Replica în timp, la aproape un secol depărtare de anii când Eminescu era obsedat de misterul Indiei, ne-o oferă D-na Amita Bhowe, prima minte indiană care se apleacă asupra operei eminesciene judecând-o nu „în sine” ci în raport cu străvechea cultură indiană. În 1978 Editura Junimea din Iași scotea la lumină nr. 12 din colecția eminesciană, sub titlul „Eminescu și India” de Amita Bhowe care făcea la București o

2 *Śakuntalā* – celebră dramă sanscrită scrisă de *Kālidāsa*, poet indian (sec.IV-V d.Hr.)

3 **Edgar Quinet** – istoric și poet francez (1803-1875), istoric și om politic francez (generalele lui Gheorghe Asachi), filoromân. A scris „Românii”; „Germania și Italia”. (1857).

4 **Kama-Deva**: zeul indic al iubirii (în mitologia vedică).

teză de doctorat pe această temă, sub îndrumarea D-nei Zoe Dumitrescu Bușulenga pe care am avut fericitul prilej s-o cunosc la Suceava, vizitând Casa memorială Simion Florea Marian și la Domnia Sa acasă în București; azi o găsim la Putna unde-și doarme somnul de veci.

Minte și suflet neperversit asupra poetului român, în afara oricăror idei preconcepute, odată ce în aluviunile de la Lespugne, în Franța, s-a găsit o statueta primitivă care l-a „izbăvit” pe Brâncuși cu îndemnul său „să ne întoarcem la origini sau la litera A”. Amita Bhowe este frapată de numeroase similitudini ale poeziilor lui Eminescu, de analogii ale gândirii mitopoetice eminesciene cu poemele Indiei străvechi. Ea a început prin a-l traduce pe Eminescu în limba bengali<sup>5</sup> și constată nu numai inspirația profundă dar și imensa putere de sinteză între viziunea despre lume a inzilor și a europenilor, Eminescu dovedind o capacitate de cunoaștere globală a vechilor poeți ai Indiei pe un fond arhaic așa cum vom vedea și la Brâncuși care căuta arhetipuri în sculptură și le-a găsit. Amita Bhowe relevă clasicitatea și modernitatea lui Eminescu dar mai ales capacitatea de a fi contemporan cu orice etapă a istoriei. Așa Eminescu precum R. Tagore, poetul național indian, vin dinspre străfundurile vechimii popoarelor lor. Sinteza celor două culturi afirmă distinsa indiană, nu s-a realizat nici în Anglia, nici în Germania deși valul orientalismului a fost mai amplu în aceste țări dar s-a și stins repede odată cu valul romantismului.

Sufletul indian n-a fost și nici n-a putut fi transplantat în solul apusean. În schimb poetul „Țării Mioriței” l-a integrat spiritualității poporului său.

Este pentru noi o mare mândrie să știm că o nobilă reprezentată a străvechii culturi indice confirmă interferența culturii românești cu străvechea și profunda cultură indiană.

Distinsa doamnă mai afirmă și dovedea că poporul român și cel indian au un fond comun de sensibilitate și că Eminescu ar fi putut să fie un poet al Indiei și Doamna Bhowe continua: „cunoscându-l pe Eminescu l-am redescoperit pe R. Tagore”.

Ca și Goethe și Herder, Eminescu credea că primul leagăn al omenirii a fost pământul Indiei, imaginând chiar originea dacilor în Himalaya.

Despre budism Eminescu spunea că este cea mai frumoasă, poetică și profundă dintre religiile lumii și că Tibetul este leagănul și inima misterelor budiste. Impresionat de Nirvana, Eminescu adesea pronunța cu însufletire „O Buddha Sakya Muni !” (înțeleptul Sakylor !).

În fond, prințul Saky părăsește familia sa, pentru a se dedica căutării fericirii omenești pentru că dezavua tirania castei brahmanilor (acum 2500 de ani), propagând egalitatea, pacea, prietenia. Buda nu făcea nici o segregare socială revendicând un destin egal tuturor fără ajutorul zeilor pământeni, al brahmanilor, casta marilor preoți.

Eminescu vorbea ore întregi colegilor și prietenilor, între care și lui Caragiale, despre frumusețea religiei budiste. Nu întâmplător Eminescu, fascinat de India, dorea să se stabilească în această parte fabuloasă a lumii care în mileniul III î. Cr. crea Vedele cu cele 4 cărți ale sale, Veda în sanscrită însemnând cunoaștere, știință.

„Luceafărul” ar fi cea mai budistă poezie a lui Eminescu „Toți se nasc spre a muri / Și mor spre a se naște”.

„Scrisoarea I” reformula problematica creerii lumii din haos și întoarcerea ei în haos după cum Sakuntala cu problematica dragostei între Dusyanta și Sakuntala o regăsim în „Venere și Madonă”.

**„Eminesciana” – celebrului sculptor fălțicenean Ion Irimescu de-o vârstă cu secolul său**



„Anul Brâncuși” declarat în 1967, la comemorarea primilor 10 ani de la moartea marelui sculptor, a reactivat datele referitoare la relația Brâncuși – India. O altă Doamnă a Indiei, Davayane Krishne, artist plastic, vorbea despre Brâncuși ca despre nimeni altul. De ce? În 1937 Brâncuși, contactat la Paris de tânărul maharajah din Indore în vederea realizării „Templului dragostei” în memoria soției sale, s-a deplasat la reședința acestuia așteptând în zadar momentul discuției proiectului care exista deja.

Brâncuși își trecea timpul îndrumând-o la desen pe fetița trezorierului tânărului rege, care-l vizita însoțită de prietenul său elefantul; era viitoarea mare pictoriță Davayane Krishne. Roant Iesuant, maharajahul (regele din Indore – regat indian nord-vestic), s-a răzgândit, în atmosfera tot mai confuză a apropierei celui de-al doilea război, dar desenele și planurile pentru acel templu au rămas și merită a fi descrise cu altă ocazie.

Eminescu e cea mai pură glorie românească pe care națiunea noastră a impus-o civilizației lumii și pentru prima dată, cu Eminescu, civilizația lumii devine datoare țării și poporului nostru, depozitar de valori culturale dar și donator de cultură. Amita Bhowe adăuga: „Eminescu e singurul poet european care a făcut India nemuritoare în țara sa”.

Multe se vor spune despre Eminescu și cultura germană, cât și despre traducerea operei eminesciene pe meridianele lumii. Nu pot încheia fără a aminti că în India, Eminescu este prezent la „Biblioteca Eminescu” și la Academia Internațională Mihai Eminescu din Delhi iar lectoratul de limbă română din Delhi studiază și popularizează cultura românească, pe Eminescu, Brâncuși, Enescu, Ionesco, Eliade și Cioran.

Receptarea în India și oriunde în lume a lui Eminescu ne facilitează accesul la propria noastră cultură și civilizație intrată mai ales prin Eminescu demn și prestigios în dialog și metabolism cu lumea și cultura ei.

Spre decepția și neputința defăimătorilor marelui poet, TIMPUL așează lucrurile la locul lor. Eminescu este tot mai mult al tuturor de pe toate meridianele, de la vorbitorii de limba bengalii din India până în Chile, din Africa, Scandinavia și până în China așa cum se poate deduce din prezențele aristocratice ale participanților din lumea întreagă la acest congres ca și la precedentul, la care am participat. Eminescu este tot mai mult în preferințele tineretului, așa cum rezultă și din lista colaboratorilor și împătimiților de Eminescu din această modestă comunicare, menționați în final.

Eminescu este al lumii, la fel cum Dumnezeu este al tuturor. Doar cei care nu cunosc și nu vor să aprofundeze opera multilaterală a marelui poet se vor simți complexați de

<sup>5</sup> Limba bengalii vorbită pe malurile fluviilor Gange și Brahmaputra locuite de populații indoeuropene.

strălucirea lui Eminescu; acești detractori își dovedesc ura împotriva istoriei poporului român „aruncând cu piatra” în cea mai pură glorie a spiritualității românești, denigrând poporul căruia aparțin doar formal, prin certificatul de naștere. Sper să remarce prestigioasa participare a eminescologilor lumii, realitatea care le va recupera detractorilor gândirea și derapajele patologice care le-au indus prea ușor interpretarea eronată a bolii și morții poetului aderând din supunere la opinia pontifului criticii literare românești<sup>6</sup>, inflexibilă și opacă la argumentele medicale care arătau că n-a fost vorba de sifilis ci de o psihoză sau neuroză bipolară iar intoxicația cu mercur se înscria în concepția dominatoare în anii de mijloc ai sec. al XIX-lea privitor la bolile puțin cunoscute, explicația fiind pe atunci aproape invariabil, tuberculoza ori sifilisul iar terapia, cea cunoscută și începută de un medic alogen din Botoșani.

Pentru a câștiga timpul irosit, le recomandăm să consulte surse impresionante de documentare semnate de Acad. Mihai Cimpoi („Eminescu” VIII volume; „Dicționarul Eminescu” – apărut în 2000); scrieri remarcabile semnate de Dr. Valeriu Lupu (Vaslui); Theodor și Lina Codreanu („Eminescu incorrect politic”), Nicolae Georgescu și Doina Georgescu („Eminescu după marea scanare”) ș.a.; mai precis, le spunem detractorilor: „TREZIȚI-VĂ !”.

Există un „triptic de aur” al spiritualității poporului român: Mănăstirea Voroneț care alături de alte câteva monumente religioase bucovinene arată lumii acele mantii policrome, inegalabile fresce așezate pe umerii de piatră ai ctitoriilor

6 George Călinescu (1899-1965), scriitor român, romancier și istoric literar („Viața lui Eminescu”; „Operele lui Eminescu”; „Istoria literaturii române de la origini până în prezent” (reluarea primei ediții din 1941); ș.a., din Lazăr Șăineanu: „Dicționar universal al limbii române”. Mydo Center. Vol. II. p. 441).

voievodale, realizate de maeștri adesea anonimi; balada populară a Mioriței și „Luceafărul eminescian”.

Acestea sunt o parte din temeiurile admitterii culturii poporului român pe poarta de aur a culturii universale. În spiritualitatea poporului român Eminescu reprezintă „ziua pentru care n-a existat o zi de ieri”. La toate acestea mai adăugăm opinia sintetică a Dr. Grigore Bușoi, redactorul șef al Revistei Medicale Române (R. M. R.) care în esul său face următoarele precizări despre Eminescu, gândind la momentul când marele poet s-a așezat în 1889 de-a dreapta lui Zamolxis spre a deveni zeu tutelar al românismului; de sus, din Constelația Orion Eminescu ne apare ca:

- demiurg al limbii române;
- Ever-est al culturii și lirismului autohton;
- astru spiritual al cuprinsului românesc.

R.M.R. al cărui redactor șef este Dr. Grigore Bușoi are un moto eminescian: „Voit-am a mea limbă să fie ca un râu / D-eternă mângâiere... și blând să-i fie cântu-i” („Icoană și privaz”).

Voi încheia cu o profundă reverență adresată distinsului eminescolog român Acad. Mihai Cimpoi, căruia îi datorăm prezența noastră aici la Chișinău, cea de-a doua capitală a României.

Vă mulțumim !

(Au mai colaborat și alți membri MEB: Dr. Simina Rădășanu – medic veterinar Suceava, Tudor Pletea – artist liric Suceava; Ștefan Preuteasa (Berlin), Bruna Silva (Brazilia), Ella Savin – informatician (Suceava) și Mihai Sultana Vicol – poet și ziarist, Suceava.)

(Bibliografia la autor.)

## DEPRESIUNEA BAI A MARE SUB HEGEMONIE ROMANĂ

Prof. Liviu Tătaru, Baia Mare

**S**TĂPÂNIREA romană asupra unui teritoriu constituie o Sprecină de mandrie pentru comunitatea etnică actuală, chiar dacă aceasta nu își poate revendica o obârșie romană din punct de vedere etno-lingvistic; cu atât mai mult una care are în mod indiscutabil o asemenea ascendență se laudă în fața lumii.

După cum se știe, provincia Dacia nu a cuprins întregul teritoriu al regatului lui Decebal, printre teritoriile rămase în afara sa numărându-se și cele ale actualului județ Maramureș, inclusiv depresiunea băimăreană. În afara provinciei se situau, deci, Chioarul, Codrul și țara Lăpușului. Motivele acestei excluziuni nu pot face decât obiectul unor supoziții deoarece, după cum arată arheologul și istoricul Ștefan Ferenczi, Traian avea informații suficiente cu caracter geografic, economic, politic și de altă natură asupra teritoriului Silvaniei și asupra împrejurimilor orașelor actuale Baia Mare (o regiune bogată în aur și alte metale neferoase) și Satu Mare. Ferenczi presupune că Traian ar fi avut de gând la un moment dat să ocupe din punct de vedere militar aceste teritorii “asigurând o apărare eficace a acestui spațiu ce urma, eventual, să fie cucerit”, dar că probabil pentru a face economie de forțe sau pentru alte motive din păcate necunoscute, noua frontieră a provinciei a fost fixată până la urmă prin însăși condițiile naturale, orografice, acolo unde a rămas până la părăsirea Daciei de către autorități și armată” (Șt. Ferenczi, Observații cu privire la sistemul și caracterul așa-zisului “Limes Dacicus”, în Acta Musei Napocensis, V, 1968, p.97)

Dar până unde se întindea provincia romană înspre N și NV? Majoritatea istoricilor sunt de acord că granița urma un traseu pornind de la Porolissum la Tihău, atingând Someșul lângă Jibou, urmând apoi cursul sinuos al acestuia până la Dej, iar de acolo Someșul Mare până la Beclean.

De aici încolo păreri diverg, deoarece dacă unii optează pentru traseul Beclean Rodna în continuarea cursului Someșului Mare spre izvoare, alții apreciază că hotarul provinciei era spre SE, pe valea Șieului, până la Munții Călimani. Acest hotar se găsea la sud de toate zonele aparținătoare actualului județ Maramureș, doar între Jibou și Gâlgău aflându-se în imediata vecinătate a țării Chioarului, iar apoi a țării Lăpușului. Doar aici, având în vedere precizarea lui Dio Cassius că romanii interzic barbarilor un spațiu de 14 km de la linia de frontieră pe care îl și stăpâneau, și unde le interziceau orice activitate agricolă sau pastorală (cf. D. Tudor, “Orașe târguri și sate în Dacia romană”, Editura științifică, București, 1968, p. 262) s-ar fi putut extinde, puțin stăpânirea romană”.

Ion Horațiu Crișan apreciază că “în seama trupelor de la Cășeu intrau supravegherea și administrarea unei largi zone din afara granițelor (Ion Horațiu Crișan, “Itinerare arheologice transilvănene” Editura Sport Turism București, 1982, p. 226)

Mai circumspect se dovedește Mihai Macrea, care consideră că față de castrele de la Cășeu și Ilișua, granița propriu-zisă “se afla mai spre nord”, însă doar cu câțiva kilometri (Mihail Macrea, “Viața în Dacia romană”, Editura științifică, București,

1969, p. 109) părere pe care a expus-o mai înainte în aceeași termeni relativi, apreciind că hotarele Daciei pot fi precizate urmărindu-se situarea pe teren a castrelor, dar acestea "se află totdeauna în fața lor la o oarecare depărtare" ("Istoria României", vol. I, Editura Academiei București 1960, p. 351). Distanța indicată de Dio Cassius permite "împingerea; graniței nordice până la defileul someșan de la Benesat – Țicau (așa cum apare pe harta Daciei din atlasele istorice), până sau dincolo de Coama Boiului (Mesteacănului) spre țara Chioarului și până pe Culmea Brezei spre Țara Lăpușului.

După cum arăta anterior Șt. Ferenczi romanii au fost interesați de zona minieră Baia Mare; dar din motive greu de celabile astăzi, zona depresiunii Baia Mare nu a fost cuprinsă în provincie. Un alt specialist în istoria antică (Gh. Bichir) înclină, în studiul; "Dacii liberi în secolele II-IV e.n.", "Revista de istorie", tomul 33, nr. 3/1980, p. 467) spre ideea unei hegemonii romane asupra dacilor liberi de la nord de Someș, care "au trebuit să recunoască adesea hegemonia romană, fie pe cea a sarmaților", aceștia din urmă în calitatea lor de clienți ai Romei.

Această din urmă opinie explică eventualele vestigii romane din zona băimăreană, puse în evidență de istoricii mineritului. În monografia consacrată Băii Mari (1886) istoricul Teglaș afirma că la Baia Mare a existat în perioada romană o intensă activitate minieră la Firiza, Valea Borcutului și Valea Roșie (cf. Nicolae Maghiar, Ștefan Olteanu, Din istoria mineritului în România, Editura științifică, 1970 p. 10).

Un istoric ungar al mineritului, Cserni B., a ajuns ulterior la aceeași concluzie în lucrarea; "A romanok aranybanyaszat

Dacia Ban" (Minele de aur din Dacia) Alba Iulia, 1905 p. 4, Autorii monografiei municipiului Baia Mare, apărută în 1972 în orașul cu același nume, pornesc și ei de la concluzia lui Teglaș. "Este posibil ca minereurile aurifere de la Baia Mare – atât de mult căutate de romani să fi fost situate în acel timp la mare distanță de o așezare romană, iar exploatarea acestor bogății să se fi efectuat de către minerii ce locuiau în tabere sau colonii provizorii". (idem, p. 123), Nicolae Iorga deducea în vestita sa Istorie a românilor (vol. I parte a II-a Sigiliul Romei, Editura științifică și enciclopedică, 1988, p. 166) că "În legătură cu această pătrundere a Carpaților spre răsărit s-au descoperit așezări romane lângă Gherla, de unde pleacă și o șosea spre răsărit. În vecinătate erau doar minele de la Rodna, care nu puteau fi neglijate, cum nici cele din Baia vecină". [La indicii de nume al lucrării se precizează că Baia este Baia Mare, idem, p. 276] La aceste dovezi și supoziții voi adăuga un argument trecut cu vederea de necunoscătorii zonei și anume existența Văii Românilor chiar în spatele Dealului Crucii, numit Muntele Săsar [Zazar] în Evul Mediu, când a adăpostit principala exploatare auriferă din întregul bazin minier' Ar fi bine dacă presupusele dovezi ale existenței galeriilor de tip roman, amintite de inginerii minieri orl de istoricii unguri ai orașului și ai județului, ar putea fi verificate. Oricum, credem că ei nu au fabulat, dovedind seriozitate în amănunte și ca atare, se impune acceptarea dacă nu a unei stăpâniri romane propriu-zise în depresiunea Baia Mare, în mod sigur a unei hegemonii romane în zonă. Regii clientelari daci puteau fi cointeresați în exploatarea unui metal care este însuși simbolul bogăției. Este foarte credibil ca specialiștii să fi fost romani, precum în Apuseni, iar lucrătorii de rând localnici retribuți.

## Istoria medicinei și farmaciei

### CALENDAR 2019

## DE ISTORIA MEDICINEI ȘI FARMACIEI (III)

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

### *Sfârșitul suferințelor viteazului domn-creștin Ștefan cel Mare și Sfânt (1457-1504)*

**1504, marți 2 iulie, Cetatea Suceava** (515 ani) – Trecea în veșnicie după o îndelungată suferință cauzată de rana primită la glezna stângă de o bombardă aruncată de ungurii lui Mateiaș Corvinul, din cetatea Chilieii, pe care tânărul voievod moldovean încerca s-o cucerească. Era anul 1462 (22 VI) și numai vârsta de 25 ani ar pleda pentru rezistența aceasta timp de 42 de ani. În ultimele zile, la patul de suferință al Domnitorului Ștefan cel Mare s-au aflat: medicul venețian Hieronimo da Cesena (sosit la Suceava în feb. 1504), un bărbier din Buda și hekimul (chirurgul) hanului tătăresc. Despre ultimele zile de suferință ale lui Ștefan cel Mare, s-a aflat din scrisoarea medicului „Lunardo di Massari, phisico”, care prezent la Buda, în Ungaria, primise informații de la Hieronimo da Cesena; scrisoarea din 21 aug. 1504 informa cu amănunte despre „rănile la ambele gambe pe care le-am ars (...) ca să termine cu ele”. Unii istoriografi s-au grăbit să-l pună în mod eronat ca fiind prezent și el la patul marelui Ștefan. „Oare ne vom mai învrednici și noi a avea vremi, ca acelea” (Arhim. Vartolomeu Măzăreanu la Panegiricul lui Ștefan cel Mare) – 2 iulie, ziua Sf. Voievod Ștefan cel Mare [1].

### *Un contract al Epitropiei din Iași*

**1809, sept. 25, Iași** (205 ani) – Epitropia sau Casa Doctorilor a încheiat un contract cu **dr. Ignatie Plusc**, dar acesta a venit la serviciul „comunal” abia în 20 feb. 1811. În act se stipula că dr. Plusc va „plăti din tocmeală chiria” și i se cere „în scris dsale doftorului Plusc, ca să grăbească venirea sa”. Și pentru a-l convinge i se fac adânci ploconeli „pentru că se face trebuință de a fi un așa doftor desăvârșit întru știință și cunoscut întru priința meșteșugului, asupra tămăduirii bolnavilor”. Dar s-a văzut că dr. Ignatie Plusc din Cernăuți, a ajuns după un an și jumătate la Iași, numai după ce a primit asigurarea „printr-un contract special” de a fi plătit „cu câte 9.840 de lei pe an” [2].

### *Etape de pregătire în vederea înființării de noi asociații farmaceutice*

**1869, iulie 7, Mediaș** (150 ani) – **Dr. farmacist Heinrich A. Siegmund** prin ziarul *Pharmazeutische Post* din Viena, face apeluri repetate colegilor săi farmaciști din Transilvania și Banat pentru înființarea unei asociații profesionale; **1869, aug. 3, Sibiu** – Din inițiativa sa are loc ședința de constituire a Asociației din Transilvania (*Siebenbürgischer Apotheker-Verein*) [3].

### Un farmacist disperat ...

**1879, iulie 18, Valea Călugărească, jud. Prahova** (140 ani) – S-a născut farmacistul **Giuseppe Agnese** (†1922, oct. 10, Buzău).

La 24 apr. 1920 farmacistul G. Agnese din Negrești este ales cenzor la *Banca Sfatului negustoresc din Vaslui S.A.*, fiind acționar; cu Decretul nr. 3860/11 oct. 1921 G. Agnese primește o nouă concesiune de farmacie în orașul Buzău.

La 8 feb. 1922, conform Decretului nr. 700, se desființează Consiliul județean Vaslui și delegația județeană, instituindu-se o comisie interimară din care face parte și G. Agnese, care demisionează în același an, la sfârșitul lunii noiembrie; dar cu siguranță este o greșeală întrucât, tot V. Lipan scrie: că în 10 oct. 1922 „*G. Agnese se sinucide în Buzău înghițind o mare cantitate de stricină*”. Cu toată zbaterea pentru o viață demnă, cu toate funcțiile pe care le-a deținut, cauza sinuciderii ar fi fost „*situația materială de nesuportat, pentru el și familie*”. La solicitarea familiei Agnese din 24 iulie 1937, Ministerul prelungește termenul de lichidare a farmaciei din Buzău, până în ianuarie 1941 când: „*Ultimul copil al lui G. Agnese, devenind major în ian. 1938 și fiind deja student în farmacie, urma a prelua conducerea farmaciei tatălui*” [4].

### Prezența medicilor la trecerea în eternitate a regelui Carol I

**1914, duminică 26 sept., Sinaia, Castelul Peleş** (105 ani) – A decedat Regele Carol I al României (n. 1839).

Ultimele zile ale Majestății Sale au fost supravegheate de medicul Ion Mamulea, care în lucrarea sa memorialistică „*Din amintirile medicului Curții*” (1939) evocă aceste momente. Este semnalată prezența medicilor Mina și Nicolae Minovici, „*care au luat două măști și au făcut îmbălsămarea*” [5].

### Calendarul ortodox – pe Stil Nou – introdus în România

**1924, sept., 3/16** (95 ani) – Sfântul Sinod al Bisericii române a introdus prin circulara nr. 7657 următoarele: „*Sf. Sinod al Bisericii noastre autocefale ortodoxe române, luând înțelegere cu bisericile surori și Patriarhia ortodoxă din Constantinople (Istanbul n.n.), a hotărât ca începând cu data de 1 oct. 1924 (stil vechi) (...) și astfel „s-au suprimat 13 zile (1-13 X), ca începând cu ziua de 14 octombrie să coincidă cu Calendarul Gregorian (de-acum se vor înscrie datele numai după Calendarul Iulian îndreptat)*” [6].

### Aniversarea nonagenarei Societății Române de Istoria Medicinii (I)

**1929, sâmbătă 14 sept., București** (90 ani) – Din inițiativa renumitului chirurg dr. Victor Gomoiu a avut loc constituirea Societății Române de Istoria Medicinii, Farmaciei, Veterinăriei și Folclor, prima de acest fel din țara noastră. La această dată se sărbătorea și un an de la inaugurarea Dispensarului Așezămintelor „*Principesa Elena*” din Bariera Vergului. La această festivitate care a avut loc în clădirea noului Așezământ (azi Spitalul pentru copii „*Dr. V. Gomoiu*”), au participat cele mai de seamă personalități ale lumii medico-farmaceutice și din alte profesii. În timpul evenimentului, dr. V. Gomoiu, „*la braț cu dr. C.D. Severeanu, chirurgul nonagenar, s-a adresat în plen: Și fiindcă dvs. întruchipați însăși istoria medicinii românești, respectuos vă rugăm Dle Profesor, să primiți a fi primul președinte al Societății Române de Istoria Medicinii, ale cărei baze le punem astăzi*”. La această invitație prof. dr. Severeanu a mulțumit pentru onoarea ce i s-a

făcut, răspunzând de fapt „*și scrisorii trimise de V. Gomoiu, în 10.09.1929, în care îi cerea să primească această funcție*”. Profesorul scrisese deja „*Amintirile*” și ceruse în mai multe rânduri înființarea unei catedre de istorie la Facultatea de medicină din București. A fost ales primul Comitet provizoriu al Societății, alcătuit din: Președinte, prof. dr. C.D. Severeanu; vicepreședinte, prof. dr. D. Gerota și secretar general, dr. V. Gomoiu [7]. Va urma.

### Legi care impun ...

**1944, iulie 20, București** (75 ani) – Apare Legea nr. 389 promulgată cu decretul nr. 1359 privind organizarea și funcționarea Colegiului farmaceutic. Legea preciza că nici un farmacist (civil sau militar) nu poate practica farmacia, dacă nu este membru al Colegiului și „*obligativitatea ca farmacistul care va profesa în mediul urban să fi urmat un stagiu de cel puțin doi ani în mediul rural*” [8].

### Comemorări

†**1884, aug. 26, București** – S-a stins din viață „*o inimă nobilă, generoasă, o inteligență cultă și superioară, un suflet bărbătesc*”.

Cel căruia i se face un asemenea portret psihoafectiv a fost doctorul **Carol Davila** (n. 1828, apr. 8, Avilla), întemeietorul și organizatorul învățământului militar și civil din România, al Societății medicale științifice (1857), al Ambulanțelor sanitare și al Spitalelor temporare, necesare trupelor. A reorganizat Eforia Spitalelor Civile (1859), Grădina botanică din București (1860, pe vechiul spațiu azi Universitate), Azile pentru băieți și Azilul „*Elena Doamna*” pentru fete din Dealul Cotrocenilor (1862), a unificat serviciile sanitare ale Țării Românești și Moldova (1862), a inițiat și a înființat Laboratorul de chimie, Muzeul de anatomie pentru modernizarea învățământului din Școala de medicină și farmacie (1857), susținând comisia care a făcut posibilă apariția primei Farmacopei din țara noastră (1862). Tot din inițiativa sa, a luat ființă Societatea de „*Crucea Roșie*” (1876), pentru contribuția sa organizatorică și eforturile sale privind dotarea armatei române în timpul Războiului de Independență (la 20 iulie/2 aug. 1877 trupele noastre trec Dunărea) iar inspectorul general dr. Carol Davila era conducătorul Serviciului Sanitar din Sudul Dunării, unde activitatea, energia și curajul său au fost mai presus de orice laudă. Toate acestea și altele au fost evocate în discursurile funebre din ziua în care rămânea pe veci în pământul țării adoptive pentru care inima sa a bătut până în ultima clipă: „*decedat eri la ora patru post meridian, în casa din Suburbia Sf. Elefterie, București, str. Notagiu nr. 37*” – din Actul de deces eliberat la 27 aug. 1884 (printre semnatari și dr. Atanasie, verficator) [9].

†**1909, aug. 13, Craiova** – 110 ani de la decesul farmacistului **Johann Oswald** (n. 1853, feb. 17, Huși)

Curs primar la Cahul și secundar la Cluj, s-a înscris la Școala superioară de farmacie din București, practica de doi ani a efectuat-o în farmacii din Buzău, Brăila, Craiova și București, obținând certificatul de asistent (1872), licența în farmacie și libera practică (1874); a arendat farmacia *Salvator* din Drăgășani, iar după decesul cumnatului său, farmacistul J. Peszinsky din Cahul, a devenit moștenitorul farmaciei acestuia, administrând-o până la retrocedarea sudului Basarabiei (1878), când și-a vândut dreptul de farmacie unui farmacist rus, s-a stabilit la Galați, arendând 8 ani farmacia *La Ville*. A participat la primul congres al medicilor, farmaciștilor și veterinarilor (6-8 oct. 1884) de la București, fiind remarcat prin

lăurile la cuvânt din cadrul dezbaterilor; a obținut prin concurs o concesiune la Craiova (1886), înființând farmacia *Crucea Roșie*, pe care, după câțiva ani, din motive de sănătate, a arendat-o farmacistului I. Nicolescu; a plecat în străinătate pentru tratament și studiul științelor naturii, devenind dr. în filozofie și chimie la Univ. Ludwig-Maximilian din München; revenit în țară, s-a ocupat mult și cu agricultura, administrând moșiile de la Sintești, jud. Ilfov și Cârcea, jud. Dolj, rămânând proprietarul farmaciei din Craiova până la decesul său [10].

†**1924, iulie 17** – 95 de ani de moartea farmacistului bucovinean **Dimitrie Caba** (n. 1866, aug. 24, Siret)

A făcut studiile liceale la Cernăuți, elev practicant la Farmacia Spitalului „Sf. Spiridon” din Iași (1888); a obținut licența în farmacie (18 dec. 1895) și apoi dreptul de liberă practică; stagiul militar îl face în România și este avansat ca sublocotenent. Prin decretul nr. 1970/10.06.1902 se deschid noi farmacii, dintre care și a lui D. Caba în localitatea Bujor, jud. Covurlui. Din 1921 este proprietarul farmaciei sale din Suceava, dar în 17 iulie **1924** a survenit decesul care a întrerupt prematur o viață și o activitate profesională mult respectate; înhumat în cimitirul Bisericii din orașul Siret [11].

†**1934, iulie 12, Vaslui** – 85 ani de la moartea **farmacistului mr. (r) și dr. chimist Gheorghe Scarlat** (n. 1871, oct. 1, Bacău).

În orașul natal a urmat patru clase primare și patru ani la Gimnaziul clasic, obținând certificatul nr. 31/1891, iulie 1, cu care s-a înscris la Școala superioară de farmacie, practica de elev (1891, oct. – **1894**, oct.) efectuând-o în farmacia „*Coroana de Oțel*” din București, aparținând lui Mihail Stoiculescu; după susținerea examenului de asistent a executat practica de un an la Ploiești în farmaciile „*Vulturul de Aur*” (1 nov. **1894** – 1 aug. 1895) și „*Traian*” (1 aug. – 8 oct. 1895); licența și libera practică (1897); chimist expert sanitar al orașului București (**1899, aug. 1**); a absolvit examenele de maturitate (1900); a urmat cursurile de chimie la Universitatea „*Friedrich Wilhelm*” din Berlin, devenind dr. chimist în dec. 1903, în urma susținerii tezei „*Über die Einwirkung von Guanidin auf die Ester ungesättigter Säuren*”; a reluat postul de chimist al laboratorului Capitalei până la 1 sept. 1905, când l-a părăsit pentru a prelua dirigenția farmaciei „*Angel*” din Vaslui, a defunctului farmacist Emil Ortinsky. În baza ordinului ministerial nr. 23261/1 dec. 1905, a reușit să înființeze un laborator de chimie pentru controlul alimentelor, băuturilor și igienei, subvenționat de comună și județ. A scris și publicat un important studiu intitulat „*Organizațiunea laboratoarelor de igienă alimentară din Germania și ameliorările ce ar fi de introdus la noi*” (**1904**, București), iar în 1935 „*Studiu sumar asupra terenului agricol al județului Vaslui*” (în colaborare); consilier comunal la colegiul I Vaslui (23 dec. 1906 – 1 apr. 1907), din partea Partidului Conservator; consilier la colegiul I Vaslui și apoi primar (1911-1918); fondator al băncii *Unirea S.A.* (1925, dec. 16) și membru în primul consiliu de administrație al acesteia; consilier comunal, primar la Vaslui (1930, mai 26 – 1931, nov. 21). Rezultatele activității sale ca primar au fost redată în lucrarea „*Douăzeci și șapte de luni de administrație a comunei Vaslui*” (1932, Vaslui) dintre care amintim: „*îndreptarea finanțelor orașului prin mari economii; organizarea serviciilor prin reducerea personalului la strictul necesar, reținând pe cei mai bine pregătiți; lichidarea datoriilor anterioare ale comunei; s-au reparat străzile orașului; s-au construit cișmele și fântâni; s-a reparat Școala primară nr. 2; s-au plantat copaci pe străzi; s-au amenajat grădinile publice*

*ale orașului; s-au făcut lucrări de captare a izvoarelor pentru apa de băut; s-a amenajat cimitirul orașului ș.a.*” Decorat cu medalia „*Avântul Țărei*”; înmormântat în cimitirul „*Eternitatea*” din Vaslui [12].

†**1944, august 15, București** – 75 ani de la decesul **Ștefaniei Mărăcineanu** (n. 18/30 iunie 1882, București), **chimistă și fiziciană** română de renume internațional, care a formulat teorii despre radioactivitate, radioactivitatea artificială și procedeul de declanșare artificială a ploii.

**1924**, Universitatea Sorbonne, Paris (95 ani) – A susținut lucrarea de doctorat „*Recherches sur la constante du polonium et sur la pénétration des substances radioactives dans les métaux*” primind calificativul „*Très Honorable*”.

S-a întors în România (1930) și a devenit colaboratoare a prof. Dimitrie Bungențianu la Universitatea din București, reușind să creeze cu mijloace proprii primul Laborator de Radioactivitate din România; cu ajutorul prof. Bungențianu și Nicolae Vasilescu-Karpen experimentează o metodă de declanșare a ploilor artificiale prin dispersarea de săruri radioactive în nori; membru corespondent al Academiei de Științe din România din 21 dec. 1937 [13].

†**1954, sept. 24, Ploiești** – 65 ani de la moartea **farmacistului lt. col. (r) Marin Demetrescu** (n. 1881, mai 15, com. Maglavit, jud. Dolj)

S-a înscris la Școala superioară de farmacie din București (1903), practica obligatorie de doi ani a efectuat-o într-o farmacie din Calafat (1903, oct. 1 – **1904**, apr. 1) și în două din Craiova («*Sf. Treime*», **1904**, apr. 2 – 1905, apr. 23 și «*Aurora*», 24 apr. – 29 sept. 1905); diploma de farmacist și libera practică (1910); a participat la campania din Bulgaria (1913) pentru care a primit medalia «*Avântul Țărei*»; farmacist ajutor în farmacia «*Naționala*» din Craiova (1911-1913); a obținut concesiunea pentru o farmacie în Ploiești, deschizând farmacia «*Naționala*», pe str. Nicu Filipescu nr. 28 (**1914**, ian. 27); s-a căsătorit cu Angela Zamfirescu și au avut doi fii: Gheorghe-Nestor (1920-1990) și Anghel-Mihail (1916-2002), viitor doctor farmacist și jurist; a luptat pe frontul din Dobrogea în timpul primului război mondial, a fost făcut prizonier la 24 aug. 1916 în luptele de la Turtucaia și internat într-un lagăr din Adrianopol până la 14 iulie 1918. A făcut politică după război, ca membru al Partidului Poporului a fost ales în Senatul României (28 mai 1926 – 2 iunie 1927). Și-a condus farmacia cu profesionalism și demnitate, oficina sa având un înalt grad de organizare și dotare; cenzor în consiliul de administrație al O.A.F. București. Din nefericire, la 5 apr. **1944**, în urma unui bombardament al aviației SUA, i-a fost distrusă complet farmacia, cifra pierderilor totale a fost de aproximativ 30 milioane lei. Cu multă muncă și efort financiar a reușit să deschidă o nouă farmacie «*Naționala*», la 29 iunie 1947; luându-l ca partener de afaceri la 1 iunie 1948, pe fiul său Anghel-Mihail, dar la 2 apr. **1949** farmacia a fost naționalizată iar proprietarul nevoit să lucreze ca salariat al statului; înmormântat în cimitirul «*Bolovani*» din Ploiești [14].

†**1959, sept. 4, Cluj** – 40 ani de la decesul **medicului, prof. univ. Iuliu I. Hațieganu** (n. 1885, apr. 14, com. Dârja, Cluj)

Studiile elementare în comuna Cojocna și continuate la Cluj, cele liceale la Blaj, universitare la Facultatea de Medicină din cadrul Universității din Cluj, devenind doctor în medicină (1910); cunoscător a mai multe limbi străine; profesor de Clinică medicală (1920); primul de-

can al Facultății de medicină, de mai multe ori rector al Universității din Cluj; este întemeietorul învățământului medical românesc din Cluj și a format numeroase cadre universitare; președinte și membru în multe societăți științifice și de învățământ din țară și străinătate; decorat cu ordine și medalii, fiind medic emerit, apoi membru al Academiei Române și deputat al Marii Adunări Naționale; a considerat profilaxia drept scop suprem în medicină. Prin inițiativa sa s-a înființat prima Catedră de Ftiziologie din România în cadrul Facultății de Medicină din Cluj (1942), primul dispensar antituberculos din Cluj, dispensarul și preventoriul studentesc, din care ulterior s-a dezvoltat întreaga asistență medicală a tineretului universitar. A rămas cunoscut în lumea medicală din țară și de peste hotare, în special, prin cercetările sale efectuate în domeniile patologiei tubului digestiv, cardio-vascular, excretor și al sistemului nervos; a fost un precursor și un vizionar în medicină, un întemeietor și șef de școală medicală, o personalitate fascinantă pentru toți, fiind supranumit „*Hipocrate al românilor*”, „*un patriarh al medicinei transilvane*”, „*un gigant al medicinei românești*”, [15].

†**1979, aug. 26, București** – 40 ani de la decesul **prof. dr. ortoped Alexandru Rădulescu** (n. 1886, sept. 10, Focșani), romancier cu pseudonimul literar *R. Furpa*. În 1916 a participat în cadrul Spitalului militar 5 mobil, fiind invalid de război, a fost reformat definitiv din armată cu grad de căpitan [16].

### Aniversări

**1829, iulie 8, Santerno, Ferrara, Italia** – 190 ani de la nașterea **medicului Mihail Mingarelli** (†1898, sept. 22, Turnu Severin)

La 19 ani a obținut bacalaureatul la Universitatea din Bologna; licențiat al facultății de medicină; diploma de laureat al facultății de medicină și dreptul de a exercita medicina (1847); numit medic ofițer sanitar pe lângă batalionul izolat din Bagnacavallo (11.11.1847) și din 13.03.1849 ales membru al consiliului și magistraturii acestui oraș; la 26.07.1855 guvernul Pontifical din provincia și orașul Ravenna a atestat că a exercitat ca „*doctor fizic*” arta medicală în timpul cât a stat în Bagnacavallo; a venit în Moldova și a obținut dreptul de liberă practică (1855); numit medic al orașului Tecuci (17.09.1856), mutat în orașul Ismail (13.05.1857 – 1.05.1858), medic al districtului Cahul, cu salariul de 8.000 lei anual (30.10.1867); medic primar al județului Fălciu până la pensionare (8.07.1870). În 1871 a plecat pentru puțină vreme în imperiul turcesc, apoi a fost medic primar al jud. Vaslui (18.12.1872 – 17.11.1875), a trecut în aceeași calitate în Prahova până la 3.03.1878, când a fost transferat în jud. Brăila până la 29.04.1882, apoi permutat ca medic al jud. Mehedinți până la moarte; a publicat „*Legislațiunea medicală*” (1875, România medicală, p. 74), „*Despre aplicațiunea fotografiei în medicina legală*” (1876, ibidem, p. 20), „*Băile de la Lacul-Sărat*” (1879, Jurnalul Societății științelor medicale din București, p. 353); membru corespondent al Societății de medicină legală din Paris; decorat cu ordinele „*Coroana României*” în gradul de Cavaler și «*Apărătorii Independenței*» [17].

**1839, sept. 17, Sânpetru (Petersberg), comitat Brașov** – 180 ani de la nașterea **farmacistului maior Friedrich Bruss** (†1908, dec. 28, Brașov)

Farmacist-șef (maior) al Armatei Principatelor Române (24.01.1869 – 1.03.1871), al doilea după un alt nume de rezonanță în istoria farmaciei, maior Pruszinsky Xa-

vier Francisc (25.10.1837 – 24.01.1869; 1.03.1871 – 1.03.1874); și profesor la Școala națională de medicină și farmacie (Director dr. Carol Davila) din București. Numele său este legat și de elaborarea Regulamentului pentru organizarea Școlii superioare de farmacie din București (20 oct. 1871); a funcționat mai mulți ani ca farmacist șef al Farmaciei centrale de la Spitalul Colțea; a obținut cetățenia română (1880); decorat cu ordinul „*Coroana României*” în grad de cavaler (1904); a condus și stăpânit farmacia „*Speranța*” din București (1874-1908) [18].

**1854, iulie 28, Viena** – 165 ani de la nașterea **dr. Victor Babeș** (†1926, oct. 19, București), fondatorul microbiologiei moderne și autorul primului tratat de bacteriologie din lume.

Și-a făcut studiile medicale la Facultățile de medicină din București și Viena; asistent la catedra de histologie a Facultății de medicină din Budapesta (1874); doctor în medicină la Viena (1878); docența și profesor extraordinar de histologie la Budapesta (1885); din 1887 s-a stabilit la București, unde și-a continuat activitatea științifică soldată cu descoperiri de notorietate mondială între care tratamentul antirabic; profesor de anatomie patologică și bacteriologie la Facultatea de Medicină din București (1887-1926); membru corespondent (1889) și apoi titular al Academiei Române (1893); vicepreședinte al Academiei Române (14 aprilie 1899 – 6 aprilie 1900; 8 octombrie 1918 – 11 iunie 1919), precum și președinte al Secțiunii Științifice a Academiei Române (1922-1925); rol important în construirea și înființarea la București a „*Institutului de Patologie și Bacteriologie*” (1899); înființează Societatea Anatomică (1900, București); tipărește în română și franceză „*Analele Institutului de Patologie și Bacteriologie*”, publicație apărută în opt volume (1899-1923); sub patronajul său apar revistele „*România medicală*” (1892) și „*Arhivele științelor medicale*” (1895); a adus contribuții de renume mondial în studiul turbării, leprei, difteriei, tuberculozei, malariei, pelagrei etc., descoperind corpusculii virotici din celulele creierului animalelor turbate („*Corpusculii Babeș-Negri*”) și peste 50 de germeni patogeni noi; în literatura de specialitate, agenții patogeni care provoacă unele boli la animale au fost denumiți „*babesii*”, iar respectivele boli – „*babesiose*” („*babesia bovis*” și „*babesia ovis*”). În 1913 contribuie la combaterea epidemiei de holeră, apărută în Bulgaria, preparând un vaccin anti-holeric, a cărui eficiență s-a verificat atât în combaterea holerei pe frontul din Balcani, cât și la prevenirea aceleași boli în armata noastră, și la populația civilă, în timpul primului război mondial. După Marea Unire din 1918, ia parte la organizarea Universității din Cluj (1919), fiind numit profesor, continuând să predea aici și la București. Printr-un decret din 2 martie 1925 s-a hotărât ca „*Institutul de Patologie și Bacteriologie*” din București să se numească „*Institutul dr. Victor Babeș*”. În referatul ministrului Instrucțiunii Publice se arată: „*Institutul de patologie din București a fost creat în anul 1887 de dl. prof. dr. Victor Babeș, care a știut să-i dea o atât de mare dezvoltare încât astăzi figurează în rândurile celor mai însemnate institute similare din Apus (...)* În Institut, pe lângă tratamentul antirabic, introdus și modificat de dl. prof. dr. V. Babeș, se prepară serul antidifteric, vaccinul antiholeric, antitific, serul meningococic, tuberculina. Pe lângă acestea, Institutul lucrează cu tot mai mare interes și în direcția chestiunilor de igienă (holeră, lepră, pelagră, pestă, tifos, streptococie), aducând cercetări proprii de mare importanță practică (...)” („*Oameni de știință... Conexiuni... Gesturi frumoase*”, București, Ed. Albatros, 1981).

În 1949 Ministerul Sănătății a publicat un volum omagial, incluzând și o bibliografie a ilustrului savant, însumând 1005 titluri, efectuată de Mircea Tomescu, bibliotecarul de atunci al Institutului Dr. V. Babeș, din care cităm o serie de tratate și monografii: *“Les bacilles de la tuberculose”* (1883, Jour. Connaissance. Med., Paris); *“Topographis des bacillus de la tuberculose”* (1884, Jour. Anat., Paris, în colab. cu A.V. Cornil); *“Uber Koch’s Kommabacillus”* (1884, Dtsch. Med. Wschr.); *“Atlas de Histologie patologică a Sistemului Nervos”* (1892, în colab. cu Gheorghe Marinescu și Paul Blocq); *“Contribuții la studiul etiologiei și anatomiei patologice a gangrenei pulmonare”* (1895, Rev. Rom. Medicală, Buc., în colab. cu Popescu A.); *“Bacilul leprei și histologia leprei”* (1898, Berlin); *“Lepra pulmonară”* (1899, Rev. Rom. Medicală, Buc., în colab. cu V. Sion); *“Pelagra”* (1901; 1902, Viena, în colab. cu V. Sion; 1923, București cu mai mulți colab.); *“Tratatul turbării”* (1912, Paris); *“Considerațiuni asupra raportului științelor naturale către filozofie”* (1879), *“Credință și știință”* (1924); a primit Ordinul Național al Meritului Civil în grad de Comandor (1891) al statului bulgar, Ordinele *Steaua României*, *Coroana României*, *Sanitar Civil* în grad de Comandor (Bulgaria), *Coroana de Fier* (Austria); în onoarea marelui savant, Universitatea Babeș-Bolyai din Cluj și Universitatea de Medicină și Farmacie din Timișoara îi poartă numele [19].

**1864, iulie 18, Tecuci** – 155 ani de la nașterea farmacistului **Alexandru Volanschi** (†1948, aug. 19, București)

S-a înscris la Școala superioară de farmacie din București (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 *«Foișorul de Foc»* din București (1881-1883); licența și libera practică (1885); arendator al farmaciei *„Înger”* din Iași până în nov. 1893; diriginte-administrator al farmaciei *„Curtea Regală”* din Brăila (1894-1896); a înființat o farmacie în București pe str. Știrbei Vodă (1897), care din ordinul autorităților militare germane de ocupație a fost transportată în 1917 la Constanța, unde a funcționat pe tot timpul războiului ca *„Farmacie de stat”* în localul farmaciei *„Engleze”*; a editat publicația *„Buletin Farmaceutic”* (1897-1907), împreună cu farmaciștii Anton Altân și Dimitrie Nicolau; a participat neoficial la al X-lea Congres internațional al asociațiilor farmaceutice de la Bruxelles (1-5.09.1910), când s-a propus înființarea Federației Internaționale Farmaceutice (FIP) cu sediul la Haga; vicepreședinte al Societății farmaciștilor din România; membru onorific în Consiliul de igienă și salubritate publică al Capitalei; înmormântat în cimitirul *Bellu* [20].

**1874, iulie 19, Galați** – 145 ani de la nașterea medicului **Constantin Levaditi** (†1953, sept. 5, Paris)

A fost unul dintre fondatorii inframicrobiologiei moderne, român naturalizat în Franța, membru corespondent al Academiei Române (1910) și membru de onoare (1926); a urmat liceul la București, apoi Facultatea de medicină din București (1898); specializarea a făcut-o la Paris, în Laboratorul de Patologie Generală și Experimentală al Institutului *„Pasteur”* (1898-1900) și apoi la Frankfurt-am-Main, în Institutul de Terapie Experimentală (1900-1901); a obținut doctoratul în medicină al Facultății din Paris (1902), continuându-și cercetările la Institutul *„Pasteur”* și la Institutul *„Fournier”* (1902-1905); profesor la Facultatea de Medicină din Cluj (1919-1920); a primit marele premiu *„Pasteur”* (1922, Strasburg); profesor la Facultățile de Medicină din Madrid și Barcelona, Philadelphia și Harvey – New York etc.; director științific la Institutul *„Pasteur”* din

Paris (1912-1945), unde s-au format prestigioși virusologi din întreaga lume, între care și românii: Șt.S. Nicolau, N.M. Constantinescu, G. Stroescu, N. Cajal; o deosebită valoare au studiile lui asupra eritemelor polimorfe, ectodermozele neurotrope, sifilisului, poliomielitei, encefalitei, vaccin – și chimioterapiei; a introdus bismutul în terapeuica sifilisului și a perfecționat metoda de impregnare cu argint a spirochetelor în secțiuni [21].

**1874, sept. 19, com. Poiana Sărată, comitatul Trei Scaune** – 145 ani de la nașterea farmacistului col. (r) **Romulus Pop** († 1936, apr. 24, Ploiești)

După ce a absolvit patru clase la Gimnaziul *„mare public român”* din Brașov (26.06.1889), s-a înscris la Școala superioară de farmacie din București, cu matricola nr. 864/7.10.1889, efectuând practica de elev (1.09.1889 – 7.10.1892) în farmacia *„Minerva”* din Focșani, a fraților Mauriciu și Friedrich Römer, apoi a obținut certificatul de asistent în farmacie nr. 519/1893; licența în farmacie la 31.03.1897, în tot timpul cursului universitar fiind intern la Spitalul *„Colentina”* din București. I s-a acordat libera practică și a devenit cetățean român în 1898. A lucrat ca asistent în laboratorul de Chimie medicală al Școlii superioare de medicină veterinară din București iar la 20.09.1900 a fost numit provizoriu în postul de intențent-farmaciat la spitalul rural Tecuci-Kalinderu, jud. Teleorman. Împreună cu colegul său, Corneliu Tacit, în 1901, a luat în arendă farmacia *„Traian”* din Ploiești, aparținând lui Petre Ghițulescu; în 1910 a devenit proprietarul farmaciei *„Regala”* din același oraș; a făcut campania din 1913 cu grad de farmacist căpitan (r) iar în războiul din 1916-1918 ajungând farmacist col. (r); a primit decorațiile: *„Meritul Comercial”* cl. I, *„Bărbăție și Credință”* cl. II și *„Avântul Țării”*; a organizat și condus farmacia *„Casei Muncii”* din Ploiești (1924-1934); a decedat în locuința sa din Ploiești și a fost înmormântat în cimitirul *„Eroilor”* din localitate [22].

**1884, iulie 15, Câmpulung** – 135 ani de la nașterea medicului **Ilie Piticariu** (†1951, apr. 28, București)

Studiile superioare de medicină le-a absolvit la Viena, unde a fost în timpul studenției un membru activ al Societății *„România Jună”*. A făcut practica la clinica dr. Strumpell din Viena (1908-1911); doctorat în medicină (1911); a urmat cursuri de specializare într-o clinică din Berlin (1915-1916); după care a venit la București, angajându-se ca medic în clinica dr. C. Buicliu la spitalul Brâncovenesc; asistent la o clinică din Paris (1919-1921); apoi a revenit în Bucovina și din 1921 a fost medic primar de boli interne la Spitalul Central din Cernăuți; și-a susținut docența la Facultatea de Medicină din București cu lucrarea *„Diagnostică micilor insuficiențe tiroidiene”* (1926); temele abordate de el în studiile publicate în revistele din România și străinătate au ținut de medicina internă, unele dintre ele s-au referit la tratarea tuberculozei, a tetanosului etc. [23].

### **Noi membre ale Academiei Române**

**I. Ripan Raluca** (1894, iunie 27, Iași – 1975, dec. 5, Cluj)

**Chimist, prima femeie doctor în chimie și academician din România**; a folosit, pentru prima dată în țară, izotopii radioactivi în cercetarea chimică anorganică. A absolvit Secția de chimie a Facultății de științe a Universității din Iași (1919); preparator în Laboratorul de chimie minerală (1919); asistent în Laboratorul de chimie fizică al Facultății de științe a Universității din Iași (1920); șef de lucrări în Laboratorul de chimie anorganică

al Facultății de științe a Universității din Cluj (1921); a susținut teza de doctorat *„Aminele duble corespunzând sulfatilor dubli din seria magneziană”* (1922, Universitatea din Cluj) și a obținut *„doctoratul în chimie anorganică”*, cu mențiunea *„Summa cum laude”*, devenind prima femeie doctor în științele chimice din România; conferențiar suplinitor la Facultatea de Medicină și Farmacie din Cluj (1925), unde a ținut un curs de chimie analitică; abilitată docentă în chimie, specialitatea chimie analitică, la Facultatea de Științe din Cluj (1930); conferențiar (1931); profesor universitar (1942-1964); prima femeie șef al Catedrei de Chimie anorganică și analitică (1948-1964), decan al Facultății de Chimie (1948-1951) și rector al Universității Babeș-Bolyai (1952-1956); membru titular al Academiei R.P.R. (1948), devenind astfel *„prima femeie academician din țara noastră”*; președinte al Filialei Cluj al Academiei (1957-1975); director al Institutului de Chimie din Cluj, odată cu înființarea acestuia (1951); a organizat și utilizat o serie de laboratoare și a efectuat numeroase cercetări la catedră și la Institutul de Chimie din Cluj, care îi poartă numele; membră a Societăților de Chimie din Cluj, București și Paris; opere: *Chimie analitică calitativă. Semimicroanaliză* (ediția I, 1954); *Curs de chimie anorganică. Metaloizi* (1954-1955); *Manual de lucrări practice de chimie anorganică* (1961); *Chimia metalelor* (vol. I, 1968 și vol. II, 1969); *Tratat de chimie analitică* (1973); are peste 300 de lucrări științifice publicate în reviste de specialitate din țară și străinătate (*Studii asupra izo- și hetero policombinații, Etude sur les Cyanates Metalliques*); Deputat în Sfatul Popular Orășenesc Cluj (1950), deputat în Marea Adunare Națională (1952, realeasă în 1957, 1961, 1965); membră a Prezidiului Marii Adunări Naționale; Doctor Honoris Causa al Universității „Nicolaus Copernicus” din Torun, Polonia; *Ordinul Muncii* cl. II (1948), *Laureat al Premiului de Stat*, cl. I pentru contribuții în domeniul chimiei analitice și pentru studiul soluțiilor apoase de heteropoliacizi (1953), *Steaua României* cl. II (1959), *Steaua Republicii Populare* cl. I (1964) și titlul *Om de știință emerit* (1964), *Meritul științific* cl. I (1966), *Ordinul 23 August* cl. I (1974) pentru activitatea științifică, didactică și obștească ș.a. [24; 25; 26].

**II. Ciorănescu-Nenișescu Ecaterina (1909, aug. 15, Buc. – 2000, feb. 3, Buc.)**

A absolvit Facultatea de fizică și chimie a Universității din București (1931); a susținut teza de doctorat *„Sinteze cu clorură de aluminiu în seria hidrocarburilor alifatică și aliciclice”* (1936); a parcurs toate gradele didactice de la Facultatea de chimie industrială a Institutului Politehnic din Buc. (1936-1962); prof. universitar de chimie organică (1962-1977); membru corespondent (1963) și membru titular al Academiei Române (1974); membră a mai multor societăți și academii din străinătate, printre care Academia Tiberiană (Italia, 1971) și Societatea americană de chimie din New York (1974); lucrări în domeniul chimiei organice și farmaceutice: *„Medicamente de sinteză”* (ed. I, 1957; ed. II, 1966) ș.a. [27].

**III. Brezeanu Maria (1924, martie 19, Râșnov – 2005, apr. 19)**

**Chimistă, prof. universitar** la București; membru corespondent (1991, dec. 18) și titular (1993, martie 23) al Academiei Române; președinta Secției de Științe Chimice a Academiei Române, membră în Biroul de conducere al Societății de Chimie din România; membră în colegiile de redacție ale «*Revue Roumaine de Chimie*» și «*Romanian Chemical Quarterly Reviews*»; Premiul Ministerului

Învățământului pentru activitatea de cercetare științifică (1961 și 1963), Premiul *„G. Spacu”* al Academiei Române pentru lucrarea *„Combinatii complexe polinucleare și aplicațiile lor”* (1990) [28; 29].

**1924 aug. 6 Sibiu – 95 ani de la nașterea dr. farmacist Elena Lili Matilda Aiteanu († 14 sept. 1997 București).**

Licențiată a Facultății de Farmacie din București (1949); doctor în științe farmaceutice la aceeași facultate (1970); cercetător științific principal grad III la ICSMCF (1955-1969); secretar științific al Secției a IV-a (Cercetări Farmaceutice) din Academia de Științe Medicale (1969-1982); autoare, coordonatoare și colaboratoare a celor trei ediții bilingve al *«Indexului bibliografic al lucrărilor științifice medicale și farmaceutice»*, Vol. I (1970-1977), Vol. II (1978-1982) și Vol. III (1983-1988), lucrare ce a reprezentat o premieră românească; autoare a capitolului *«Institute de cercetare»* din *«Istoria Științelor Farmaceutice în România»*, coordonatori prof. dr. doc. Josif Spielmann, dr. farm. Graziella Baicu, Edit. Medicală Amaltea, Buc. 1994; figurează în *«Enciclopedia marilor personalități din istoria, știința și cultura românească de-a lungul timpului»*, Editura Geneze, 1999, vol. I, p. 24-26 iar în Revista *«Farmacia»*, 2001, nr. 4, p. 85-88, dr. farm. Graziella Baicu și farm. pr. Graziella Șerbănescu i-au făcut un excepțional portret biografic [30].

**Aniversări – comemorări**

**1874, iunie 5 – 145 ani de la naștere și 65 ani de la moartea dr. farmacist și chimist Constantin Wilhelm Kollo (1954).**

Licențiat în farmacie (1902); doctor farmacist cu teza *„Determinarea acidimetrică a acidului picric cu indicatorul roșu de metil și aplicația ei la dozarea preparatelor de antipirină”* (1914); *„Farmacopeea Română. Ediția Specială”* (autor), Societatea Farmaciștilor din România, Institutul de Arte Grafice „Speranța”, București, 712 p. (1915); *„O nouă metodă pentru separațiunea fierului de mangan”*, Facultatea de Farmacie, București, lucrare de docență (1922); conferențiar universitar la Catedra de Farmacognozie de la Facultatea de Farmacie din București (1924-1934); farmacist șef al Casei Muncii din CFR, unde a organizat Laboratorul de Preparate Chimico-Farmaceutice și Galenice și Laboratorul de Analize Chimico-Farmaceutice și Industriale (1923-1932); conferențiar suplinitor la Disciplina de Farmacognozie și Farmacodinamie (1934-1935); farmacist la Spitalul Witting CFR și la Depozitul Central de Medicamente; colaborator științific al Fabricii de Medicamente nr. 6 pentru Preparate Galenice din București; autor: *„Manualul Teoretic și Practic de Chimie Analitică”* (1922, în colab. cu prof. Șt. Minovici); *„Manualul de farmacie. Medicamente chimice”* (1926); *„Cursul de Farmacognozie”* în șase ediții adnotate și îmbunătățite (1928, 1933, 1935, 1936, 1937 și 1943) ș. a. În prefața *„Manualului de farmacie”*, Prof. dr. Al. Iteanu scria că există o garanție certă prin *„numele lui C. Kollo care se leagă indiscutabil și de realizarea, în 1915, a Farmacopeei Române (ediție specială) apărută cu sprijinul și pe cheltuiala Societății farmaciștilor din România (...)”*. Se mai menționa că aceasta răspunde tuturor nevoilor din cauza numărului restrâns de lucrări de specialitate apărute în limba română [31; 32; 33].

**Un farmacist cu studii în Elveția**

**1879, sept. 5, Galați – 140 ani de la naștere și 60 ani de la trecerea în eternitate a prof. dr. Nicolae T. Deleanu (†1959, mai 29)**

A absolvit cursurile Liceului „Matei Basarab” din București (1901), s-a înscris la Școala superioară de farmacie și după efectuarea stagiului de practică în orașul său natal, a plecat în Elveția (1904) pentru continuarea studiilor universitare; licențiat în farmacie la Geneva (1906), cu „*Studii privind nutriția minerală a plantelor*” efectuate în Laboratorul de Chimie Organică sub conducerea prof. R. Chodat din Institutul de Botanică al Universității din Geneva, încheiate cu titlul de doctor în științe fizico-chimice (1908); specializare în chimie și fiziologie vegetală în baza cercetărilor asupra biochimismului respirației plantelor, întreprinse la Institutul Academic Imperial din Petrograd și în Germania, la Würzburg și Marburg (1909-1912); docent universitar în fiziologie și chimie vegetală al Facultății de Științe din Universitatea București (1913); chimist legist pe lângă Ministerul de Justiție (1914-1917); farmacist militar cpt. (r), comandantul navei sanitare Turtucaia (1916-1918); șef de lucrări în Laboratorul de Fiziologie Vegetală al Institutului Botanic din București, apoi ca docent, la Catedra de Fiziologia Plantelor a Universității din București; profesor de Chimie Farmaceutică și Galenică la Facultatea de Medicină a Universității din Iași (1916-1920), profesor titular (1920-1925); profesor de chimie analitică la Facultatea de Far-

macie din București (1925-1941) și decan (1927-1931). A organizat și înzestrat laboratorul de chimie analitică cu aparatura și materialele necesare, nu numai pentru instruirea studenților, dar și pentru cercetarea științifică, înființând în același scop, și un cerc de referate (1929); membru al Academiei de Chimie și de Farmacie din Franța și al Academiei Regale de Farmacie din Spania, membru al Academiei de Științe și de Medicină și al Societăților de Chimie Biologică, de Medicină Legală și de Științe Farmaceutice din România, membru al Comitetului Permanent al Oficiului Internațional de Chimie și Președinte al Societății de Chimie din România și al Societății Anonime Industriile Chimico-Farmaceutice din București; decorat cu: „*Legiunea de Onoare*” în gradul de cavaler al Republicii Franceze (1936), medaliile «*Meritul Agricol*», decernat de Academia Agricolă din Spania și „*Meritul Sanitar*”, ordinele „*Steaua României*” și „*Coroana României*” pe timp de pace; titlul de „*doctor honoris causa*” al Facultății de Farmacie din Paris (1939); între cele 66 de lucrări publicate se numără „*Codexul Medico-Farmaceutic*” (1927, Iași, în colab. cu dr. farm. L. Coniver) și varianta franceză «*Index Médico-Pharmaceutique*» (1937, Edit. Masson, Paris, în colab. cu R. Fabre și M. Tiffeneau) [34].

(Bibliografia la autor.)

## INTERVIU CU PROFESOR DR. DOCENT DUMITRU CURCA, PĂRINTELE FIZIOPATOLOGIEI MODERNE, OM DE ȘTIINȚĂ ȘI PATRIOT BUCOVINEAN

### „MOMENTE DIN GENEZA MEDICINII VETERINARE NAȚIONALE”

Dr. George M. Gheorghe, București

**MOTTO:** *Medicina umană salvează omul, cea veterinară, omenirea...*

(Louis Pasteur 1822-1895,  
chimist francez de talie mondială)

**PROLOG:** BUCOVINA, istoric și pitoresc teritoriu național românesc, pe care răștrămoșii noștri l-au aparat pe treptele timpului, cu jertfă de sânge, pentru a nu fi înstrăinat. Pitoreasca regiune în nord-estul Carpaților Orientali, parte a teritoriului Moldovei, cedată de turci Austriei în 1775, spun cărțile de istorie și care, în 1918, în condițiile destrămării Austro-Ungariei s-a reunit firesc cu MAMA România.

P.S. AURELIAN, în monografia sa intitulată BUCOVINA, tipărită în 1876, preciza că: Austria și-a însușit din Moldova noastră, peste două milioane de pogoane, cu 74.000 mii de locuitori, iar la timpul respectiv, o buna parte din populația autohtonă, nesuportând evenimentele, s-a refugiat spre inima Țării Moldovei din dorința de a scăpa și de prigoana religioasă. Devenind DUCATUL BUCOVINEI în 1849, s-a unit cu România la 15/28 noiembrie 1918. În 28 iunie 1940, urmare a pactului criminal RIBBENTROP-MOLOTOV, partea sa de nord împreună cu Basarabia și Ținutul Herța au fost ocupate de URSS devenind Regiunea Cernauți, azi aparținând Ucrainei!

Conform datelor istorice, în Bucovina românească au trăit în armonie cca. 11 etnii, care au practicat tot atâtea credințe religioase, unele dintre acestea existând și în prezent. Colaborarea interetnică din Bucovina a fost comparată cu situația din Tirol (land în vestul Austriei, în Munții Alpi având 12,6 mii km pătrați cu o populație de cca. 600.000 locuitori, unde se practică din plin turismul și alpinismul) și Cipru (insula în

Marea Mediterană cu o suprafață de 9251 km pătrați, cu capitala la Lefkosia; din 1974 turcii având treimea de nord-est a insulei, declarată unilateral Republica Turcă a Ciprului de Nord, în timp ce restul de două treimi aparține Republicii Cipru și are capitala la Nicosia cu o populație de 776.000 locuitori).

În aprecierile opiniei publice, Bucovina a mai fost socotită ca o „mică Elvetie” a estului european. Până la titulatura de Bucovina, acest ținut a mai purtat pe rând, numele de: ȚARA DE SUS, ȚARA MOLDOVEI, PLOINA, CODRUN și ARBOROASA (apelativ reafirmat de un grup de studenți români patrioți, renumiți din Cernauți (CIPRIAN PORUMBESCU, 1853-1883, compozitor născut la Sipotele Sucevei – azi purtându-i numele, autor al operetelor CRAI-NOU, CANDIDATUL LINTE, realizator de muzică corală “TREI CULORI, multă vreme imn național”: ZAHARIA VORONCA și CONSTANTIN MORARIU.

Tot în plan național-istoric, din această zonă ne mandrim cu nume celebre: MIHAI EMINESCU (1855-1889, cel mai mare poet național); GEORGE ENESCU (1661-1955, compozitor, violonist, pianist, dirijor, profesor și muzicolog de talie mondială); NICOLAE IORGA (1871-1940, istoric român, critic literar și dramaturg, poet, scriitor, memorialist și om politic, ucis de legionari); ȘTEFAN LUCHIAN (1868-1916, pictor renumit, și „poetul plastic al florilor”); DIMITRIE NEGREANU (1858-1908, fizician și cercetător științific); GRIGORE ANTIPA (1867-1944, biolog, zoolog, ecolog, ihtiolog, oceanolog, profesor universitar); DIMITRIE POMPEI (1873-1954, matematician de excepție, academician); SANIELEVICI SIMION (1870-1963, academician, matematician); CONSTANTIN GANE (1885-1962, scriitor și istoric); PĂRINTELE CLEOPA (1918-1998, arhimandrit și stareț la Mănăstirea Sihăstria, scriitor, filozof, istoric); PATRIARHUL TEOCTIST (1915-2007, patriarh al Bisericii Ortodoxe Române ÎNTRE ANII 1988-2007, CUNOSCĂTOR ȘI

SUSTINATOR AL MEDICINII NAȚIONALE ȘI AL CRUCII ROȘII ROMÂNE); GRIGORE ALEXANDRU GHICA (1807-1867, ultimul domn al Principatului Moldovei); ION GHERMAN (1920-2014, profesor doctor în domeniul parazitologiei umane, eseist, scriitor, memorialist, președintele și inițiatorul Societății Culturale a Ținutului Herța, expert O.M.S.).

Mă opresc aici, în atmosfera emoționantă a timpului istoric, pentru a menționa, fără exagerare, pe un mare sufletist și apreciat reprezentant al lumii medicale veterinare românești și internaționale, patriot al neamului românesc, din tată în fiu

Prof. Dr. Doc. DUMITRU CURCA, parintele fiziopatologiei moderne veterinare naționale, pe care, în uvertura interviului, l-am rugat să puncteze și câteva date biografice legate de locurile bucovinene

– Prof. Dr. Doc. DUMITRU CURCA: înainte de a vă răspunde la întrebarea vizând locul meu de baștină, îmi permit, cu voia Dumneavoastră, să completez cu alte câteva nume, vizând personalitățile zonei Bucovinei, respectiv: MIHAI SORBUL (1885-1966, dramaturg interbelic); DUMITRU MURARASU (1896-1984, critic literar); OCTAV BANCILĂ (1872-1944, pictor); GHEORGHE CUCIUREANU (1814-1886, academician și om politic); OCTAV ONICEANU (1892-1983, matematician); VICTOR TUFESCU (1908-2000, geograf); ELISABETA LIPA (1964- , canotoare de renume mondial). Așadar, în nostalgia amintire vă subliniez că m-am născut pe 5 iulie 1942 în pitoreștile plaiuri ale comunei TISAUTI, azi IPOTESTI, jud. Suceava, la fel ca marele nostru poet Mihai Eminescu, fapt care mă onorează. După absolvirea Liceului Teoretic nr. 2 din Suceava în 1960, mi-am îndreptat pașii spre marea mea pasiune, medicina veterinară, la Facultatea de Medicina Veterinară din București, la acea dată unică de acest profil din România. Fiind admis printre primii (după cinci teste scrise și patru orale cu nota 10), eu, puilul de țăran venit din nordul țării, în toamna anului 1965 am absolvit ca șef de promoție cursurile acestei facultăți. Desfășurând de atunci, cu pasiune și devotament o multilaterală activitate didactică, științifică și metodică, organizată și pusă în slujba ridicării prestigiului profesiei medical-veterinare și patriotismului bucovinean național românesc. Din echipa examiantorie a acelor timpuri îmi aduc respectuos aminte de personalități precum: Prof. Dr. VASILE GHEȚIE (n. 1903, sat Berința, Maramureș, academician, Prof. Dr. în domeniul morfologiei animale), Prof. Dr. C. C. PARHON la fiziologie, prof. Dr. L. M. BURUIANA la chimie și un Prof. Dr. la Bazele Darwinismului al carui nume nu l-am ținut niciodată minte. Nu pot uita că, alegerea acestei specialități are legătura directă cu locul meu natal, aflat pe malul drept al râului Suceava, la 4 km de cetatea de scaun a Moldovei Medievale... unde sătenii practicau cu pasiune agricultura, creșterea animalelor domestice și a păsărilor de casă. De mic copil am participat cu mare dăruire la toate aceste îndeletniciri, alături de părinții și rudele mele deprinzând astfel dragostea pentru medicina veterinară.

– Totuși, pentru tânara generație de medici veterinari, ale căror condiții de formare sunt deosebit de bune, atât sub aspect profesional-organizatoric cât și ca perspectiva în viață, ar fii bine de cunoscut și câte ceva, din perioada formării Dumneavoastră medical-didactic.

– Prof. Dr. Doc. DUMITRU CURCA: Desigur că, pe vremea devenirii mele ca medic veterinar – profesie de care sunt mândru și care istoriceste gândind este mai veche decât medicina umană, condițiile erau altele față de acum. Activitatea de laborator și practica medicală se derulau, având ca materie primă cai și uneori câini, iar cea de „Clinica veterinară” se efectua pe animale de rentă. În fiecare CAP (Cooperativă Agricolă de Producție) și GAS (Gospodarie Agricolă de Stat) sau la Abatorul Central din București la finele fiecărui an de studii, făcându-se stagii de practică; la fel în ferme și alte instituții de profil.

– Și fiindcă am intrat în domeniul medicinei veterinare, încă din vremea CODEXULUI HAMURABI (1700 î.H.), s-a înregistrat

începutul vindecării de animale (MUNSIU pentru boi și asini), precum și elemente de deontologie (onorariu, obligații materiale, etc.) iar după anul 271, pe teritoriile românești s-au semnalat, prezența de popoare migratoare care erau însoțite de crescători de animale ce aveau propriile lor metode de vindecare. Ar fi bine de cunoscut și primele elemente de istorie a medicinei veterinare naționale

– Prof. Dr. Doc. DUMITRU CURCA: Desigur, istoria ne informează că, odată cu trupele de spahii ale otomanilor, în secolul XV, pe teritoriile naționale au apărut și NALBANDBALTARII (potcovari veterinari, ce aveau ca sarcină supravegherea sănătății animalelor, îndeosebi a cailor, așa numiții HAIVAN-DOCTORI).

Apoi, în secolul XVI, în Transilvania și Banat sunt semnalate OLEICARII profesioniști, de origine slovacă, cu activitate empirică, în grupuri de 2-3, cu dulăpioare în spate, aducând uleiuri de rășinoase și balsamuri, folosite ca leacuri pentru animale mari și chiar mici. Cronicile vremii mai arată că în Moldova, de sănătatea animalelor, se ocupau „VORNICEII SATELOR”, care le și ardeau cadavrele când mureau. Și, din surse de arhivă documentară veterinară, mai aflăm că, între anii 1500-1900 apar și primele activități în domeniu.

În acest context cunoscând prezența lui IOAN CIUPARENCO (1810-1870), absolvent la Budapesta și autor de cărți cu profil medico-veterinar; în Transilvania inițiindu-se și primele cursuri de medicină veterinară în cadrul „SCOLII MEDICO-CHIRURGICALE” la Cluj (1787-1881). Aceasta fiind și prima instituție din țară, unde pe lângă medici umani s-au format și medici veterinari, cum au fost: VASILE CORNEA (absolvent în anul 1868, magistrul în chirurgie „obsteritie și veterinaru”) care fiind la Vișeu de Sus, jud. Maramureș, scrie în anul 1876 cartea „VETERINARULUI DE CASĂ”; SIMEON STOICA, absolvent în anul 1870, de asemenea magistrul chirurg veterinar care publică la Sibiu în anul 1871 „TRATATUL BOALELOR ACUTO-INFECTOARE”.

În Moldova, datorită excelentelor rezultate obținute de GIMNASIUL VASILIAN, GHEORGHE ASACHI (1788-1868 întemeietorul învățământului și presei), hotărăște înființarea unei ȘCOLI SUPERIOARE cu profil academic, unde să se predea și cursuri veterinare.

În Muntenia, la începutul anului 1861, după Unirea Principatelor, s-a deschis la București, prima ȘCOALA DE MEDICINĂ VETERINARĂ, care după desființarea și reorganizarea ei, între anii 1864-1871, intra într-o nouă etapă. Iată câteva nume de renume medici veterinari ai timpului: LOUIS VINCENT (1851-1893), născut la Lyon, în Franța, dar format ca medic veterinar la Școala din București, ce devine medic șef în specialitatea sa în Capitala; ALEXANDRU LOCUSTEANU (1848-1922, o mare personalitate profesională care a obținut titlul de președinte al Societății de profil din Paris și Londra; ION POPESCU (1843-1899, alt reputat medic veterinar format la Școala Bucureșteană; CONSTANTIN FOMESCU (1838-1869, născut la ORAVIȚA ROMÂNĂ, a învățat la Budapesta, iar la întoarcerea în țară în 1864 a devenit primul dascăl veterinar care a pus „SCALPETUL” în mâinile studenților veterinari). Să nu uităm că, PĂRINTELE medicinei moderne românești-umane și veterinare, a fost marele om de știință și cultură medical-socială, generalul Dr. CAROL DAVILA (1828-1884, născut la Parma, Italia, medic român de origine franceză, organizatorul Serviciului medical militar și civil, al Ocrotirii Sănătății Publice și al Crucii Roșii Romane.

În 1864 a absolvit prima serie de medici veterinari pregătiți în țară, iar în 1865 s-au înființat primele servicii veterinare județene. Oficiile veterinare de frontieră luând ființa în anii 1898-1899.

Nu trebuie omis faptul că, în 1883, sub coordonarea lui ALEXANDRU LOCUSTEANU avem cunoștință de „ȘCOALA VETERINARĂ” care trece în subordinea Ministerului Agriculturii, iar în 1921 se votează legea transformării acesteia în

Facultate. Între anii 1921-1948 a fost integrată în Universitatea București, iar în anul 1948 intra în componența Universității de Științe Agronomice și Medicină Veterinară.

Pe parcurs, sub aspect locativ și organizatoric au fost și alte „treceri”, intrând în normalul firesc după 1990. Mai reamintesc și existența altor Facultăți de Medicină Veterinară la Arad (1948-1957, desființată nemotivat), Iași (înființată în 1961), Cluj (Facultatea având profilul zoo-veterinar în perioada anilor 1962-1963 - 1968), Timișoara (înființată cu profilul zoo-veterinar în anii 1962-1963 - 1968).

- Cu acceptul Dumneavoastră, stimate domnule Prof. Dr. DOC. DUMITRU CURCA, subliniez, respectuos și admirativ, înființarea INSITUTULUI PASTEUR din București, în anul 1895, în cadrul ȘCOLII SUPERIOARE DE MEDICINĂ VETERINARĂ. La început, sub denumirea de INSTITUT DE VIRUS VACCINAL, devenit în timp „INSTITUTUL DE SERURI ȘI VACCINURI, prin recunoscutele eforturi ale Prof. Dr. PAUL RIEGLER (1867-1936), în colaborare cu reputații doctori VICTOR BABEȘ (1854-1926) și IOAN CANTACUZINO (1863-1934). Aici s-au realizat în timp VACCINUL ANTIVARIOLIC (destinat imunizării populației umane), prepararea tuberculei, serurilor antitetanice, antirujeolice, și alte numeroase vaccinuri pentru animale. Având rol decisiv și în menținerea potențialului combativ al armatei române în timpul razboaielor din 1913, 1916 și 1918. După mai multe organizări, în anul 1998 s-a transformat în SOCIETATEA NAȚIONALĂ, INSTITUTUL PASTEUR. Contribuind la eradicarea și unor boli epizootice: VARIOLA OVINĂ, DURINA, MORVA, BRUCELOZA, FEBRA AFTOASA..., și reducerea incidenței altora (ANTRAX, PESTA PORCINA, TUBERCULOZA, etc.)

- Prof. Dr. Doc. DUMITRU CURCA: într-adevăr, acesta fiind un eveniment științific-medical de excepție, mai trebuie amintit sub aspect istoric și publicistic, că în perioada sus menționată au existat și publicații de profil cum a fost BULETINUL CORPULUI SANITAR MILITAR apărut în anul 1911, avându-l ca președinte pe gen. Dr. PAPILIAN, iar din colectivul de redacție făcând parte și medici veterinari cu talent gazetăresc. Din 1930 a existat o publicație de profil total veterinar - REVISTA SANITARĂ VETERINARĂ - al cărei redactor șef a fost un cunoscut medic veterinar, col. Dr. VINTILĂ RĂDULESCU. Și nu greșesc afirmând în acest context retrospectiv, caracterul profund patriotic atât al activității Insitutului Pasteur încă de la înființare cât și al medicilor veterinari.

- Stimate d-le prof. Dr. DUMITRU CURCA, cu mult respect și admirație sunt onorat de a vă cunoaște de peste 15 ani de când v-am întâlnit activând cu multa dăruire și dragoste față de tradițiile medicinei umane și veterinare (militare și civile) în cadrul ASOCIAȚIEI MEDICILOR MILITARI ȘI FARMACIȘTI, OFIȚERI DE REZERVĂ (A.M.F.O.R.) Pot afirma cu mâna pe inimă, că fiecare din super-documentatele dvs. EXPUNERI, încărcate de caracter științific și patriotic-naționale, au reprezentat, atât pentru mine cât și pentru întregul auditoriu, veritabile lecții de istorie, viață și optimism. Bine implementate, în profilul dvs. profesional, de realizator fiziopatolog, om de știință, creator dar și neobosit luptător național, pentru dreptate socială care prin munca neobosită și optimism a-ți devenit pentru noi toți un simbol al unei Românie mari și puternice în adevăratele sale granițe naționale și istorice.

- Prof. Dr. Doc. DUMITRU CURCA: Vă mulțumesc pentru aprecierile dvs. poate prea superlative dar sincere, în ceea ce mă privește vizând GLIA STRABUNĂ și DESCENDENȚA NOASTRĂ DACO-GETO-LATINĂ, Bucovina noastră dragă, parte importantă a teritoriului național însemnând pentru noi toți, atât un SIMBOL NAȚIONAL cât și o obligație de amintire a VIABILITĂȚII NEAMULUI ROMÂNESC, ÎN ADEVĂRATELE SALE GRANIȚE. Și, de ce nu, și o demonstrare a caratelor noastre intelectuale, pasiunea mea canalizându-se după cum știți către Medicina Veterinară. Învățând mereu de la dascălii mei, studiind, atât din literatura națională cât și străină, cu ambiție bucovineană,

„să fiu cât mai bun și cu mult peste”. Din Octombrie 1965 și prin concurs, am îndeplinit următoarele funcții: preparator la Fiziopatologie (1965-1969), facultativ ținând cursuri, asistent titular la aceeași disciplină (1985-1987), predând și la studenți; din anul 1986 girând catedra de Fiziopatologie. Sub aspect didactic și prin concurs am trecut prin toate fazele legale: șef de lucrări (1994), conferențiar (1995), profesor titular (2000), iar prin ordinul Ministerului Educației și Cercetării (2001) mi s-a oferit calitatea de conducător științific de doctorat, pentru domeniul fundamental „ȘTIINȚE MEDICALE - MEDICINĂ VETERINARĂ” (Fiziologie normală și patologică).

De asemenea, între anii 1990-2000 am predat cursul de Fiziopatologie și Lucrări practice la Facultatea de Medicină Veterinară din Universitatea Spiru Haret. În perioada 1994-1997 am desfășurat aceeași activitate la Facultatea de Medicină Veterinară a Universității Agrare de Stat din Chișinău, fiind și medaliat pentru eficiența activității mele. Preocupare, care, indiferent de locul de desfășurare s-a bazat pe o susținută muncă de cercetare științifico-teoretică și practică, elaborând peste 500 de comunicări în țară și peste hotare în conferințe, simpozioane, congrese, mese rotunde, etc.

Sub aspect didactic, fiind și autor a 11 manuale de cursuri și tot atâtea lucrări practice, apreciate pe plan național iar unele și peste hotare. Mai menționez ca sunt realizatorul a două „TRATATE DE FIZIOPATOLOGIE” apărute în mai multe ediții, însoțite de „MANUALE DE LUCRĂRI PRACTICE ȘI PROTOCOALE EXPERIMENTALE” între anii 2003-2007.

ASOCIAȚIA GENERALĂ A MEDICILOR VETERINARI din România m-a onorat cu MEDALIA PENTRU PROGRESUL MEDICINII VETERINARE, iar ASOCIAȚIA PARAZITOLOGILOR, cu DIPLOMA PENTRU MERITE DEOSEBITE în activitatea de dezvoltare și promovare a parazitologiei, în țară și străinătate. De aceeași atenție m-am bucurat și din partea INSITUTULUI DE DIAGNOZA ȘI SĂNĂTATE ANIMALĂ precum și cu ocazia prezenței mele ca reprezentant al României medicale veterinare, la congresele și simpozioanele din Ungaria, Cehia, Statele Unite ale Americii, Finlanda, Republica Moldova, etc.

- Stimate și iubite MAESTRE, despre activitatea dvs. Științifico-istorico-culturală s-a scris pe lângă revistele de specialitate medicale și culturale și în vestita Enciclopedie mondială WHO'S (ediția specială) și în Dicționarul Membrilor SCLAB, respectiv SOCIETATEA PENTRU CULTURA ȘI LITERATURA ROMÂNĂ ÎN BUCOVINA (1862-2012), la 150 ani. Sunteți de asemenea membru de onoare atât al ASOCIAȚIEI MEDICILOR VETERINARI DIN ROMÂNIA cât și al COLEGIULUI MEDICILOR VETERINARI și al SOCIETĂȚII ROMÂNE DE FIZIOPATOLOGIE VETERINARĂ. De aceea mă înclin cu respect în fața omului de știință bucovinean, care în mod sublim îmbină știința, cultura dragostea de glia străbună, cu mandria de a fi român patriot.

- Prof. Dr. Doc. DUMITRU CURCA: Recunosc cu emoție dar și cu mândrie strămoșească, că îmi place să studiez istoria neamului românesc, sa retrospectez și să scriu, tot ceea ce este legat de trecutul național și mai ales bucovinean, de prezent și posibilitățile viitorului. Iubesc până la dăruire Bucovina și România ȚARA MAMĂ și sunt emoționat profund de când confrății de breaslă din obștea bucovinenilor-bucureșteni, m-au ales ca Președinte al Filialei București a Societății pentru Cultura și Literatura Română din Bucovina în 2015. De atunci sărbătorind anual, cu mult simțământ patriotic, ZIUA BUCOVINEI.

\*\*\*\*\*

**EPILOG:** Istoricii latini spun că medicul care nu arată interes, blândețe și înțelegere față de pacienții săi, oameni și animale, înseamnă că este lipsit de vocație, pentru nobila profesiune aleasă, ratându-și cariera.

De altfel, însuși animalul suferind simte și apreciază ajutorul dat și este semnificativ, cazul sclavului ANDROCLES, condamnat să fie dat fiarelor, în celebrul COLOSSEUM (amfiteatru

monumental din Roma construit în timpul lui TITUS FLAVIUS VESPASIAN, 9-79 d.H., având formă eliptică, cu 80 randuri de gradene cu scaune și bănci și o capacitate totală de 80000 de locuri); el se făcea vinovat că fugise de la stăpânul său, un proconsul (magistrat roman, însărcinat cu guvernarea unei provincii din Africa); leul care trebuia să îl sfașie, după ce îl adulmecă, îl privi neagresiv și se culcă liniștit la picioarele lui, recunoscând în acesta pe cel care, în deșertul african, îi extrăsese un ghimpe înfipt în laba unui picior; datorită acestui act de recunoștință, sclavul a fost grațiat...

## PORTRET ANIVERSAR

### Dr. CORIOLAN POP

Dr. Felix Marian, Baia Mare

**S**-A NĂSCUT pe 3 septembrie 1939 în comuna Apa, sat Someșeni (jud. Satu Mare). A urmat studiile elementare în comuna natală între 1946-1951. A continuat studiile medii la Liceul „Vasile Lucaciu” din Carei absolvind în 1957. A urmat IMF Cluj, Facultatea de Medicină Generală – promoția 1964.

A fost medic intern în clinicile din Cluj în perioada 1963-1966. A fost repartizat după absolvire ca medic de medicină generală la circa sanitară Groși – Baia Mare, unde a lucrat între anii 1966-1972. A fost medic secundar chirurgie generală prin concurs între anii 1972-1975 cu pregătire de specialitate la Clinica III Chirurgicală Cluj, medic secundar (rezident) între 1974-1975 la Spitalul Județean Baia Mare. A devenit medic specialist în 1975, în urma examenului susținut și a lucrat în această calitate între anii 1975-1981 la Spitalul Județean Baia Mare.

În 1980 a dat examen de medic primar desfășurându-și activitatea între anii 1981-2008 la Spitalul Județean Baia Mare. În perioada 1986-2003 a fost medic șef de secție Chirurgie Generală.

A îndeplinit funcții în organizarea și managementul sanitar al județului Maramureș. Astfel în perioada 1981-1986 a fost medic șef al Policlinicii I Spitalul Județean, iar între 1994-



1996 a fost medic director al Direcției Sanitare a Județului Maramureș.

În anul 1987 și-a susținut Teza de Doctorat la Clinica Chirurgie I Cluj-Napoca, cu tema: „Cercetări privind etiopatologia și morfofiziologia colecistopatiilor nelitiazice”.

În iunie 2008 s-a pensionat, dar a lucrat în continuare până în 2011 ca medic primar chirurg la Spitalul privat EUROMEDICA HOSPITAL Baia Mare. Din 2011 până în prezent este președinte al Companiei Farmaceutice AC HELCOR.

În paralel cu activitatea profesională propriu zisă a efectuat și pregătire de specialitate perfecționare profesională. A elaborat, comunicat și publicat peste 60 de lucrări științifice ca autor sau coautor. A participat activ la numeroase congrese, simpozioane, pe teme de specialitate. Pe plan local, județean a organizat și participat la consfătuiri județene pe teme ca: „Colecisto-pancreatitele acute”, „Dificultăți de diagnostic în bolile digestive”, „Traumatismele abdominale” etc. Este membru al Societății Naționale de Chirurgie și membru în colectivul de redacție al revistei „Chirurgia”, membru al Asociației de Chirurgie bilio-pancreatică și Chirurgie laparoscopică.

LA MULȚI ANI CU SĂNĂTATE!

## MEDICINA ÎN EPOCA ȘTEFANIANĂ ȘI BOLILE VOIEVODULUI 515 ANI DE LA MOARTEA LUI ȘTEFAN CEL MARE ȘI SFÂNT

Dr. Valeriu Lupu, Vaslui

*În anul 1504, în 2 iulie, marți, ora 1 după răsăritul soarelui, din voia destinului, muri Ștefan voievodul Moldovei împovărat de lupte, bătrânețe și podagră. Natura îl făcuse norocos, isteț și viteaz (...)*

Jan Dlugosz – cronicar polonez

### Introducere:

Abordarea medicală a vieții marelui voievod al Moldovei, Ștefan cel Mare, datează încă din epoca cronicarilor care semnalează suferințele voievodului și fac referiri la modalitățile de tratament ale timpului. De-a lungul timpului însă, diverși cercetători, bazați pe aceste relatări, au încercat o încadrare diagnostică a patologiei domnitorului. Cu toate acestea, până astăzi, parte din suferințele domnito-

rului plutesc încă în zona incertitudinilor și presupunerilor. Această situație s-ar datora faptului că, din relatările cronicarilor și a contemporanilor voievodului, moartea lui Ștefan nu a fost de loc una „blândă” cum o descrie Nicolae Iorga, ci încărcată de chin și suferință, iar asupra funeraliilor, în afară de jalea pe care poporul a trăit-o pentru că rămânea fără „apărătură”, după spusele cronicarului Grigore Ureche, nu se regăsește descrierea pe care același Nicolae Iorga o face 400 de ani mai târziu.

Întâi de toate, pentru că relatările sunt puține, uneori incerte, subiective și chiar contradictorii, folosindu-se un limbaj empiric, de epocă și apoi, prin faptul că majoritatea celor care s-au preocupat de subiect nu erau medici, de aici și faptul că au fost tentați să privească suferința voievodului prin prisma medicinei contemporane lor, ceea ce face demersul puțin credibil și chiar inutil. De aici și locul pe care și-l găsește teoria asasinatului, de pildă (atât de dragă adeptilor teoriilor conspirative) și desigur, „incompetența medicilor” care „nu i-ar fi tratat cum trebuie boala și rana”, fără să se

țină seama de limitele științei medicale ale acelor vremuri. Iată de ce o scurtă incursiune în medicina timpului este mai mult decât necesară.

### Medicina Evului Mediu:

Epoca ștefaniană (1457-1504) se încadrează temporal istoric în perioada medievistă, în care nu se poate vorbi de o structură sau preocupare organizată privind sănătatea și starea de sănătate a populației, cu atât mai puțin, nu se poate vorbi despre medicină ca știință. Deși este vorba de secolul al XV-lea, medicina europeană încă era dominată de principiile lui Avicena și Galenus care considerau boala ca o tulburare a echilibrului umorilor organismului (sânge, bilă, limfă și urină) în raport cu elementele de bază ale naturii, adică; apa, focul, pământul și aerul.

Mai mult, această tulburare s-ar răsfrânge ca o pedeapsă divină pentru păcatele omenesci, iar ceea ce se poate face pentru bolnav este doar rugăciunea de iertare și asigurarea unei alimentații corespunzătoare și condiții de confort fizic și psihic, urmând ca lupta între cauza care produce boala (conform concepției hipocratice care spunea încă acum 2500 de ani că orice boală are o cauză naturală) și rezistența organismului, să decidă învingătorul, care de cele mai multe ori era boala. În această evoluție naturală a bolii "arta medicală" nu intervine decât cu proceduri ritualice, ajutate de extracte naturiste din plante sau minerale; ceaiuri, decocturi, poțiuni, unguente, aplicații, venesecții (luări de sânge), purgative, clisme.

Acestor proceduri li se asociau și bărbierii chirurghi care, în plus, evacuuau colecții purulente, extirpau tumori, tratau plăgi și erau nelipsiți, mai ales în campaniile militare pentru a trata rănilor de război. Anestezia pentru intervenții se limita la administrarea de băuturi alcoolice tari și opiacee, iar noțiunile de aseptie și antisepsie lipseau cu desăvârșire. Însăși noțiunile de profilaxie și igienă, atât de actuale și dezbătute astăzi, nu erau cunoscute. Ele vor apare ca principii de bază ale sănătății publice abia în secolele XVIII-XIX odată cu descoperirile lui Lister în domeniul asepției și antisepsiei (1869), a vaccinării jeneriene (de către Jener la 1796) care va eradică variola (vârșatul negru – boală epidemică cu mortalitate excesiv de mare), urmată de apariția "hultuitorilor" de profesie care realizau vaccinarea jeneriană prin scarificarea tegumentului și aplicare de serozitate veziculară.

Însăși noțiunile de igienă publică, apă curentă, canalizare, igienă comunitară, igienă alimentară, cunoscute din antichitate și abandonate odată cu dispariția Imperiului Roman, vor reapare târziu în Europa, impuse ca o necesitate, îndeosebi de aglomerările urbane. Abia în secolul al XVIII-lea, considerat ca secolul "igienismului european", sursele de apă, canalizarea, depozitarea gunoaielor și deșeurilor, vor fi considerate ca vectori ai bolilor endemice și epidemice care decimau populații întregi, iar în secolul al XIX-lea și al XX-lea se vor pune bazele științifice ale raporturilor de cauzalitate între boală și cauza care o generează, de aici prima clasificare științifică a bolilor în funcție de cauzele care le produc, realizată de francezul Etienne Lancereaux și românul Nicolae Paulescu, în cel mai complet tratat de medicină internă scris vreodată.

### Medicii voievodului Ștefan cel Mare

Preocupat de problemele țării, voievodul Ștefan cel Mare nu acorda prea multă atenție problemelor sale medicale. Preocupările sale în gestionarea țării vor da roade, pentru că Moldova cunoaște o perioadă de înflorire sub toate aspectele, fără precedent în istoria sa, cu deosebire însă sub aspectul comerțului, agriculturii, meșteșugurilor, artei și culturii, politicii interne și externe, permițându-și chiar o armată regulată care devenea nucleul mării armate a țării, atunci când împrejurările o cereau. Această "mare armată a țării" era formată în principal din răzeși, pătură socială de mijloc pe care voievodul o încuraja și susținea.

Înconjurat de dușmani hrăpăreți și prieteni vicleni, voievodul era foarte atent în relațiile cu vecinii, practicând o politică echilibrată și înțeleaptă, ceea ce avea să-i asigure o domnie îndelungată. Reușita campaniilor sale militare (din 44 de războaie a pierdut doar două), au făcut ca Moldova să fie lăudată de străini, temută de dușmani și adulată de prieteni, astfel că Ștefan devenise o figură importantă la nivel european, mai ales că ținea tătarii și otomanii la porțile Europei. Solicitățile voievodului erau auzite la cancelariile europene și nu puțini au fost aceia care i-au oferit sprijin, chiar și medical, trimițându-i cei mai buni medici pentru a-i vindeca suferința care spre bătrânețe se accentua tot mai mult.

La vremea aceea medicii erau rari, instruiți de regulă în centrele medicale europene ale timpului, îndeosebi la Salerno, Bologna, Veneția, Padova, Paris, Londra și mai târziu Viena, fiecare creindu-și apoi propriul renume. Caracterul ritualic și religios domina practica medicală și mergea până acolo încât medicii practicieni nu aveau voie să se căsătorească, situație ce va fi întâlnită până în secolul al XVI-lea. Dedicându-se artei vindecării, medicii acelor timpuri aveau un statut special în societate și chiar purtau o înbrăcăminte specială formată din robă neagră cu guler alb și o glugă specială cu ciucure. Elaborările lor diagnostice erau mai degrabă evaluări filosofice, plecând de la observația clinică a bolnavului și umorilor sale, iar abordările practice sub aspectul examenului clinic și investigațiilor erau inexistente, ca să nu mai vorbim de abordarea terapeutică care se rezuma în principal la farmacopeea naturistă.

Din hrisoavele vremii și scrierile cronicarilor moldoveni, polonezi sau unguri, sunt cunoscuți un număr de șapte medici trimiși de curțile europene, majoritatea venețieni (după preferința domnitorului) pentru că Ștefan nu avea încredere în medicii trimiși de boierii săi, la mijloc fiind de bună seamă teama unui complot.

Referire la acești medici se va face mai ales după anul 1500, când suferința domnitorului se agrava pe zi ce trece, agravare la care contribuia și vârsta înaintată (peste 70 de ani). Primul medic, trimis de dogele Veneției Leonardo Loredano, a fost doctorul Mateo Muriano care nu reușește în încercarea sa de a trata rana de la picior. Va pleca la Veneția pentru a aduce medicamente, dar nu va mai ajunge în Moldova pentru că va muri pe drumul de întoarcere. La solicitarea insistentă a voievodului, va veni un alt medic venețian, Ieronim da Cesena, urmat la scurt interval de Leonardo de Massari trimis de regele Vladislav Jagellone al Ungariei care, îi și scria cu tristețe dogelui Veneției "Domnul Moldovei e chinuit de o boală lungă și a ajuns la grele bătrâneți".

În anul 1503 se vor mai prezenta la curtea domnească doctorii George Piemonte, Alesandro Veronese, chirurgul german Johan Klingensporn, medicul evreu Șmill, trimis de hanul tătarilor din Crimeea și un bărbier chirurg de la Buda. Încercările medicale s-au dovedit ineficiente, așa încât medicii au hotărât să recurgă la un gest extrem, căruia Ștefan nu i-ar fi rezistat și anume; cauterizarea cu fierul înroșit în foc a răni de la picior, pentru că guta îl anchilozase complet, iar pe acest fond rana se extindea cu repeziune. Cu toate acestea, chinuit de boală, domnitorul are puterea să-și impună ca urmaș la domnie pe fiul său, Bogdan al III-lea (cel orb), 1504-1517, cu care de altfel semna actele domnești încă din 1497.

### Suferințele lui Ștefan cel Mare

Dincolo de alura fizică athletică și bine făcută, ce presupunea o rezistență deosebită la efort, voievodul era chinuit de o rană veche la piciorul drept care nu se va vindeca niciodată, cu toate încercările "medicale" întreprinse de medici vestiți ai epocii. Cu toate acestea el nu i-a acordat importanța cuvenită, pentru că și epoca în care a trăit și grijile țării nu i-au îngăduit aceasta. De o inteligență scilpitoare, extrem de atent și sus-

picios, era întotdeauna cu un pas înaintea celor care-i voiau răul și îl găseai acolo unde te așteptai cel mai puțin, ceea ce i-a asigurat 42 de victorii din cele 44 de războaie purtate de-a lungul celor 47 de ani de domnie pe tronul Moldovei. Acest record războinic, neegalat în istoria Europei, presupunea o preocupare permanentă, ceea ce la nivelul unui an, de pildă, însemna trei luni pe tronul Moldovei și nouă luni în campanie de pregătire pentru război. Aprig și hotărât în luptă era mereu în mijlocul oștenilor săi, atât în pregătirea de război, cât și în timpul luptelor încurajându-și ostașii prin exemplul personal.

Ceea ce avea să se transforme într-un adevărat handicap fizic va fi evoluția unei boli cronice pe care o avea și anume podagra (în termeni moderni, guta), boală cunoscută la vremea aceea ca boală boierească, a consumatorilor de carne de vânat, boală ce făcea victime în clasa avută și chiar victime printre domnitorii țării (Radu cel Mare, Radu Șerban și chiar Alexandru Lăpușeanu). Astăzi boala este bine cunoscută ca fiind o boală metabolică determinată de acumulare de acid uric (rezultat din metabolismul purinelor) prin absența unei enzime - uricaza (descompune acidul uric în allantoină, uree și glicocol) - care se va depune sub formă de cristale cu predilecție în învelișurile articulare și periarticulare conducând în timp la anchiloză grave, dar și la nivelul viscerelor îndeosebi; rinichi, ficat, cord, conducând la insuficiență de organ (cel mai frecvent insuficiență renală cronică) sau insuficiență pluriorganică când sunt interesate și alte organe.

Favorizată de frig (acelerează cristalizarea acidului uric și depunerea sa), boala are o evoluție cronică, cu perioade de acutizare în care durerile articulare, în special la nivelul membrului inferior, sunt groaznice și perioade de acalmie, în care simptomatologia bolii se ameliorează foarte mult. Apariția manifestărilor clinice în evoluția bolii este precedată de o lungă perioadă asimptomatică, explicându-se astfel debutul bolii în decada a treia sau a patra de viață. Această boală, considerată ca o boală de fond (ca și diabetul, sau obezitatea, de exemplu), poate explica persistența și suferința cronică generată de o rană căpătată la piciorul drept în campania militară din 1462 pentru redobândirea cetății Chilia când, un glonte genovez sau o ghiulea de bombardă, avea să-i zdrobească glezna dreaptă interesând și osul, rană care nu se va vindeca niciodată.

Încercând o explicație fiziopatogenică, prin prisma cunoștințelor de astăzi, credem că este vorba de o osteomieliță cronică nonbacteriană (rana nu a supurat niciodată și a răspuns la aplicațiile locale de antiseptice naturiste) a cărei vindecare a fost imposibilă din trei motive principale; întâi de toate localizarea ei se afla într-o zonă anatomică slab vascularizată (mimând evoluția unui ulcer varicos de gambă, de exemplu, nevindecabil din cauza vascularizației deficitare), context în care se asociază și tulburări trofice locale ce împiedică astfel formarea cicatricei. Persistența rănii va fi favorizată de prezența gutei ca boală metabolică de fond, indiferent de faza evolutivă, dar mai ales în faza simptomatică.



și nu în ultimul rând însuși osteomielița care incriminează în fiziopatogenia sa un mecanism imun local deficitar care ar autoîntreține procesul inflamator cronic.

Cât privește localizarea rănii trebuie să-i dăm crezare lui Barbu Ștefănescu Delavrancea care în construcția personajului domnitorului din drama sa "Apus de Soare" face precizarea în scena patru din actul întâi că "de câte ori îmi înfășor pulpa dreaptă zic doamnei Oana, piciorul meu" pentru că în crearea unui personaj detaliile sunt importante. Oricum, rana se va agrava pe măsura înaintării în vârstă obligându-l pe domnitor să folosească bastonul, să șchiopăteze din ce în ce mai vizibil și, cel mai rău, să nu mai poată încăleca calul și astfel să nu mai participe activ la război, el, a cărui faimă războinică impresionase Europa acelor timpuri prin calitățile sale de luptător viteaz. "Este un om foarte înțelept și demn de mare laudă, foarte iubit de supuși căci e blând și drept, foarte vigilent și darnic" consemna medicul său Mateo Muriano în memoriile sale. "Vitejia și succesul lui Ștefan erau cunoscute la popoarele vecine pentru experiența în chestiunile militare și faptele celebre săvârșite contra turcilor, tătarilor și ungarilor" consemna cronicarul polonez Wapowski. "Aceste calități, cunoscute la curțile Europei, l-au făcut pe Sigismund, regele Poloniei, să-l numească Stephanus ille Magnus" (Ștefan cel Mare), renume cu care va străbate istoria până în 1991 când i se va adăuga și calitatea de Sfânt, odată cu cano-

nizarea sa de către Biserica Ortodoxă Română.

### Sfârșitul lumesc al voievodului și disputele posterității

Cauza morții voievodului a rămas teren de dispută de-a lungul vremii, dar mai ales de când există încercarea tenace de a valorifica trecutul istoric al poporului din perspectiva identității naționale. În fapt sau cristalizat patru ipoteze care ar putea explica ultima parte a vieții domnului moldovean, a cărui ieșire din istorie a fost mai puțin spectaculară decât i-a fost viața, după cum ne asigură izvoarele istorice.

**Prima ipoteză** este cea a unui om încărcat de ani, de suferințe cronice, războaie și neliniște din cauza grijiilor țării, ajuns la vârsta de 71 de ani, vârstă venerabilă pentru acele vremuri când durata medie de viață era sub 40 de ani. "Nu multă vreme dacă s-au întors Ștefan Vodă de la Pocuția la scaunul său, la Suceava, (spune cronicarul Grigore Ureche), fiindu bolnav și slabu de ani, ca un om ce era într-atâtea războaie și osteneală și neodihnă, în 47 de ani în toate părțile se bătu cu toții și după multe războaie cu noroc ce au făcut, cu mare laudă au muritu marți, iulie două zile (Letopisețul țării Moldovei de când s-au descălecat țara). Conform acestei ipoteze pare un sfârșit pașnic și liniștit în care predarea și preluarea puterii la nivel de conducător a fost una pașnică și fără incidente, ceea ce pare a contrazice adevărul istoric.

**A doua ipoteză** ar fi că sfârșitul domnitorului s-ar fi datorat încercării nereușite a doctorilor de a cauteriza rănilor care se extindeau în ultimele luni ale vieții. Cei trei doctori, venețianul Ieronimo da Cesena, evreul Șmil trimis de hanul tătarilor și neamțul Johan Klingensporn de la Nurenberg,

hotărăsc efectuarea cauterizării cu fier înroșit pe care domnitorul o suportă cu stoicism, dar se pare că i-ar fi grăbit sfârșitul.

Desigur, judecate lucrurile prin prisma cunoștințelor de astăzi, procedura era total contraindicată. În primul rând pentru că agravează evoluția plăgii mai ales pe fondul gutei, care era și cauza degradării stării de sănătate a voievodului la vârsta când oricum resursele biologice la capitolul vitalitate erau limitate. În plus, procedura deschidea o largă poartă de intrare pentru germeii bacterieni (necunoscuți la vremea aceea), deci riscul infecției devine iminent. Aplicat intempestiv acestea puteau grăbi sfârșitul domnitorului ceea ce în bună parte s-a și întâmplat în perioada imediat următoare procedurii. Ferbințeala pe care Ștefan o acuza, cefaleea și setea exagerată pot fi apanajul unei stări septice cu punct de plecare rănile deschise pe fondul insuficienței pluriorganice generată de boala de fond, guta.

**A treia ipoteză** ar fi cea a asasinatului, sprijinită de faptul că Ștefan a avut dușmani de temut pe toată durata domniei sale, destul de vizibili chiar și în preajma morții sale. Caracterizarea lui Grigore Ureche "iute la mânie și degrab vărsătoriu de sânge nevinovat", dincolo de subiectivismul imputat cronicarului, cuprinde un sămbure de adevăr. Este și motivul pentru care voievodul era foarte suspicios cu anturajul său și mai ales când era vorba de medicii care-l tratau. A refuzat sistematic medicii caselor boierești de teama unei tentative de asasinat sau complot, singurii medici în care avea încredere fiind medicii venețieni sau medicii trimiși de la curțile europene. Autoritatea sa a rămas neștirbită până în preajma morții sale când reușește prin forță să-l impună pe fiul său Bogdan ca succesor la tron în ciuda urzelilor pentru celălalt fiu al său Ștefan aflat în așteptare la Constantinopol. Documentele vremii nu consemnează nici o tentativă de asasinat.

În sfârșit, **a patra ipoteză** care ni se pare și cea mai plauzibilă este moartea prin complicațiile organice ale gutei care a condus către insuficiențe pluriorganice, între care cea mai redutabilă este insuficiența renală și insuficiența cardiacă. Astăzi insuficiența renală și cardiacă este rară în evoluția bolii, datorită posibilităților diagnostice și terapeutice, dar în trecut, în istoria naturală a bolii, în evoluția firească a bolii se dezvolta o nefropatie cronică gutoasă care sfârșea în insuficiență renală sau, la fel de grav, se instala o insuficiență cardiacă prin acumularea factorilor de risc cardiaci; hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, diabet și sindromul X metabolic aspecte total necunoscute la acele vremuri.

Așa că, expresii frecvent întâlnite chiar la istorici de profesie cum că "rana de la picior nu a fost îngrijită cum trebuie (C Giurăscu, Ștefan Gorovei), sau afirmații sentențioase ca "este clar că voievodul nu a fost îngrijit cum trebuie, fără regim și tratament adecvat" (??) par complet deplasate dacă ne raportăm (așa cum ar trebui) la cunoștințele și posibilitățile medicale ale acelor vremuri. Nu mai puțin curioasă pare afirmația categorică din partea unui amator că "nu combinația propusă de unii specialiști dintre podagră și o rană care se deschidea duce la o cauză a morții concludentă" ca și cum o rană deschisă nu ar putea fi supusă oricând riscului unei complicații septice, de la supurație locală până la septicemie. Situația devine și mai critică când se adaugă acesteia complicația trofică și ischemică cu riscul trombozei, evoluții bine cunoscute astăzi și luate în calcul în abordarea terapeutică.

La rândul ei, podagra, ca boală de fond, poate agrava evoluția oricărui tip de rană, ca să nu mai vorbim de propriile ei complicații, necunoscute la vremea aceea, între care insuficiența renală și insuficiența cardiacă sunt cele mai redutabile ținând cont și de vârsta înaintată a domnitorului, care adăuga printre altele și uzura biologică cu reducerea potențialului vital pe care le presupune aceasta.

## Ștefan Vodă – între lumea de aici și lumea de dincolo

Este de notorietate istorică evlavia marelui nostru voievod care, după fiecare război, ridica o mănăstire sau biserică, iar victoriile le atribuia întotdeauna Proniei Cerești căreia i se cuvenea toată slava și mărirea, iar cei care îndrăzneau să-i atribuie lui succesul riscău pedepse aspre. Este motivul care a generat încă o enigmă legată de ultimii ani de domnie ai voievodului și anume aceea că Ștefan s-ar fi călugărit în ultimele zile ale vieții sale având conștiința încărcată pentru uriașele pierderi pe care le-a suferit Moldova apărându-și dreptul istoric de a exista, dar și pentru a face loc pe tronul Moldovei fiului său Bogdan al III-lea.

Așa s-ar explica lipsa funeraliilor cuvenite unui domn de faima lui Ștefan, funeralii care ar fi trebuit să fie deopotrivă, maiestuoase și fastuoase. În locul lor avem mărturia destul de modestă a cronicarului Grigore Ureche; "Iară pre Ștefan Vodă l-au îngropat țara cu multă jale și plângere în mănăstire în Putna care, era zidită de dânsul. Atâta jale era de plângeau toți ca după un părinte al său, că cunoștiau toți că s-au scăpatu de mult bine și multă apăratură. Ce după moartea lui, până astăzi îi zicu sveti Ștefan vodă, nu pentru sufletu, ce este în mâna lui Dumnezeu, că el încă a fostu om cu păcate, ci pentru lucrurile lui cele vitejești, carile nimeni din domni, nici mai nainte, nici după aceia i-au ajunsu (...). Au domnitu Ștefan vodă 47 de ani, două luni și trei săptămâni și au făcut 44 mănăstiri și însuși țiitoru preste toată țara".

Fără alte detalii care să fi marcat solemnitatea momentului, ultimul său drum pe pământul Moldovei, pe care l-a prețuit și apărât ca nimeni altul, ar fi fost în calitate de călugăr. Așa încât, lipsa acestor detalii s-ar datora faptului că fiind călugăr (s-ar fi călugărit în ultimele zile de viață eliberând astfel tronul pentru fiul său Bogdan Vlad), ar fi fost înhumat conform rigorilor cinului călugăresc, care se aplică deopotrivă monahilor, monahiilor și ierarhilor.

Cele două deshumări cunoscute, din anul 1758 și în 1856, au arătat fără echivoc că înhumarea s-a făcut conform tradiției creștine pentru călugări (fără sicriu, îmbrăcat într-o hlamidă domnească având imprimată cu fir de aur o cruce mare pe piept, ceea ce întărește poziția că voievodul s-a călugărit înainte de moarte și explică lipsa strălucirii domnești a înmormântării. Rațiunile gestului domnitorului par mai degrabă de ordin politic, legate mai degrabă de succesiunea la tron pe care ar fi dorit-o să se facă fără dificultate.

Cert este că "în anul 1504, în 2 iulie, marți, ora 1 după răsăritul soarelui, din voia destinului, muri Ștefan, voievodul Moldovei, împovărat de lupte, bătrânețe și podagră. Natura îl făcuse norocos, isteț și viteaz" nota cronicarul polonez Jan Duglosz. Așa încât povara luptelor, bătrânețea (71 de ani) și podagra (guta) i-au semnat sfârșitul și nu "o rană veche agravată odată cu scurgerea anilor l-au dus în cele din urmă la mormânt" cum susține în "Mușatinii" Ștefan Gorovei. "Boala grea și săcâitoare" era de fapt guta (podagra), pe fondul căreia nici rana nu se vindeca, la care se adăugau și complicațiile inerente pe care vârsta înaintată le aduce.

Dincolo de speculațiile legate de existența domnitorului rămân valabile relațiile contemporanilor între care cea a cronicarului polonez Jan Dlugosz ni se pare cea mai cuprinzătoare. "El alungă din Moldova pe regele Ungariei Matiaș Corvin bătut în orașul Baia și lovit el însuși în trei locuri la spate. Tot el – minunată faptă – înfrânse cu o mână de oameni și alungă cu rușine pe sultanul Mahomed care avea 120.000 de ostași. Tot el, cu arma în mână, alungase peste hotarele Moldovei pe regele polon Ioan Albert, călcând învoiala prin care i-a fost asigurată de mai înainte libera trecere a acestuia din țară. Tot el zdrobi, mai de multe ori și respinse pe tătarii de dincolo de Volga și pe cei din Crâm. O, bărbat triumfal și victorios, care

biruiși pe toți regii învecinați. O, om fericit, care te bucurai de toate darurile câte natura altora numai în parte le dă; unii înțelepți și vicleni, alții viteji și drepți, alții iarăși cu noroc împotriva dușmanilor. Tu singur le avuși hărăzite toate laolaltă; drept, prevăzător, isteț, biruitor al tuturor dușmanilor! Nu degeaba trebuie socotit printre eroii secolului nostru”.

### Concluzii:

1. În epoca ștefaniană, ca de altfel în întregul Ev Mediu și chiar în epoca renesanțistă, nu exista nici rețea sanitară și nici asistență medicală așa cum o concepem noi astăzi. Medicina se baza încă pe principiile lui Avicena și Galenus care însemnau coroborarea unor fapte de observație cu fenomene mistico-religioase și proceduri empirice cu caracter ritualic.

2. Rana dobândită de Ștefan cel Mare în bătălia pentru Chilia la 1462, era de fapt o osteomielită cronică nonbacteriană care interesa în egală măsură osul și țesuturile moi ale piciorului drept, cu evoluție recurentă, a cărei mecanism fiziopatogenic și tratament nu se cunoaște cu certitudine nici astăzi. Se presupune doar un mecanism imunologic care întreține un proces inflamator cronic, cu evoluție ciclică și agravare în timp. Persistența și recurența ei depindea de natura bolii, de limitele științei medicale ale acelor vremuri și de empirismul unor proceduri, de aici și ”nepriecerea” medicilor de a o trata. Adăugăm acestor aspecte și importanța relativă pe care însuși voievodul i-o acorda, preocupat fiind de treburile țării și de campaniile sale militare ”rana din 1462 nu l-a împiedicat să poarte încă atâtea războaie și să cârmuiască țara timp de peste patru decenii”. În acest context înaintarea în vârstă nu putea decât să agraveze evoluția procesului inflamator.

3. La rândul ei, podagra (guta) era destul de comună la boierimea vremii, cunoscută ca evoluție (afecta articulațiile până la ankiloză) și necunoscută sub aspectul complicațiilor viscerale, îndeosebi ca insuficiență renală și insuficiență pluriorganică, complicații cu care istoria naturală a bolii își plinește parcursul.

4. Ca boală metabolică de fond (acumulare de acid uric prin deficiență enzimatică dobândită sau moștenită) guta, generată de consumul excesiv de carne (îndeosebi vânat) și vin, cu o lungă perioadă de latență (asimptomatică), putea influența negativ evoluția spre vindecare a răni de la picior și chiar poate explica extensia ei în ultimele luni din viața voievodului.

5. Campaniile militare și modul de viață au contribuit la agravarea bolii de fond pe măsura înaintării în vârstă, ajungând până la imobilizare totală prin ankiloză generalizată.

6. Sărăcia informațiilor legate de funeraliile domnitorului, de înhumarea lui și mai ales descoperirile făcute cu ocazia celor două deshumări, întăresc suspiciunea că Ștefan cel Mare s-ar fi călugărit înainte de moarte, gest ale cărui motivații rămân o enigmă pentru posteritate (suferință? căință? pocăință? interese politice legate de stabilitatea țării?).

7. Oricât de mare i-ar fi fost suferința, aceasta nu l-a abătut de la treburile și grijile țării, pe care și le-a îndeplinit până în ultima clipă, lăsând în urmă o țară mândră, puternică și respectată.

(Bibliografia la autor.)

## Manifestări științifice

# CONFERINȚA ASOCIAȚIEI EUROPENE DE MEDICINĂ PSIHOSOMATICĂ ROTTERDAM, 2019

Dr. Dorin-Gheorghe Triff, Baia Mare

CONFERINȚA Asociației Europene de Medicină Psihosomatică a avut loc în acest an, în intervalul 19-22 iunie, în Postillion Convention Centre-World Trade Center din Rotterdam, aceasta fiind și una din puținele clădiri centrale, impunătoare și în prezent și care a supraviețuit bombardamentului din al doilea război mondial.

Asociația Europeană de Medicină Psihosomatică având membri din 37 de țări, în majoritate din țări europene dar și din Asia, America și Australia, a organizat o conferință care a reunit peste 500 de participanți și având o tematică vastă, a reliefat, printr-o multitudine de abordări și exemplificări prezentate, importanța integrării îngrijirii psihosomatice cu cea medicală atât în prezent cât mai ales în viitor. Pe parcursul celor 3 zile, 7 sesiuni paralele de prezentări, alături de sesiunile plenare ca și 2 sesiuni de postere, subîniază amplexarea acestei manifestări.

România a fost reprezentată în principal prin cadre didactice ale Universității de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu și ale Facultății de Psihologie din Universitatea Babeș-Bolyai din Cluj Napoca, Prof. dr. Dan Dumitrașcu președintele Societății de Medicină BioPsihoSocială din România fiind președintele Conferinței Europene de Medicină Psihosomatică organizate în anul 2014 la Sibiu.

Orașul Rotterdam fiind în prezent cel mai mare port european, străbătut de râul Meuse, reconstruit după război, oferă o varietate arhitectonică aparte în care zgârie norii se îmbină armonios cu varietate de clădiri unice prin inedit și îndrăzneală și a căror înșiruire ar fi prea lungă, alături de canalele de navigație pentru vasele de mic tonaj precum și frecvențele macarale care arată continua dezvoltare a acestui oraș sunt totodată și recomandări de itinerar și obiectiv turistic care merită vizitat.

Viitoarea conferință europeană a fost programată în intervalul 24-27 iunie 2020, în palatul imperial Hofburg din Viena.



## Aparații editoriale

# DESPRE ISTORIA FARMACIEI ȘI MEDICINEI ROMÂNEȘTI, ÎNTR-O RECENTĂ SINTEZĂ SEMNATĂ DE FARMACIST DR. TUKA LÁSZLÓ

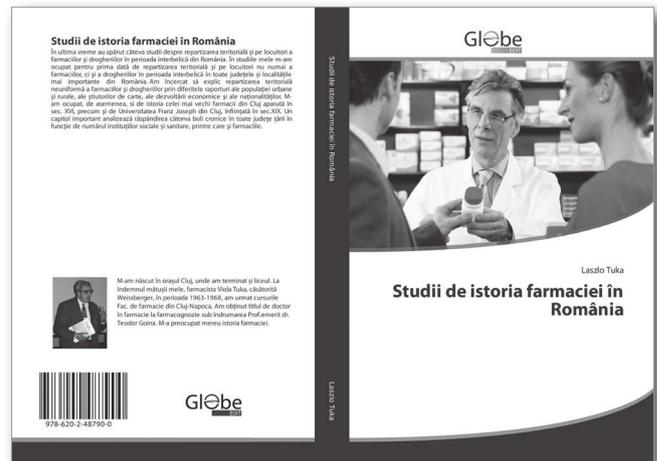
Prof. Dr. Dana Baran, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași

ÎN 29 MARTIE 2018, la Globe Edit din Riga (Letonia) a apărut lucrarea «Studii de istoria farmaciei din România», semnată de farmacistul clujean și istoric al profesiei, dr. László Tuka. Născut și format la Cluj, și-a urmat vocația inspirată de mătușa sa, farmacist Viola Tuka, dar și fascinația istoriei științei, care i-a marcat în paralel destinul. Sinteza de față – «Studii de istoria farmaciei din România» – a răspuns invitației pe care editura letonă i-a făcut-o, expresie a aprecierii unui volum precedent al autorului despre «Învățământul farmaceutic în cadrul Universității Franz Joseph din Cluj».

În contextul aniversării Centenarului Marii Uniri din 1918, o serie de aspecte legate de soarta Universității clujene capătă inevitabil valențe și conotații suplimentare, aducând în lumină particularități sensibile, mai rar investigate. Paginile volumului reunes în consecință direcții de analiză complementare, semnificative și utile, ce antrenează dezbateri, atitudini, idei.

În Prefața, autorul trece sintetic în revistă starea istoriei farmaciei, apreciind-o ca fiind prea puțin exigentă în îndreptarea unor erori și oarecum marginalizată în orizontul științelor din România. Rezumă, de asemenea, activitatea sa în domeniu, abordările de pionierat întreprinse, dar punctând deopotrivă plagierea unora din scrierile ce-i aparțin, într-o deprindere încă prea dezinvoltă în spațiul academic autohton. «Studiile de istoria farmaciei din România», publicate acum, oferă o chintesență a muncii de peste două decenii a acestui cercetător. În cuprinsul cărții au fost incluse: date despre «Cea mai veche farmacie din Cluj, descrisă de primul istoric în medicină din Ardeal, Jenő Pataki»; textul integral, întâia oară transpus în limba română de farmacist dr. Tuka László, al lui «Töbiás Mauksch – *Instructio*»; etape din «Învățământul farmaceutic în cadrul Universității Franz Joseph din Cluj, 1872-1919 și 1940-1945»; însemnări despre unii «Profesori de medicină și farmacie la Universitatea Franz Joseph din Cluj, 1872-1919»; considerații referitoare la «Răspândirea farmaciilor și drogheriilor din România în 1936 în funcție de diferiți factori», cum ar fi repartizarea inegală – teritorială și pe număr de locuitori – a unităților de profil; raportul dintre numărul drogheriilor, ponderea naționalităților, dezvoltarea economică și gradul de educație a populației, dar și raportul dintre distribuția farmaciilor și drogheriilor în mediul urban, respectiv în cel rural. Un alt articol s-a axat pe «Câteva boli cronice, instituțiile sociale și sanitare în România în 1936»; cel final a vizat «Organele și revistele farmaceutice din România în perioada interbelică».

Parcurgând cartea, se remarcă, neîndoind, dintru început, învățăturile substanțiale și la obiect formulate de farmacistul transilvănean german Tobias Mauksch în *Instructio*, text alcătuit la 1793, adresat atât fiului său, Johann Martin Mauksch, în vârstă atunci de doar 11 ani, cât și angajaților farmaciilor pe care Tobias Mauksch le posedă. Prima dintre acestea, cumpărată de la o mătușă a sa, văduva lui Samuel Schwartz, era chiar prima farmacie din Cluj, datând din 1573. Edificiul adăpostește astăzi Muzeul de Istoria Farmaciei. Redactate inițial în germană, *Instructiunile* au fost traduse în limba maghiară în 1918 de Iuliu (Gyula) Orient, farmacist și medic cu origini în Maramureș – arată dr. Tuka László. La rândul-i, dr. Tuka a transpus recent aceleași *Recomandări* pentru prima oară în românește și le-a tipărit în acest an, cu prilejul centenarului tălmăcirii lor în ungurește (1918-2018). *Instructio* preciza condițiile formării profesionale și statutul farmacistului în veacul al XVIII-lea, obligațiile sale față



de cei alături de care s-a instruit și a lucrat, sublinia relațiile ce trebuia să existe între farmaciști, între farmaciști și pacienți, ca și relațiile de colegialitate și colaborare dintre farmaciști și medici. Se desprindea din *Indicații* o complexă deontologie, din care încă se pot folosi principiile directoare. Iată, de pildă, constatări cu aplicabilitate perenă: „numai examenul nu califică farmacistul, ci practica și experiența”; „să ai un nume onest și conștiință curată”; „să muncești sânguincios, să fii atent la toate, încât activitatea farmaceutică să se execute cu cea mai mare precizie”...

Nu mai puțin captivante se dovedesc reperele cronologice ale contextului dinamic privind citorirea și evoluția învățământului superior farmaceutic și medical la Cluj, în cadrul Universității Franz Joseph, etapele sale preliminare, devenirea, programele analitice, profesorii, schimbările suferite peste vreme, mai cu seamă cele din 1919 și 1940. Fondat în 1817 de împăratul Franz Joseph, *Institutul Medico-Chirurgical* din Cluj provenea din vechea Facultate de Medicină a Liceului Regal, înființată sub domnia Mariei Tereza, în 1775. Din 12 octombrie 1872, se întemeie la Cluj o Universitate în limba maghiară, desemnată, din 4 ianuarie 1881, drept Universitatea Regală Franz Joseph (*Ferenc József*). Aceasta a înglobat și o Facultate de Medicină, rezultată din transformarea *Institutului Medico-Chirurgical*. Amănuntele asupra ridicării clădirilor instituției, inclusiv a Bibliotecii, clinicilor și Institutului Pasteur se alătură celor ce caracterizează corpul didactic, reliefând meritele și contribuțiile originale ale membrilor săi, conturând valoarea și sincronizarea europeană a școlii. Prezentarea nu ocolește situațiile-limită trăite de Universitatea Franz Joseph, ca urmare a destrămării imperiului austro-ungar, constituirii Republicii Ungare, dar deopotrivă a impunerii *terorii roșii* de către Kuhn Béla, ca și a înfăptuirii Marii Uniri și a citoririi la Cluj, în 3 noiembrie 1919, a Universității românești *Dacia Superioară*. A fost ulterior denumită Universitatea *Ferdinand I*, Regele «Întregitor» participând la inaugurarea festivă a cursurilor în 1-2 februarie 1920, în sediul preluat de la vechea Universitate maghiară. Sunt punctate opțiunile unor savanți și oameni politici din epocă, protagoniști ai istoriei naționale, precum Nicolae Iorga, Iuliu Maniu, Onisifor Ghibu, referitoare la soarta învățământului românesc din Ardeal, consecutiv Unirii. Fără îndoială, pe toată durata anului 1919, au survenit întâmplări tragice ce au afectat grav inclusiv pe români, până la tranșarea noilor realități.

Lucrarea sintetizează însă faptele de interes nemijlocit pentru subiectul tratat, amintind că, în circumstanțele generate de evenimentele din 1 decembrie 1918, între 1919-1920, învățământul farmaceutic s-a derulat în limba română, în spațiile și cu dotările Facultăților de Științe și de Medicină, moștenite – *rechiziționate* – de la Universitatea Regală *Franz Joseph*. Printre pușinii profesori ce au depus jurământ de credință față de România și Regele Ferdinand I, s-a aflat dr. Iuliu Orient – anterior pomenit, fiul unui preot greco-catolic maramureșan. Restul, majoritatea cadrelor de predare și studenților de limbă maghiară, – explică farmacist dr. Tuka –, au căutat soluții alternative. În octombrie 1919, unii s-au aflat în situația de a fi expulzați din țară în decurs de cinci zile, în lipsa prestării jurământului de loialitate față de autoritățile române. Alții, între 1919-1921, au tentat reorganizarea provizorie la Budapesta, a fostei Universități clujene *Franz Joseph*. Apoi, conform Legii XXV adoptată de Parlamentul Ungar, din 26 iunie 1921, până la Dictatul de la Viena, intrat în vigoare pe 30 august 1940, Universitatea Maghiară din Cluj a funcționat la Szeged.

În dramaticele condiții generate de Dictat, Universitatea Română din Cluj, după o relativ scurtă, deși entuziastă, activitate între 1919-1940, a fost mutată la Sibiu și la Timișoara, Universitatea maghiară *Franz Joseph* revenind în capitala transilvană, între 24 octombrie 1940 și 1945.

Relevante apar detaliile privind Institutul de Istoria Medicinii, amplasat pe strada Pasteur, creat în 1921, ce a beneficiat în egală măsură, între 1921-1930, de expertiza celebrului profesor de parazitologie și iatroistoriograf francez, secretar general al Societății Internaționale de Istoria Medicinii, dr. Jules Guiart. La 12 septembrie 1940, Institutul a fost predat de directorul în exercițiu de atunci, reputat istoric al medicinei, profesor dr. Valeriu L. Bologa, către Ministerul Învățământului maghiar. Concomitent, s-au remis autorităților ungare arhiva de limbă maghiară și duplicatele documentelor românești, ale căror originale, împreună cu alte materiale medico-farmaceutice indigene au fost transferate de Bologa la Sibiu. Farmacist dr. Tuka a relevat totodată faptul, consemnat de istoricul și viitorul prim-ministru ungar din anii '90, Antall Józseph, că Institutul de Istoria Medicinii din Cluj, condus de Valeriu Bologa, a fost singurul de acest fel din Ungaria, care, pe parcursul celui de al Doilea Război Mondial, a funcționat ca instituție organizată, grație tocmai excelențului profesionist român.

Cartea conține de asemenea o secțiune dedicată unor documente și originale analize farmaco-istorice, însoțite de prelucrări statistice, centrate pe anul de grație 1936, când, în România Mare, viața târgurilor, ca și a orașelor mai mari, se concentra în jurul bisericii și al școlii, apoi și al dispensarelor și farmaciilor. Sunt înregistrate procente comparative din Ardeal, Banat, Crișana-Maramureș, Oltenia, Muntenia, Moldova, Dobrogea, Basarabia și Bucovina. Aprofundarea unor astfel de aspecte încă ar putea constitui repere, atât pentru înțelegerea nuanțată și

interpretarea situației curente, pentru a integra mai eficient rolul farmaciștilor și asistenților de farmacie, a farmaciilor și drogheriilor ori punctelor farmaceutice (sau tehnofarmurilor) în emanciparea și „medicalizarea” inteligentă a societății din această parte a lumii, în socializarea medicinei și farmaciei, cât și pentru redimensionarea marketingului și managementului farmaceutic. Demersul de a interpreta numărul și calitatea neuniforme ale farmaciilor și drogheriilor în funcție de ponderea studiilor universitare și gradului de instrucție în populația dintr-o anumită zonă geografică, de componența etnică, nivelul economic și veniturile locuitorilor, în funcție de specificul socio-uman și financiar al mediului urban, respectiv al celui rural, de concurența potențială dintre farmacii și drogherii, farmaciști și droghiști, a fost și poate pe mai departe reprezenta suma de criterii care să dea informații valabile pentru o cât mai bună gestionare a instituțiilor și investițiilor, sugerând, uneori, strategii cât mai adecvate și rentabile de modernizare a diferitelor localități. În egală măsură, luarea în calcul a patologiei dominante, într-un moment și areal dat, identifică repere sociologice și medicale care se pot cu folos actualiza, constituind coordonate ale reglementărilor dintre cerere și ofertă, dar, în paralel, ale unor mai coerente politici de sănătate, care să ridice standardele serviciilor medico-sanitare și farmaceutice acordate populației, crescând, pe ansamblul societății, calitatea vieții. În ziua de azi, prosperitatea, adesea redundantă, a industriilor farmaceutice și parafarmaceutice ar mai adăuga, probabil, perspectivele de analiză deja minuțios trasate, miza comercială și modalitățile de promovare, uneori agresivă ori doar insistentă, a tot mai variatelor produse disponibile.

Interesantă este includerea, în completarea Cuprinsului, a intenției de explorare a dimensiunii epidemiologice, corelând bolile cronice, instituțiile sanitare și sociale. În aceeași notă, desigur, se pot deriva concluzii privind factorii etio-patogenici, profilul patologiei recurente, cooperarea dintre farmacie, medicină și asistența socială, evidențiindu-se în mod diferențiat, pe regiunile României Mari, dependența de educație și comportament, naționalitate, progres economic, resurse financiare, mediu rural sau urban. În încheierea florilegiului de articole, se menționează colegiile, casa de gradații și pensii, principalele asociații profesionale ale farmaciștilor, alături de periodicele farmaceutice, apărute în România interbelică.

Reluând o serie de lucrări editate în 2012, adăugând cercetări ulterioare, repropunând atenției viziunea proprie asupra istoriei farmaciei în acest colț de lume, autorul contribuie neîndoiește la o mai precisă cunoaștere critică a trecutului farmaceutic din Transilvania, înainte de Marele Război, și din România întregită, îndeosebi dintre cele două conflagrații mondiale. Scrierea încearcă, astfel, implicit o re poziționare a prezentului, creionând în subtext posibile soluții pentru viitorul apropiat, sugerând unghiuri de vedere ce pot configura o percepție îmbunătățită a temelor discutate.

## O CARTE CARE POATE PREZENTA INTERES: „MINERITUL DIN MARAMUREȘ VA RENAȘTE?”

Ing. Lazăr-Aurel Pantea, Baia Mare

ÎN CURSUL lunii iulie 2019, sub egida Bibliotecii Județene „Petre Dulfu” Baia Mare, în cadrul programului cultural Maramureșul perpetuu, coordonator dr. Teodor ARDELEAN, directorul Bibliotecii și al Centrului de Cercetare și Documentare Baia Mare al Academiei Române, a apărut cartea „Mineritul din Maramureș va renaște?”, autor Lazăr-Aurel PANTEA.

Tema cărții este axată pe Contribuții la orientarea Strategiei miniere a României spre redeschiderea mineritului. În același timp, am avut în vedere și factorul uman, omul, cel care înfăptuiește procesul tehnologic în mină, în carieră și uzina de prelucrare. Îmbunătățirea gradului de confort în industria minieră a constituit și, va trebui să constituie în cazul revigorării activității miniere, preocupare a specialiștilor din domeniul

științelor miniere și medicale, pentru aplicarea și perfecționarea de metode, de mijloace tehnice și medicale, de prevenire și combatere a prafului industrial, a pneumoconiozelor și respectare a normelor de igienă a muncii. Profilaxia silicozei a angrenat factorii cu responsabilitate în organizarea și asistența tehnică, protecția și securitatea muncii și asistența medicală. Fără teama de a greși, putem afirma că, s-a și 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, cât și Centrul Medical Șimleul Silvaniei din Sălaj. Printre altele, am scos în evidență, în carte, că din trimestrul IV al anului 2010 și, până în trimestrul IV al anului 2018, în revista „Maramureșul Medical”, am scris și publicat 33 de

articole, cunoscut fiind că prin intermediul Bibliotecii Județene „Petre Dulfu” și al unităților medico-sanitare din Maramureș, revista este citită de oameni de diverse profesii și vârste.

Cu toate că mărturiile scrise despre începuturile mineritului în regiunea minieră Maramureș, sînt cunoscute din anul 1329, săpăturile arheologice, uneltele descoperite, depozitul de aur, tezaurul monetar etc, demonstrează că extracția sării, a cuprului, a aurului, baterea monedelor, a constituit înțelețenie a populației, cu mult timp înainte. Bogățiile subsolului au determinat ca meșteșugul mineritului să se transmită din generație în generație, din veac în veac, o activitate perpetuă în acest ținut de legendă. Mineritul, în decursul veacurilor, a contribuit decisiv la dezvoltarea economiei naționale, a vieții economico-sociale a Maramureșului. 10% din populația țării, respectiv 22,7% din populația județului a fost dependentă de minerit. La Forumul European Miner, s-a solicitat reluarea activităților miniere de către țările care au resurse minerale.

România se află în primele 5 țări din UE în privința potențialului de resurse minerale. Dispunem de peste 15 miliarde de tone de rezerve geologice de lignit, ulei, minereuri auro-argentifere, polimetalice, cuprifere, de sare etc, ceea ce reprezintă o avuție de ordinul a câtorva sute de miliarde de dolari dată de valoarea produselor miniere utilizabile după extragerea și prelucrarea acestora cu tehnologiile actuale.

Resursele minerale, patrimoniul minier, problemele de mediu existente, nevoia de combustibili minerali, de metale, de sare și readucere în țară a specialiștilor, am în vedere inclusiv personalul medico-sanitar, cât și a forței de muncă calificată justifică revigorarea mineritului din România, implicit valorificarea minereurilor metalifere din Maramureș.

Suntem pe primul loc în Europa cu cea mai mare diasporă. În jur de 4,5 milioane de români sunt plecați din țară, adică jumătate din forța de muncă activă a României. Numărul de elevi din învățământul primar și profesional a scăzut alarmant. În perioada 2012-2017 și-au stabilit domiciliul în România 893.143 imigranți din diverse țări. Nevoia de cupru, de zinc, de plumb, aur, argint și sulf, ca și de metalele însoțitoare în zăcămintă ale acestora, justifică interesul și propunerea pentru reluarea activității pentru un număr de zăcămintă primare, cât și pentru o serie de produse secundare.

După anul 1990, au fost acordate o serie de licențe de concesiune de explorare în diverse perimetre miniere din Maramureș și puse în evidență noi resurse minerale. În țară, se află în derulare 28 de licențe de explorare pentru diverse substanțe minerale utile. Pentru revitalizarea mineritului este urgentă și necesară elaborarea „Strategiei industriei miniere” și aprobată „Legea Minelor” potrivit cerințelor actuale, cât și atragerea în minerit a forței de muncă, reînființarea școlilor profesionale și de personal tehnic de profil minier pentru pregătirea forței de muncă calificate.

Ministrul Economiei, dl Nicolae Bădălău, în 3 aprilie 2019, pe postul național de televiziune, a anunțat că în această vară minele vor fi redeschise și printre primele se află cele din Maramureș. Minele vor fi redeschise în baza noii legislații aflate în elaborare la Guvern și Parlament. Pentru Maramureș, studiul „Mineritul

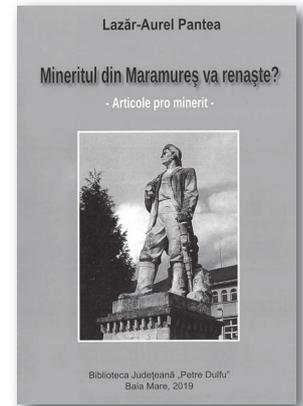
în contextul dezvoltării durabile a României” prevede posibilitatea începerii activității miniere în funcție de cerere și ofertă (investitori), în cinci cariere, 2 iazuri de decantare, și redeschiderea a trei mine aflate în curs de închidere și una în conservare. Nicio țară nu poate să-și permită să nu ia în considerare acest potențial de metale și substanțe minerale utile existente în astfel de depozite.

Cartea nu se comercializează, în contextul conținutului sub formă de donație se transmite/predă la bibliotecă, instituții, distins personalități ale vieții economice, sociale, spirituale și culturale românești, unor foști colegi de studii, de muncă și familiei. Printre cei nominalizați din sectorul sănătății publice sunt: Dr. Giuliano Sebastian PETRUȚ, președintele Colegiului Medicilor Maramureș; Dr. Felix MARIAN, redactor-șef al revistei „Maramureșul medical”; Dr. Ioan ZIMA, medic primar Centrul de Sănătate din Str „Dr. Gheorghe Marinescu” Baia Mare; Dr. Adrian POPA, Direcția de Sănătate Publică Maramureș; Dr. Liviu DRAGOMIR, medic primar urolog, doctor în științe medicale, Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș”; Dr. Delia MERCEA, medic primar cardiolog, doctor în științe medicale, Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș”, Baia Mare; Dr. Cristina BURĂ, medic primar gastroenterolog, Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș”; Dr. Marius-Ioan BRÎNDUȘE, medic primar chirurgie generală, Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș”; Dr. Silviu DRAGOMIR, ex-medic stomatolog la E.M. Herja și Policlinica Baia Mare. Și de ce să nu-o spunem, în Lista beneficiarilor, este nominalizată și băimăreanca, Dna Sorina PINTEA, ministrul Sănătății.

Maramureșenii care doresc, găsesc și vor putea citi cartea sub formă de împrumut, de la:

- Biblioteca Județeană „Petre Dulfu” Baia Mare;
- Biblioteca Municipală Sighetu Marmatei; Bibliotecile orașenești: Baia-Spie, Borșa, Cavnic, Târgu-Lăpuș, Tăuții-Măgherăuș, Vișeu de Sus, Dragomirești, Săliște de Sus, Seini, Șomcuta Mare, Ulmeni;
- Bibliotecile comunale: Băiuț, Cicărlău, Ocna-Șugatag, Budești, Băsești, Bârsana, Botiza, Băița de sub Codru, Călinești, Copalnic Mănăstur, Dumbrăvița, Groși, Fărcașa, Lăpuș, Leordina, Ieud, Moisei, Poienile de sub Munte, Rona de Jos, Rona de Sus, Repede, Rozavlea, Săpânța, Săcel, Șișești, Valea Chioarului, Vadu Izei etc;
- Biblioteca pensionarilor CASPEV Baia Mare; Biblioteca Universității de Nord Baia Mare; Biblioteca Muzeului Județean de Istorie și Arheologie, cât și la biblioteca Spitalului Borșa de Recuperare și refacere a capacității de muncă etc.

Sperăm că revigorarea mineritului va avea consecințe benefice pentru economia națională, mediu, comunitățile din nord-vestul României și atractive pentru investitori. Doamne ajută!



## BREVIAR JURIDIC

### Avocat Ionuț-Rareș Pîrvu, Baroul Maramureș

(Lista selectivă a noilor acte normative publicate în monitorul oficial al României partea I cu aplicabilitate în sistemul sanitar în perioada 01.01.2019-01.08.2019)

#### 1. Ordonanța Guvernului nr. 26/2019 pentru modificarea și completarea unor acte normative:

Alineatul (2<sup>3</sup>) al articolului 267 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 au-

gust 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și va avea următorul cuprins:

"(2<sup>3</sup>) Pentru persoanele prevăzute la art. 180 alin. (1) lit. b) și c) din Legea nr. 227/2015, cu modificările și completările ulterioare, calitatea de asigurat încetează la expirarea a 12 luni de la data depunerii declarației prevăzute la art. 174 alin. (3) din aceeași lege, dacă nu depun o nouă declarație pentru perioada următoare."

#### 2. Ordonanța Guvernului nr. 27/2019 pentru comple-

tarea art. 230 din Legea nr. 95/2006

#### Articol unic

După alineatul (2) al articolului 230 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se introduc trei noi alineate, alineatele (2<sup>1</sup>)-(2<sup>3</sup>), cu următorul cuprins:

"(2<sup>1</sup>) Asigurații care optează să beneficieze de unele servicii medicale acordate de furnizorii privați care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate, în regim de spitalizare continuă, ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic, pot plăti o contribuție personală pentru a acoperi diferența dintre tarifele serviciilor medicale acordate de furnizorii privați și tarifele suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate decontate de casele de asigurări de sănătate.

(2<sup>2</sup>) Contribuția personală pentru fiecare categorie de serviciu medical prevăzută la alin. (2<sup>1</sup>) este afișată pe pagina de internet a furnizorilor privați de servicii medicale și se plătește în mod direct de către asigurați cu acordul prealabil în scris al acestora.

(2<sup>3</sup>) Prin contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului, se stabilesc serviciile medicale pentru care asigurații plătesc contribuție personală în condițiile alin. (2<sup>1</sup>), modalitatea și condițiile acordării acestora, precum și procedura de stabilire a nivelului contribuției personale."

3. Ordinul 895/2019 **privind condițiile necesare în vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog și, respectiv, farmacist pe teritoriul României în cadrul unităților sanitare publice și private**

#### Art. 1

(1) În vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog sau farmacist pe teritoriul României, unitățile sanitare publice și private solicită următoarele documente:

a) cererea în care se menționează postul pentru care persoana interesată dorește să concureze sau să se angajeze, după caz;

b) diploma de licență și certificatul de specialist sau primar pentru medici, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al angajatorului;

c) documente privind schimbarea numelui (certificat de căsătorie, certificat de divorț, hotărâre judecătorească etc.), în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al angajatorului;

d) certificatul de membru al organizației profesionale sau avizul de practică temporară sau ocazională a profesiei valabil, din care să rezulte că profesionistul este avizat pe specialitățile și competențele în care urmează să își desfășoare activitatea în unitatea sanitară, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al angajatorului;

e) dovada/înscrisul din care să rezulte că nu i-a fost aplicată una dintre sancțiunile prevăzute la art. 455 alin. (1) lit. e) și f), la art. 541 alin. (1) lit. d) sau e), respectiv la art. 628 alin. (1) lit. d) sau e) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în original;

f) cazierul judiciar, în original;

g) certificat medical format A5 din care să rezulte că este apt din punct de vedere fizic și neuropsihic pentru exercitarea activității pentru postul pentru care candidează sau dorește să se angajeze, în original;

h) actul de identitate în termen de valabilitate, în origi-

nal și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al angajatorului.

(2) Documentele prevăzute la alin. (1) lit. e) și g) sunt valabile trei luni, iar cazierul judiciar are valabilitate șase luni; documentele se depun la dosar în termen de valabilitate.

(3) În situația persoanelor fizice independente, pe lângă documentele menționate la alin. (1), este necesar să se solicite și certificatul de înregistrare de la administrația fiscală în care domiciliază medicul, medicul stomatolog și, respectiv, farmacistul.

#### Art. 2

Centrul de resurse umane în sănătate publică, celelalte structuri din cadrul Ministerului Sănătății, direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, unitățile sanitare publice și private vor duce la îndeplinire dispozițiile prezentului ordin.

4. Legea nr. 108/2019 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006

#### Articol unic

Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. După articolul 387<sup>5</sup> se introduce un nou articol, articolul 387<sup>6</sup>, cu următorul cuprins:

"Art. 387<sup>6</sup>

Studentii facultăților de medicină generală și medicii rezidenți care, în cursul pregătirii profesionale, conform curriculei universitare de specialitate, pentru a dobândi competențele necesare unui medic potrivit standardelor naționale și europene în vigoare, desfășoară activități practice și clinice adecvate, pe pacient, sub supraveghere competentă, îndeplinind astfel baremele practice și clinice specifice disciplinelor de profil."

2. La articolul 391, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(3) În unitățile sanitare publice, medicii membri titulari, membri corespondenți și membri de onoare ai Academiei Române și ai Academiei de Științe Medicale, cetățeni români, profesorii universitari și cercetătorii științifici gradul I, doctorii în științe medicale, care desfășoară activități medicale continuă, la cerere, activitatea medicală până la împlinirea vârstei de 70 de ani. Peste această vârstă medicii, membri titulari, membri corespondenți și membri de onoare ai Academiei de Științe Medicale, cetățeni români pot fi menținuți în activitate conform dispozițiilor art. 10 alin. (2) din Legea nr. 264/2004 privind organizarea și funcționarea Academiei de Științe Medicale, cu modificările și completările ulterioare. De același drept pot beneficia și medicii, membri titulari, membri corespondenți și membri de onoare ai Academiei Române, cetățeni români."

5. Legea nr. 134/2019 **privind reorganizarea Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, precum și pentru modificarea unor acte normative**

#### Art. 21

În tot cuprinsul Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, sintagma "Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale" se va înlocui cu sintagma "Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România", iar sintagma "ANMDM", cu "ANMDMR".

Sighetu Marmăției



Târgu Lăpuș



Baia Mare



Baia Mare



Borșa



Vișeu de Sus

