

REFERINȚE DIN PARTEA COLEGILOR ȘI COLABORATORILOR

Appraisal from colleagues and collaborators

**Prof. Dr. Jan Hurjui, Prof. Dr. Ioan Bradu Iamandescu, Dr. Mihai Cezar Popescu,
Conf. Dr. Octavian Buda, Dr. Nicolae Stănicel, Prof. Dr. Dumitru Dumitrașcu,
Prof. Dr. Dorin Sarafoleanu, Prof. Univ. Dr. Gavril Cornuțiu, Dr. Lucia Novac,
Dr. Suzana Bantaș, Dr. April Geo Săvulescu**

REVISTA MEDICALĂ ROMÂNĂ, O CITADELĂ. EDITORIALE...

„Un dor fără sațiu“ mă îndeamnă să încep acest eseu reluând titlul uneia dintre cărțile lui Emil Botta. La fel „damnarea“, ca și la El, mă obsedează fără menajamente. Constantin Coroiu este născut la Țifești (N.V. Turcu la Pufești), în județul Vrancea, scriitori, primul critic literar, celălalt prozator. Au făcut studii la Iași la Universitatea Al. I. Cuza. Un academician născut în comuna Vidra: Valeriu D. Cotea. Ion Cristoiu: un publicist de marcă. Vrancea are reprezentări iluștri în numeroase domenii ale activității umane. Amintesc aceste nume pentru o introducere vrând să arate că din Vrancea și până în Gorj și mai departe spiritul românesc are puterea să fie la un nivel de elită scriitoricească și nu numai. „Puterea sufletească“, scria C. Rădulescu-Motru.

Revista Medicală Română – redactor-șef dr. Grigore Bușoi scrie editorialele fiecărui număr din această revistă într-un fel anume, care te reține de la primele cuvinte și toate au legătură cu starea de suflet a medicilor tămăduitori, nu numai a trupului. Acum, la aniversare, scriu despre strădania celor ce au dovedit profesionalism, revista fiind de mare utilitate tuturor cititorilor medici consacrați sau în devenire. Cred că imboldul citirii unei astfel de reviste medicale pornește din însăși înțelepciunea celor care altfel n-ar fi ales profesia de medic, dacă n-ar fi avut și deschiderea largă către tot ceea ce înseamnă cunoaștere.

Am mai scris în iulie 2003 despre editorialele distinsului coleg redactor șef al Revistei, care își îndeplinește în practică grija față de sănătatea celor ce citesc. Dl. dr. Grigore Bușoi face un serviciu colegilor scriind despre dorințe și idealuri într-o interpretare care sub raport lingvistic aduce un plus de relevanță limbii ce-o vorbim. În practica clinică se creează o astfel de relație atât în condițiile sănătății, cât și a unor patologii cu mare frecvență, alături de cele mai noi

date medicale cuprinse, de asemenea, în articole ce fac excelența unei științe.

D-l Dr. Grigore BUȘOI,

Scriitor și publicist deopotrivă, ne-a propus o nouă emblemă a medicinei argumentată nu numai prin existența străveche a actualei, ci și prin argumente legate de conținutul nou al unei profesii care are o dinamică legată de științele medicale de ultimă oră.

„La o aniversare“ – editorialul din vol. LVIII, nr. 3, an 2011, dr. Grigore Bușoi ne vorbește generos despre promoția ‘61 a Facultății de Medicină Generală de la I.M.F. București, promoția sa. Stimulând gândul nostru, așa cum sintetizează autorul în trei cuvinte: țară, județ, medicină, dl. dr. Grigore Bușoi face din nou o sinteză originală, sinteză cu care ne-a obișnuit.

Evident confesive și dospind de cunoștințe dintre cele mai interesante, aceste articole fac „specificitatea“ unei adevărate suferințe românești. Subcapitole cum ar fi „cuvinte adunate și legănate în spațiul mioritic“ sunt de subliniat. În cel mai recent număr al revistei citite de mine (vol. LVIII Nr. 4, An 2011) mă aflu din nou într-un reper complex de interpretare a vârstelor omului, ceea ce este în fapt o provocare la o nouă discuție, clasificare niciodată finalizată. La noi mai făcuseră aprecieri despre vârstă și evoluția ei Octavian Fodor, Mircea Dumitru, Constantin Bogdan și subsemnatul într-un volum intitulat „Pagini de gerontologie și de geriatrie românești“ (Viața Medicală). Încât „Învârstnicirea omului. Marginalii“ ne aduce noi cunoștințe și, de ce nu? revelații autentice tulburătoare. De altfel Motto-ul lucrării lui Gr. Bușoi este ca un preaviz la ceea ce va urma, în textul său, doct, cultural informat și științific, de asemenea.

„Învârstnicirea omului“ în viziunea lui Grigore Bușoi se încheie cu „Notații finale“, nouăsprezece în total și cu o „închidere“ a gândului, care de fapt este o largă deschidere spre un nou orizont. Scrie: „Parafrazând ușor Poetul, spunem: Ca bătrân copilândru./ După

capătul trebii;/ Am putere să fiu tandru./ How are you, dear-country?/ It's OK? Hello, baby!*

Este o sinteză a unui stil, a unei dense ceremonii de includere într-un text a unei problematice întregi, dintre cele ce își caută exprimarea.

Dl. dr. Grigore Bușoi a făcut din aceste Editoriale o emblematică prezentare valoroasă prin ea însăși. O legitimitate pentru o Revistă Medicală. „Lecția cuvintelor” cum spune chiar domnia sa într-un număr din revistă, ne învață că omul ca ființă superioară trebuie să facă mereu un pas înainte către cunoașterea adevărului.

Principiile educaționale în învățstnicire își aduc în ajutor nume și opere din toate timpurile, pedagogi, istorici, filosofi, medici. Numai menționarea acestora și încercarea de a argumenta prin argumentele lor este o scripă ce îndreptățește discursul care astfel își atinge scopul. Iluminarea nu-i un scop în sine. Problematika medicală a tuturor vârstelor este o extraordinară descindere în miezul științelor.

Damnarea despre care vorbeam la început înseamnă o permanentă reînnoire în ținuturile de unde venim. Uneori meditația capătă valențe novatoare. Revista Medicală Română împlinește o misiune – fiindcă avem o misiune (Al. Husar – Redacția Publicațiilor pentru Străinătate, 2004) și suntem mereu în ipostaza abordării celor mai multe îndemnuri umaniste (Gr. Bușoi: *Din adânc spre cele înalte, Eseurile unui ostenitor într-ale medicinei*, Editura Amaltea, 2007).

Închei cu dragoste și cu frățescă apreciere revistei sărbătorite: REVISTA MEDICALĂ ROMÂNĂ.

Prof. Dr. Jan HURJUI

O REVISTĂ MEDICALĂ CU UN LARG ORIZONT CULTURAL

Aniversarea unei reviste medicale, în noile condiții de austeritate economică – cu implicații majore, alături de cele ale concurenței internetului, asupra supraviețuirii editoriale – reprezintă o probă de rezistență bazată pe calitățile de conținut, dar și de management ale revistei.

Mă refer, desigur, la împlinirea în 2012 a 20 de ani de la apariția Revistei Medicale Române, care ocupă o poziție aparte în rândul publicațiilor medicale din țara noastră prin paleta largă de domenii abordate de autorii articolelor apărute, cu o deschidere pentru abordări interdisciplinare – „anexând” în sfera subiectelor medicale probleme de etică, filosofie, antropologie, estetică, muzicologie etc. – toate având strânse legături cu practica medicală.

Este în primul rând meritul redactorului-șef al acestei reviste, Dr. Grigore Bușoi, distinsă personalitate medicală plurivalentă, animat de un autentic patriotism, vădit în cercetarea unor izvoare folclorice și culturale românești și a unor componente psihologice

ale actului medical. Domnia Sa a încercat în același timp să introducă în circulație o serie de termeni medicali cu o tentă de profunzimi semantice românești, dar desemnând entități medicale consacrate sau relevante într-un mod original.

Amintim în această privință doar câteva din acestea, începând cu „inexurile psihosomatice” care desemnează o interesantă arhitectură a interrelațiilor factorilor bio-psiho-sociali în cultivarea sănătății, dar și în edificarea bolii.

De asemenea, mult antipatizatul termen (devenit peiorativ) de „îmbătrânire” devine – în optica autorului – „învârstnicire”, mai benign, ca impact psihologic și sugerând o evoluție dinamică bio-psiho-socială cu punct de referință ce ar merita să fie implementat – chiar vârsta de 18 ani.

Reușind să atragă, între autorii articolelor revistei, de la personalități de vârf ale vieții medicale până la tineri doctoranzi aspiranți la consacrare, Dr. Grigore Bușoi a avut și capacitatea, și bunul gust, de a selecționa subiecte de mare interes pentru cititorii revistei, care au evidențiat o deschidere firească pentru problemele abordate, tratate la un nivel științific deosebit.

Toate aceste considerații personale tind să sporească intensitatea sărbătoririi acestei reviste cu o ținută aparte, deschisă pentru o înțelegere complexă, modelată prin cultură, a fenomenului medical.

Prof. Dr. Ioan Bradu IAMANDESCU

UN EROU AL PRESEI MEDICALE ROMÂNEȘTI: REVISTA MEDICALĂ ROMÂNĂ

O anecdotă mai veche spune că un personaj oarecare definea cândva viața ca fiind o fântână. Confrații săi, care îi sponsorizaseră cercetările luându-și de la gură, doar-doar vor afla răspunsul la cruciala întrebare „ce este viața?”, au protestat vehement, considerându-se înșelați. Bietul filosof și-a salvat pielea fugind unde vedea cu ochii și strigând în urmă „bine-bine, atunci viața nu e o fântână!” Cu toate acestea, dacă ne gândim bine, cu ce altceva ar putea fi asemănată viața dacă nu cu o fântână. În fond, din străfunduri ne tragem seva vitală spre a putea mai apoi să ne ridicăm către înalta spiritualitate. Sau, după cum ne îndemna laconic doctorul Grigore Bușoi, „din adânc spre cele înalte”. Într-un anume fel, textul scris nu este altceva decât mesagerul ideilor fundamentale către lumea aparențelor, singura la care cititorul poate avea acces direct.

Publicistica profesională reprezintă una dintre cele mai rodnice și lăudabile întreprinderi ale spiritului uman. Aici, responsabilitatea față de cuvântul scris atinge cote maxime. Dacă demersul lucrativ presupune de cele mai multe ori o însumare algoritmică de automatisme, a căror aplicare corectă tinde să conducă

la rezolvarea unor probleme pe care realitatea bio-psiho-socială le propune neîncetat, gândirea profesională – transpusă în mod sistematic pe hârtie – impune un nivel înalt de cultură, o bună stăpânire a verbului, o excelentă capacitate de analiză și sinteză a datelor și în sfârșit, o nestăvilă chemare către nou.

În peisajul nostru publicistic medical din ultimele două decenii, Revista Medicală Română aduce „o gură de aer proaspăt”. Menținându-se în buna tradiție a gândirii medicale românești și aliniindu-se cu demnitate alături de importante jurnale internaționale de specialitate, Revista se distinge prin alăturarea în paginile sale a celor doi termeni ai binomului sănătate-boală: biologie și spirit. Prin înalta valoare științifică a articolelor publicate, deși destinată medicului de familie român, ea devine un vector prețios al gândirii medicale pentru oricare dintre confrății noștri, indiferent de specialitate, ba chiar de meridianul de proveniență. Editorialele semnate în fiecare număr de către distinsul redactor-șef, Dr. Grigore Bușoi, reprezintă adevărate bijuterii de filosofie, cu accent pe aspectele de etică profesională și generală, dar atingând cu grație și autentic patriotism și domenii precum lingvistica și istoria. Titluri precum „Uitări lingvistice păgubitoare în vatra străbună”, „Invitație la dialog întru noetică și educație civică” sau încă „Cuvântul animat dirigit întru cele ale medicinei în spiritualitatea românească” ne silesc să evadăm mult dincolo de fruntariile profesiei noastre. Și toate acestea se subordonează declarației aparținând lui Tudor Vladimirescu și asumată de doctorul Bușoi „Voi să fiu folositor Patriei și obștii norodului”. Călăuzit de un spirit vivace, același neobosit truditor hipocratic este și creatorul unui nou simbol al medicinei, pe care îl propunea în anul 2010: acesta cuprinde o cruce grecească așezată central peste profilul unui cap uman având schițat encefalul, în interiorul crucii aflându-se o torță aprinsă. Dedesubt, adagiul latin „Vox Medicinae Tollit” (vocea medicinei se înalță). Act de mare curaj și care pare sortit reușitei.

Acum, la 20 de ani de la apariție, Revista Medicală Română – publicație a Societății Naționale de Medicină de Familie – ne apare la fel de vrednică de admirație printre publicațiile medicale „de prim raft”. Cu atât mai mult cu cât calitatea contribuțiilor științifice și ținuta grafică nu s-au lăsat afectate de dificultățile economice caracteristice meridianului pe care trăim și epocii pe care o traversăm.

Să adresăm prețioasei Reviste, colegiului său de redacție și tuturor celor care au contribuit de-a lungul celor două decenii la prestigiul său științific, urarea latină de „Vivat, crescat, floreat!”

Dr. Mihai Cezar POPESCU

GRIGORE BUȘOI: UN URMAȘ DIN SPIȚĂ HIPOCRATICĂ ÎN CĂUTAREA UNEI ALTFEL DE ITHACA

Grigore Bușoi, cunoscut doctor cu ascendență oltenească, editorul neobosit al Revistei Medicale Române, autor a numeroase lucrări de specialitate, dar și de abordări istorice și antropologic-medicale cu deschidere generoasă spre filozofie precum *Din adânc spre cele înalte*, din 2007, ne-a oferit, de-a lungul timpului, crezul unui umanist veritabil a cărui privire inventariază cu afecțiune dublată de ochiul autorizat al medicului reperele culturale ale importante tradiții românești, dăruindu-ne un inedit sincretism între creativitate literară și analize subtile ale celor mai importante tendințe intelectuale din medicina actuală și nu numai.

Un Odiseu intelectual pare a fi doctorul Bușoi, ce dezvoltă o temă paradoxală și adesea abordată în cultura est-europeană: identitatea culturală a unei bresle și lupta pentru prezența acesteia în agora și, în fond, în istorie. Un critic avizat precum Grigore Bușoi, ce observă mișcările profunde ale sufletului medicinei, află, în cele din urmă, că lupta pentru afirmarea unei identități intelectuale a medicului este cea mai dificilă condiție: în zilele noastre, scrie doctorul Bușoi, condiția umană este amenințată din diferite direcții – de aceea reflecția asupra soartei omului, om care are o conștiință de sine, este mereu necesară. Iar evoluția culturii est-europene în spațiul comunist și post-comunist este poate cel mai dramatic exemplu în acest sens.

Grație acestui medic distins poți veni în contact cu o lume ideatică deosebită, probabil unul dintre ultimele semne că mediciniiști cu spirit enciclopedic au fost cândva o realitate demnă de toată admirația intelectuală. Iar Grigore Bușoi este în egală măsură și un literat cu mare iubire pentru trecutul național, vădind un respect nedisimulat în ceea ce privește personalitățile acestui neam și care ne oferă bucuria întâlnirilor esențiale cu doctori precum Vasile Voiculescu, Sergiu Al-George, Constantin Bălăceanu-Stolnici, Gheorghe Brătescu, Augustin Buzura etc.

După cum scria criticul cultural Valentin Protopopescu, doctorul Bușoi este un personaj cultural pur-sânge, care promovează cu voluptate o perspectivă holistă cu privire la univers. Din punctul său de vedere, strâns argumentat în *Din adânc spre cele înalte*, toate secțiunile reflecției și creativității omenești nu reprezintă altceva decât elemente ale unui tot integrat, care funcționează structural și unitar potrivit unei orânduiei de tip cosmic.

Esențial la acest truditor într-ale medicinei, după cum singur se autointitulează, este faptul că între diferitele lumi ale activității și biografiei personale, Grigore Bușoi nu realizează nici o discontinuitate conceptuală. Și pentru a-l cita pe același Valentin Protopopescu, domnul doctor este exact acel gen de intelectual pentru care viața este un dar, iar atitudinea

față de aceasta se așterne într-o polifonie a curiozității științifice și a iubirii față de aproape. Editorialele sale ne oferă momente de filozofie a ființei umane, de meditație religioasă și nu în ultimul rând de recuperare a memoriei marilor medici români. Ca un adevărat jurnal interior pentru mai tinerii medici, care au cam uitat, din rațiuni utilitare și pecuniare, de înaltul stil moral și intelectual al medicilor de odinioară.

Cartea domniei sale, *Din adânc spre cele înalte*, se dezvoltă printr-un continuu periplu de la cotidian la spiritual, printr-un permanent du-te-vino intelectual ce se vrea ca o reflecție „post-biografică”. Astfel, autorul ne plimbă în spațiul și în timpul real, în diverse „locuri” ale vieții medicale românești, dar ne oferă și călătorii inițiatice, cu țintă culturală, sau întâlniri memorabile cu diverse personalități. Dar timpul și spațiul trăit își găsesc aici expresia, după cum va scrie autorul mai târziu, în habitatul „antropologiei ecuatoriale”.

Demersul domniei sale este fără echivoc și trasează ferm drumul acestei călătorii inițiatice: omul, căutând soluții la problemele cu care se confruntă se află în tăietura de forfecare între logic și empiric, dar mai ales între afectiv și axiologic. Pentru a aborda temeinic conceptul antropologiei ecuatoriale, simțim nevoia să recurgem la clasici, la filozofia începutului cunoașterii.

Iar spre finele periplului, la capătul drumului (înțoarce care, ea însăși, devine un drum inițiativ), eul se regăsește afectiv și intelectual, în preajma aceleiași interogații de unde și-a început călătoria. Ca și în poemul Ithaca a lui Kavafis, citându-l pe psihiatrul timișorean Mircea Lăzărescu: problema nu e cu plecările, cu călătoriile, cu orașele, cu țările, cu peregrinările prin istorie, prin continentele gândirii, prin mările și insulele lui Ulise. Problema e, când Eneadele se încheie, cu întoarcerea acasă. Cui să povestești minunățiile, ororile, năstrușniciile? Unde e repausul acela calm al tăcerii? Unde e acasă? Dar domnul doctor Bușoi închide aici cercul inițiativ: existența antropologiei ecuatoriale conferă comunității dimensiunile unei gândiri și acțiuni raționale creatoare de sens: „singura nobilitate” a omului, observa George Barițiu, este „dezvoltarea minții” pusă în slujba „spolului” continuu. Iar Titu Maiorescu împărțea urmașilor convingerile sale: „Arta vieții? Rezervă, discrețiune, cumpătare... și, în rezumat, abnegațiune.”

Medicina, parafrazându-l pe Dimitrie Gusti de acum mai bine de opt decenii, „servește adevărul și frumosul și nu urmărește decât un respect și o considerație bazată pe încrederea în menirea ei”. Efortul doctorului Bușoi este un exemplu viu pentru mai tinerii medici, care trebuie să știe că istoria adevărată se cristalizează pe istorie vie, trăită.

La Mulți Ani, Domnule Doctor,
La Mulți Ani, Revista Medicală Română!

Conf. Dr. Octavian BUDA

O BIFĂ PE RĂBOJUL PRIETENIEI

Am citit cu multă atenție articolul tău, inspirat intitulat „CULTURA PENTADICĂ A ISTORIEI”. Și pentru că orice lectură adevărată, se impune a fi repetată, l-am recitat. Mi-a plăcut.

Fiecare afirmație din articol poate constitui pretext pentru un subiect istoric. N-ai greșit alegând acest subiect, deși este deosebit de sensibil, având în vedere că cititorii lui sunt, în majoritate, medici dintr-o altă generație, decât a noastră, care n-au avut, din păcate, acces decât la o istorie comandată și nu la cea care noi știm cum a fost. Nu putem uita afirmația marelui nostru Iorga, care spunea că istoria nu este decât o aproximație de adevăr.

Fără îndoială că articolul este mai mult decât bun și va satisface așteptările celui care-l va analiza cu atenție.

În primul rând țin să-ți spun că am apreciat felul cum ai tratat cele cinci dimensiuni ale istoriei și cum ai întrevăzut sfârșitul istoriei. Citind, mi-am amintit și de felul cum Cioran și Eugen Ionescu își imaginau acest sfârșit. Eu unul, care mă află la sfârșitul drumului prin această ciudată viață, mă gândesc cu teamă la răspunsul pe care l-a dat Einstein, când a fost întrebat cu puțin timp înainte de a muri și se petrecuse dezastrul de la Hiroșima, dacă acesta va fi „un imens cimitir atomic”. Să sperăm că nu va fi așa.

Mi-a plăcut introducerea articolului, care pregătește cititorul asupra subiectului tratat.

Subiectul care tratează „Terapia reparatorie” este extrem de sensibil. Cred că numărul celor care trebuie recuperați moral este mult mai mare, desigur. Te felicit că ai prezentat cu lux de amănunte, atât cât ți-a permis spațiul unui articol, cazul savantului Paulescu. Nu cunosc un alt om de valoare în medicina românească care să fi fost marginalizat, sau chiar exclus decenii întregi pe considerente mai mult decât absurde, impuse de politica vremurilor. Și să nu mai vorbim că el, ar fi trebuit să primească Premiul Nobel pentru epocala descoperire a insulinei și nu acei canadieni.

Dar, cum am mai spus, acest capitol al „Terapiei Reparatorei” te obligă să umbli prin hățișurile tenebroase ale politicului și poate că încă n-a venit timpul s-o facem.

Ai fost înțelept, când ai expus unele aprecieri în mod voalat, pentru a nu supăra pe cei care încă n-au înțeles că istoria trebuie relatată cu maximum de acuratețe și nu trunchiată.

Mi-a plăcut cum ai exemplificat afirmațiile primului ministru australian sau, cum se spune în popor, „ai bătut șaua ca să priceapă iapa”, dar mă tem că fanatismul unora este încă prezent în mintea lor închistată.

Dragă Grigore, îți vorbesc cu deplină sinceritate, pentru că dacă n-am realizat mare lucru în trecătoarea mea viață, printr-o bogată experiență pe care mi-a

oferit-o tot istoria, de care Joyce spunea că este un coșmar din care ar vrea să scape, am căpătat suficientă înțelepciune, încât să folosesc îndoiala, acolo unde certitudinea, perversă uneori, caută să se impună. Și așa am reușit să traversez cea mai penibilă perioadă a istoriei secolului XX, fără să fac rău nimănui și să-l resping cu oroare, acolo unde-l întâlneam.

Am înțeles pe parcurs tot din faptele reprobabile ale istoriei că cei cu convingeri prea ferme, fanaticii, n-au adus decât suferință umanității.

Lucrarea ta are, după părerea mea, o finalizare excelentă.

Tot, absolut tot, reprezintă esența gândirii tale față de această problematică, greu abordabilă. Știu că ai avea multe de spus în legătură cu subiectul ales, dar înțelepciunea te oprește s-o faci sau mai precis să-ți descarci sufletul.

Da, Grigore, sunt întru totul de acord cu tine când spui că „Suntem piese într-un joc de șah, iar LUCIFER, prin NOUA ORDINE MONDIALĂ și prin mass-media, lucrează.“

După desecretizarea arhivelor marilor puteri în special, atât cât au vrut mai marii acestei lumi s-o facă, s-au putut afla multe lucruri pe care noi le bănuiam. S-a aflat, de exemplu, că revoluția bolșevică a fost generos finanțată de marile puteri occidentale. Astfel Troțki (pe numele lui Bernstein), care se afla în America, a plecat spre Petrograd cu 20 de milioane de dolari, sumă dată de socrul său, bancherul TACOR SCHIF, împreună cu 276 tovarăși comuniști, bine instruiți, cu vaporul CRISTIANA, în luna aprilie 1917. Vasul este oprit și sechestrat în rada portului canadian Halifax, iar Troțki, arestat. Un simplu telefon dat de Troțki magnatului american Mendel House, mason marxist, și vasul este lăsat să-și continue drumul liniștit spre Petrograd. În același timp, LENIN pleca din Zürich împreună cu 30 de tovarăși, care-și petrecuseră veacul prin Elveția, îmbarcați în celebrul vagon care n-a fost lăsat să traverseze Germania decât plumbuit, ca nu cumva vreunul să coboare pe teritoriul acestei țări.

Pe peronul gării din Zürich, Lenin era însoțit de Zinoviev, Kamenev și Münzenberg, agent sovietic care acționa pe teritoriul Europei și al Americii. A devenit celebră (bineînțeles pentru cei care au aflat-o) afirmația temătoare, a lui Lenin, pe acest peron: „Dacă în șase luni nu vom lua puterea în Rusia, vom fi atârnați în ștreang“. Lenin pleca și el cu foarte mulți bani dați de bancherii germani, cu care ulterior a înființat „Gărzile roșii“.

Stalin sosise deja la Petrograd, venit dintr-un lagăr din Siberia, de unde fusese eliberat, și toți cei trei în același timp, în luna aprilie. Și atunci, cum am putea să ne mai îndoim că revoluția rusă din 1917 n-a fost mâna acelei Ordini Mondiale? Sper că nu te-am plictisit, dar și aceste date fac parte din istoria care nu

se mediatizează. Sunt însă doar mici detalii, din vastul domeniu al istoriei. În rest, o mare tăcere din partea celor care ar trebui, poate, să vorbească.

Tu spui, la un moment dat, că cea mai mare deziluzie a ta a fost, probabil, și a altor mulți conaționali și a mea, desigur, perioada post '89, când România intră în derivă. Oare atunci a intrat România în derivă? Nici vorbă, ea intrase deja, mai de mult, acum jucându-se doar finalul unei partide pierdute. Și cine au fost jongleurii care veneau să devalizeze țara într-un asemenea hal? Pe ce mână jucaseră ei până atunci? Cine sunt cei care au vândut străinilor toate bogățiile acestei nefericite țări? Da, Grigore, sunt sigur că „Blestemul celor mulți și săraci îi va ajunge pe toți stricătorii de țară și pe urmașii lor.“ Te felicit pentru această minunată judecată care dezvăluie și multă înțelepciune. Această Românie nefericită de acum își are obârșia în trecutul ei blestemat. Pentru mine România a intrat în derivă cu mult mai de mult, și anume din 1940. Nu revin asupra evenimentelor care au dus progresiv la degradarea morală în special a națiunii noastre, pentru care tu pui atâta suflet și te felicit pentru tot ce faci.

Pentru mine, a doua deziluzie a fost atunci când mi-am dat seama că ideile socialismului adevărat au intrat pe mâna unor impostori, ajungând acolo unde știm. Deși n-am fost niciodată de acord cu anticreștinismul lui, mă gândesc la cele spuse de Panait Istrati care ajunsese să nu mai creadă în nimic.

Dar oare liberalismul este mai convingător? Desigur, vom putea vedea doar atunci când este aplicat cu discernământ și nu a intrat pe mâna unor șarlatani. De fapt, liberalismul a trădat atunci când a pactizat cu extrema stângă, cu comunismul de tip stalinist.

Nici stânga și nici dreapta nu sunt îngeri de pus la piept, atâta vreme cât omul este așa cum este, imperfect. Dar nu sunt eu în măsură să-mi formulez opinii.

Mi-a plăcut fraza ta în care spui: „Las pe fiecare cititor să vină cu gândurile sale ziditoare întru asigurarea continuității neamului.“

Tu mai spui în „Notațiile finale“ afirmația lui Kant: „Un popor ignorant este foarte ușor de manipulat“. Cele ce se întâmplă sub ochii noștri astăzi, vin să confirme afirmația lui Kant.

Ar fi foarte multe de spus privitor la ignoranța în care din nefericire se află nu poporul, ci populația acestei țări, căci el a fost transformat într-o masă de oameni care a ajuns să fie manipulată ușor de politicienii dominați de interese mercantile.

Da, avem nevoie de un naționalism luminat, însă fără fanatism sau xenofobie, trăsături pe care poporul nostru nu le-a practicat.

Din discuțiile purtate cu oameni valoroși – intelectuali cu pregătire de necontestat – am putut constata cât de eficientă a fost îndoctrinarea ideologică, făcută după metoda chinezescă, picătură cu picătură, încât

Marx ar trebui să fie mândru că a reușit să înnebunească atât lumea (de acolo din mormânt, unde se află).

Îmi vin în minte vorbele lui Einstein, care spunea: „E mai greu să dezagregi o prejudecată, decât un atom“.

Iar Tolstoi afirma: „Nu-i rușinos să-ți schimbi convingerile, ci, din contră, e mai rușinos să nu ți le schimbi, pentru că sensul vieții constă într-o înțelegere din ce în ce mai mare a ta însuși și a lumii, încât e rușinos să nu ți le schimbi“.

Am înțeles atitudinea doctorului Gh. Brătescu, marxist convins și nu făcut la grămadă, care a reușit, târziu e drept, dar a reușit să înțeleagă că a fost victima unei iluzii, a unei utopii dobândite în tinerețe.

Dar cât de multe alte lucruri s-ar putea spune despre acest subiect... Marasmul societății actuale nu este străin de greșita înțelegere a unui fenomen cu conotații atât de adânci.

Revin la Terapia Recuperării și trebuie să-ți spun că mi-a plăcut aprecierea legată de protocranism, că „viitura a ras însă nu numai exagerările și stupiditățile, ci și anumite fapte și idei concrete din istoria științei românești“. Da, așa este, s-a uzat cam de același procedeu folosit și de cei care, în perioada de sovietizare, au șters tot ce fusese valoros în cultura și știința românească, când pe Eminescu îl redusese doar la poezia „Împărat și proletar“, iar cine amintea de celebra „Doină“ risca enorm de mult, când Lucian Blaga a fost alungat din Academie și ostracizat și când ... așa mai departe.

Douăzeci de ani n-au fost de ajuns pentru limpezirea apelor, mai sunt necesare alte generații probabil, căci permanentă este doar schimbarea.

Ai făcut bine că ai amintit că România este apreciată în lume pentru prietenia și ospitalitatea arătată popoarelor și minorităților aflate în suferință. Cum s-ar putea uita ajutorul mai mult decât frățesc dat polonezilor, când țara le-a fost prădată de marii invadatori. Puțini știi poate că, dacă nu le-am fi ușurat trecerea tezaurului lor prin țara noastră spre Constanța, unde aștepta un vapor pentru a-l transporta în Anglia, unde s-a păstrat în condiții corecte și redat Poloniei după ce furtuna a trecut, ar fi avut aceeași soartă ca tezaurul nostru, pe care nici astăzi n-avem prea multe șanse să-l recăpătăm. Îmi amintesc cum, în 1939, polonezii s-au refugiat la noi, căci pe atunci aveam graniță comună. AM FOST IMPRESIONAT văzând chipurile lor speriate și mașinile ciuruite de gloanțe la trecerea graniței. Atunci am văzut primele semne ale războiului, ce urma să fie pustiitor și pentru noi.

Ai făcut bine că ai menționat și martirologia poporului armean, etnie cu care noi am trăit și trăim în cele mai bune relații de sute de ani.

După cum vezi, am încercat să trec în revistă doar unele aspecte ale interesantului articol pe care l-ai prezentat.

Am convingerea că chiar și tinerii cititori ai revistei vor înțelege că viitorul nu se poate clădi decât pe rădăcinile adânc înfipte în trecutul istoric al neamului nostru, chiar dacă astăzi jefuitorii și-au făcut de cap.

Mi-a plăcut convingerea ta că soluția salvatoare este imnul nostru național „Deșteaptă-te române!“ Este de fapt convingerea celor care nu și-au pierdut speranța în reînvierea României.

Să dea Dumnezeu ca așa să fie!

Te îmbrățișez
Dr. Nicolae STĂNICEL

IMPERATIVUL GÂNDIRII CLINICE

Actul medical însumează etapa precizării diagnosticului, inclusiv a cauzelor, cu cea a aplicării tratamentului adecvat. Este o activitate complexă, care începe prin prospectarea senzorială (amplificată de cea instrumentală) și continuă cu raționamentul (analiza datelor clinice și paraclinice, integrarea lor într-unul din conceptele de „boală“ și elaborarea strategiilor terapeutice).

Diagnosticul a fost din antichitate piatra de temelie a actului medical: *Diagnosis certa ullae therapiae fundamentum*. Ideea a fost subliniată și în era modernă: „Zei au pus diagnosticul înaintea terapiei“ (O. Naegeli). Denumirea bolii era pur descriptivă în medicina hipocratică, după simptomul dominant: „febră“, „astm“, „diaree“, „constipație“, „anemie“, „cianoză“, „icter“, „hidropizie“, „consumpție“, „algie“ etc. Rareori se putea spune mai mult: „calculi“ (când erau eliminați), „tumoare“ (când era palpabilă). Dezvoltarea generală a științelor, după modelul taxonomiei botanice a lui Linne, a dus și în medicină la construirea unui sistem nosografic. Thomas Sydenham (sec. al XVIII-lea) recomanda: „În primul rând este necesar ca toate bolile să fie reduse la specii definite și sigure, cu aceeași grijă pe care o vedem demonstrată de botaniști“.

Primele diferențieri științifice s-au bazat pe aspectul anatomopatologic (epoca autopsiilor, dominată de Bichat și Morgagni, sec. al XIX-lea). Virchow a dezvoltat fundamentarea histopatologică și a înlocuit vechea teorie umorală a bolilor cu teoria celulară. Nașterea bacteriologiei a stimulat clasificarea etiologică: prin factori mecanici, fizici, chimici, bacterieni, parazitari etc. Au urmat alte noi științe, fiecare cu entități specifice lor: genetice, alergice, imune, virale, psihosomatice etc. Problematika a devenit tot mai complexă. De exemplu, „diareea“ (dia rhein, l.gr. = a trece prin) s-a diversificat progresiv, până la conturarea „sindromului de malabsorbție“ (Cross, 1953), care înglobează zeci de boli. Ceea ce senumea „arterioscleroză“

(Lobstein, 1833) s-a dezmembrat în cinci-șase entități, care au în centru „ateroscleroza“ (Marchand, 1904).

Nosografia nu poate însă respecta întotdeauna regula logică elementară a clasificării: criteriul unic. Se recurge de aceea, ca marker identitar specific, la multiple repere: simptome (descrise de bolnav), semne fizice (observate de medic), modificări macroscopice, leziuni histopatologice, tulburări funcționale, defecte biochimice, alterații microstructurale, anomalii genetice, cauză etc.

Treptele istoriei se străbat greu. Pare de necrezut, dar noțiunea de „hepatită cronică“ nu exista până în 1946 (Kalk) și nici cea de „colagenoză“ până în 1948 (Klemperer). Identificarea „bolii Besnier-Boeck-Schaumann“ (astfel omologată de Jungling, 1919) a fost precedată de mai multe faze: descrierea leziunilor cutanate ca morbus suis generis (Hutchinson, 1877, Besnier, 1889 și Boeck, 1899), semnalarea asocierii acestora cu manifestări pulmonare (Schaumann, 1917), descoperirea unei „noi“ boli osoase, osteitis cystica (Morosov și Perthes, 1908). Toate configurează de fapt aceeași entitate, cu multiple localizări: „sarcoidoza benignă“. Dacă natura ei imună este acceptată, cauzele rămân mai departe controversate.

Structura logică a unei operații diagnostice este identică celei din descoperirea științifică, ambele reprezentând momente noi în cunoaștere. Ca și cercetătorul, medicul pleacă adeseori de la anumite observații, semnalate obișnuit de bolnavul însuși: manifestările revelatorii. El le completează mai printr-o metodă științifică. Informațiile senzoriale sunt amplificate de instrumente, în cazul imaginii, microscopie, radiologie, endoscopie, ecografie, scintigrafie, computer-tomografie, rezonanță magnetică nucleară etc. Observația dirijată de acuzele subiective va fi completată cu cea activă, sistematică (examen general!), inclusiv de triere („screening“).

Prelucrarea („interpretarea?“) datelor clinice se face prin operațiile raționale comune: analiză, cantificare, comparație, clasificare, cauzalitate ș.a. Punctul final este încadrarea nosografică (diagnosticul), prin care se face saltul de la simptom și sindrom la boală, de la concret la teorie. Toți iluștrii clinicieni au fost mai întâi de toate mari diagnosticieni (fler? lanț silogistic scurt-circuitat?). Este cheia succesului, cu accentul când pe latura senzorială, când pe cea rațională, amândouă la fel de importante.

Despre acest demers Corrigan spunea: „Nenorocirea celor mai mulți medici constă nu în faptul că nu știu atât cât trebuie să știe, ci în faptul că nu văd totul“. Chauffard aprecia că „un medic poate greși prin ignoranță, dar nu trebuie să greșască prin neglijență“. Mai țintit: „Un medic se poate întotdeauna înșela, dar nu are dreptul să neglijeze o examinare care i-ar fi permis să nu se înșele“ (Widal). Datorăm lui Iuliu Hațieganu o viziune integrativă asupra ambelor mo-

dalități de abordare: „Observația nu este numai perceptuală, ci și interpretativă“.

Principala mișcare a gândirii diagnostice este, în esență, inductivă. Suntem tributari în această viziune lui Aristotel, părintele inducției, pentru definițiile sale: „trecerea de la sensibil la inteligibil“, „ridicarea de la individual la general“. Francis Bacon, filozof cu studii de medicină, a perfectat în Renaștere metodologia cunoașterii inductive: „Metoda mea se sprijină pe experiența gândită“. Tot el a postulat principiul: *Scire est per causas scire*. Nu este lipsit de importanță că și John Locke, autorul faimoasei maxime: *Nihil est in intellectu, quod non prius fuerit in sensu* era medic. Aceeași orientare exprimă David Hume: „Numai un nebun sau unul lipsit de minte nu se bizuie pe inducție“. Și iluștrul Sydenham, în faza de început a științurii medicinei, recomanda: „A începe prin a observa și nu prin a raționa“. Tot el avertiza: „Dacă aș fi început prin a raționa în loc să încep a observa, aș fi clădit în aer, și aș fi fost tot atât de imprudent ca și acela care vrea să pună acoperișul pe un edificiu, înainte de a-i zidi fundațiile“.

Descartes a raționalizat procesul cunoașterii, impunând atenției „îndoiala metodică“: „Tot ce am acceptat până acum ca adevărat și sigur, am învățat prin simțuri. Am constatat însă câteodată că aceste simțuri sunt înșelătoare și este prudent să nu te încrezi niciodată cu totul în ele“. De aici maxima lui: *Dubito ergo cogito*. Era spiritul noilor vremi, care readucea medicina de la dogmele antichității, învățate din vechile texte (Sic dixit Gallienus), la observația naturii: „Medicina trebuie să nu se clădească pe teorii prăfuite, ci pe examenul bolnavului“ (Giorgio Baglivi). Se dezvoltă, în același timp, „spiritul verifcăționist“, care consolida puterea de adevăr a cunoașterii. Pentru medicină, el satisfăcea într-un grad înalt responsabilitatea, scutind de multe tipuri de erori.

Criticismul kantian a pus capăt polemicii dintre cele două componente ale cunoașterii: „Fără simțuri nu ne-ar fi dat nici un obiect și fără intelect nici unul n-ar fi gândit“. Mai târziu, de la modelul medical al cunoașterii – o filozofie nescrisă – a plecat William James, medic și el, când a fondat filozofia pragmatistă a adevărului. Pentru ca, la un congres al naturaliștilor din 1958, Karl Jaspers să enunțe: „Practica medicilor este o filozofie concretă“.

Într-adevăr, într-o primă etapă medicul culege semnele bolii (subiective și obiective). Operația se face prin anamneză, examen obiectiv și explorări de laborator, cu respectarea principiului: *Non ab un signo sed a consensu omnium* („nu pe baza unui singur semn, ci prin consensul tuturor“). Urmează prima lor articulară sub formă de sindroame. Abia în final se circumscrie diagnosticul complet, așa cum este omologat în tratatele de specialitate.

Într-o analiză mai atentă, mersul gândirii clinice de la simptom la boală este extrem de sinuos, mai

curând o căutare în labirint, o succesiune de încercări și eșecuri, orientată de ipotezele sugerate de fiecare informație dobândită. În acest fel, gradul de cunoaștere crește progresiv, pas cu pas. Medicul problematizează fiecare informație sub lumina cunoștințelor sale teoretice. Cunoașterea senzorială alternează cu cea rațională, inducția cu deducția, verificându-se reciproc. Ca medic consacrat cercetării experimentale, Claude Bernard aprecia că separația dintre inducție și deducție este greu de făcut în practică. Ramon y Cajal susținea, asemănător, unitatea funcțională a celor două procese în cercetare, cu nuanțarea că experiența nu urmărește linia clasică ipotetico-deductivă, ci mai curând o spirală inductivo-ipotetico-deductivă.

În actul medical inducția sugerează mai multe ipoteze diagnostice pe care rațiunea le analizează critic, stabilind gradul lor de probabilitate. Acest mers caracteristic al gândirii a fost observat de mult. Botkin vedea în diagnostic „o ipoteză mai mult sau mai puțin probabilă, pe care trebuie s-o verificăm“. Această pendulare între planul senzorial (simptomele) și planul teoretic (conceptele de boală) încetează când s-a atins un prag acceptabil de certitudine. Idealul ar fi certitudinea absolută, dar, în medicină, de multe ori rămânem în zona probabilității. Este o caracteristică observată și de Norbert Wiener: „Medicina este o știință semiexactă și datele medicale sunt vagi“. Înțelegem de ce s-a putut spune: „Decizia în diagnostic se face sub nesiguranță, decizia în tratament se face sub risc“ (R. Gross).

Metoda algoritmului, o succesiune fixă de întrebări, cu răspunsuri binare „da-nu“ este lipsită de flexibilitate și nu ne satisface în toate cazurile. Mai fertilă poate fi gândirea creativă, de tip euristic, pe care se bazează cercetarea științifică.

Mai există și diagnosticul „activ“, rezultat din screeningul efectuat în anumite situații cu risc teoretic știut, în lipsa semnelor de boală. Aici mersul gândirii are alt curs: punctul de plecare este ipoteza, „punerea problemei“.

Proiectarea bolii în viitor se face prin prognoză, o modalitate specifică de raționament care stă sub semnul probabilității statistice. Și aici se procedează metodic, analizând mai multe aspecte: *quo ad vitam, quo ad longitudinem vitae, quo ad sanationem, quo ad laborem*. Momentul final revine gândirii terapeutice, care se desfășoară în jurul unui ciclu de întrebări, selectate printr-o experiență de secole: *Dator e ce, de ce, când, cât și cum/S-arate orice medic leaurile când scrie* (Regimul Salernitan, sec. XIII). Cele trei fațete alcătuiesc, unitar, gândirea clinică, întotdeauna concretă și individualizată la un anumit bolnav.

Recent s-a propus, cu deosebit succes, un concept rigorist: „medicina bazată pe dovezi“ (1992). De multe ori suntem, totuși, siliți să operăm – „până la proba contrarie“ – cu probabilități și nu cu certitudini:

este diagnosticul provizoriu, ex juvantibus, este testarea terapeutică. Imperativul exactității rămâne, atunci, un deziderat de viitor. Aș spune, parafrazând: *Efficiens qui potuit morbi cognoscere causas*, pentru că numai atunci intervenția noastră este radicală, când au fost suprimate condițiile declanșatoare.

Medicina nu poate fi scutită de erori. Riscul începe de la anamneză, cu informațiile furnizate de bolnav, cu sau fără intenție (v. „sindromul Munchausen“). Calitatea interogatoriului nu le poate preveni întotdeauna. Examenul obiectiv poate fi incomplet (omisiuni) sau înșelător (fără verificare), dar și interpretarea datelor poate fi greșită. Explorarea instrumentală ascunde, la rândul ei, numeroase capcane. Succesul terapeutic rămâne de aceea ultima probă a diagnosticului, cea care îl confirmă. Nu merge bine? Va trebui revizuit! Fără a neglija problematica pe care o implică fiecare decizie: a trata sau a nu trata (opera)? care este raportul beneficiu-risc? Din asemenea dileme a luat naștere farmacovigilența.

Dacă omisiunile exploratorii sunt cele mai frecvente, nici excesul exploraționist nu trebuie uitat. El nu ține numai de opțiunea medicului, ci și a bolnavilor anxioși, hipocondriaci sau care fetișizează examinările.

Grație implicării gândirii, actul medical beneficiază de o abordare integrativă („holistică“) a bolii, în toate interrelațiile care o definesc și în dinamica ei deseori imprezvizibilă, sub semnul unui adevăr relativ, așa cum, inevitabil, se găsește.

Prof. Dr. Doc. Dumitru DUMITRAȘCU
U.M.F. „Iuliu Hațieganu“, Cluj-Napoca

VOCE – CUVÂNT – COMUNICARE – LIMBAJ

Fragmente din conferința ținută la TNB în 25 martie 2012

Cele patru noțiuni enunțate în titlu sunt fundamentale în procesul comunicării interumane.

Comunicarea între oameni a fost, este și va fi motorul evoluției societății omenești de la individ – trib – popoare – uniuni de popoare – mondializare.

Prin comunicare s-au dezvoltat științele, artele, civilizația, cultură și filozofia. Așadar, la studiul comunicării interumane contribuie atât științele medicale, biologia, cât și științele exacte – matematică, fizică, științele umaniste, lingvistică, fonetică, psihologie, filozofie etc.

Comunicarea a devenit fundamental necesară între indivizi din clipa în care omul s-a ridicat în poziție bipedă și aparatul său respirator și fonator s-au adaptat treptat la emiterea de sunete articulate. Omul primitiv a simțit nevoia de comunicare pentru a-și procura hrana, pentru a se apăra sau pentru a-și exprima suferința.

Comunicarea interumană, care se pare că a debutat în urmă cu 4 milioane de ani, a folosit la început sunete onomatopice, imitații ale păsărilor sau ale zgomotului naturii înconjurătoare. Au fost primele „melodii” și „cântece” – care pe parcurs s-au dezvoltat oferindu-ne toate tipurile de muzică instrumentală și vocală, ajungând până la muzica matematică inițiată recent la Paris de compatriotul nostru Xenakis.

Comunicarea interumană – noocomunicarea – se face după modelul biologic – biocomunicare.

Biocomunicarea asigură echilibrul între sistemele, țesuturile și celulele corpului uman, permițându-i o evoluție normală și performanță fizică, în timp ce **noocomunicarea** reprezintă înțelegerea, abstractizarea semnalelor primite, adică trecerea de la natură la cultură.

Primele informații privind nevoia omului de a comunica le găsim în capitolul XI din Geneza – intitulat Turnul Babel.

În epoca modernă, Comunicarea este generator de cultură, Comunicarea înseamnă viață, Comunicarea înseamnă civilizație: „Comunică deci există”.

A trăi înseamnă în același timp să fii capabil să dai, să primești și să împrumuți.

O. Paler: „*Ca să nu fiu singur, simt nevoia să împart cu alții ceea ce știu*” sau

I. Anghel – din poemul *Nostalgie*:

„*Sunt izolat ca Robinson Crusoe*

Nu vine nime-n ușa mea să bată

Și dacă stau cu ușa încuiată

E ca și cum de mine n-aș avea nevoie”.

În fenomenul comunicării, lingvistica intervine în studiul mesajului bipolar al comunicării verbale; psihologia studiază mesajul interpersonal non-lingvistic; sociologia urmărește audiența și efectul mesajului la nivelul maselor, iar matematica și fizica oferă suportul științific al comunicării la distanță.

Vocea – este instrumentul fundamental al comunicării, pentru ca prin voce și mesajul ei se realizează *relația limbaj – inteligență – cultură – memorie*.

Memoria este fenomenul integrării tuturor informațiilor vechi și noi într-un sistem coerent de gândire – Logica. Memoria este imediată sau de durată.

Memoria imediată oferă persoanei capacitatea de a răspunde la mai multe întrebări simultan sau de a face mai multe lucruri deodată (Cezar, Napoleon dictau mai multe scrisori sau dădeau și urmăreau mai multe ordine deodată).

Capacitatea maximă de depozitare a informațiilor de către creier este până la 40 ani. De la această vârstă începe îmbătrânirea neuronilor, iar lipsa de antrenament neuronal duce la scăderea memoriei și la uitare. I. Kant „*Dacă nu ar exista somnul și uitarea omul ar fi cea mai nenorocită ființă*”.

Inteligența – este moștenită. Ea se poate cultiva, ordona, dezvolta prin comunicare. Inteligența este în

strânsă corelație cu conștiința, caracterul și dimensiunea sinelui, a eului propriu. Aproximarea sau separarea de Divinitate se bazează pe aceste însușiri, la care se adaugă și nivelul și valoarea cunoștințelor științifice acumulate. Neuroștiințele nu au elucidat până în prezent esența inteligenței – deci nu au putut contrazice faptul că este un dar Divin, ca „*omul este făcut după chipul și asemănarea lui Dumnezeu*” conform dogmelor religioase. Rămâne o enigmă de ce în laboratorul sau de laureat Nobel marele savant danez avea atârnată o potcoavă originală sau de ce pe patul de moarte liber cugetatorul Voltaire a strigat „*Dacă Dumnezeu nu există, ar fi trebuit să fie inventat*”.

Inteligența nu depinde de greutatea creierului, așa cum se credea, ci de felul în care sunt folosiți cei peste trei miliarde de neuroni, fiecare putând avea la rândul său în jur de 400.000 de conexiuni. Omul obișnuit folosește din acest inestimabil patrimoniu doar 12-15%, dar geniile depășesc cu mult această cifră.

Greutatea creierului împreună cu mediul lichid (LCR, sânge) conținut de cutia craniană este de 1,5 kg. Există o asimetrie funcțională între cele două emisfere, în detrimentul celei drepte. Receptarea selectivă pentru limbajul verbal se face cu urechea dreaptă, în timp ce mesajele non-verbale sunt percepute mai bine de urechea stângă.

Inteligența artificială poate avea performanțe, dar ea este lipsită de conștiință. Kasparov a putut fi bătut la șah de computer, dar computerul nu a manifestat nicio emoție, nicio bucurie pentru această victorie.

Comunicarea interumană se face în proporție de 4/5 prin voce – verbal – comunicare verbală. În ultima 1/5 se include comunicarea paraverbală: mimica-gestică, vizuală, melodică-muzicală, prin scris. În activitatea noastră zilnică vorbim în 40% din timp, ascultăm mesaje verbale 35% din timp, scriem sau citim 10-15% din timp. Așadar vocea – cuvântul – limba sunt mijloacele fundamentale ale comunicării.

Vocea este capacitatea exclusivă a omului de a emite sunete articulate. Vocea se face înțeleasă prin cuvinte create prin conexiuni realizate la nivelul creierului.

Cuvântul (latinescul *conventum* = înțelegere) este unitatea de bază a vocabularului. Cuvântului i se asociază un sens sau un complex de sensuri. În funcție de încărcătura în sensuri putem vorbi despre: cuvânt primitiv, cuvânt simplu, cuvânt compus, cuvânt matcă, cuvânt argotic. Cuvântul are o putere deosebită. După modul în care este exprimat, după încărcătura semantică, el impresionează, emoționează, produce un efect, o reacție.

Heidegger: „*Cuvântul este la dispoziția vorbitorului; se poate merge de la literal la banal, la flecareală, la o simplă emisiune sonoră. Cuvântul este un instrument de acțiune și putere.*”

Limbajul este un sistem constituit din voce și cuvânt. Sistemul unui limbaj este structurat pentru încadrarea în colectivitate, pentru a transmite și primi mesaje de la ceilalți.

Grija pentru voce, cuvânt și limbaj există încă din antichitate. Evreii și grecii cultivau vorbirea corectă, dicția, oratoria. Corectarea viciilor de vorbire – Diogene. Cinci dintre cele șapte arte sunt dedicate vorbirii: Callyope (arta elocinței), Polymnia (arta retoricii), Thalia (arta comediei), Melpomene (arta tragediei), Erato (arta lirică-poetică).

Foniatria este disciplina medicală care se ocupă cu studiul vocii, cu formarea, întreținerea, repararea și recuperarea vocala prin disciplinarea respirației, pronunție corectă, integritatea buclei audio-fonatorii și coordonarea gestuală.

Foniatria modernă a fost dezvoltată în Europa de cehul Seemann, reluând pe baze tehnice și cunoștințe moderne vechea preocupare antică pentru elocință și oratorie. Scopul foniatriei este astăzi, pe lângă efortul terapeutic și prevenirea sau tratarea defectelor de vorbire încă din grădiniță, precum și formarea prin studii universitare a foniatrilor și logopezilor.

La dezvoltarea foniatriei a contribuit în mod substanțial **fonetica**. În România primele laboratoare de fonetică s-au înființat la Cluj în 1921 de către Prof. Iosif Popovici și la București în 1929 – Prof. Rossetti. De menționat că cei doi mari lingviști au fost elevii abatelui Rousselot, creatorul foneticii experimentale, iar primul tratat românesc de foniatrie a fost editat de profesorii Gârbea și Catul, la Sibiu, în 1968. Tratatul își păstrează valoarea și modernitatea și azi.

Vocea umană – reprezintă cartea de vizită a profesionistului vocal, a cântărețului, oratorului, profesorului etc. În structura vocii se studiază intensitatea, tonalitatea, înălțimea și timbrul. De la emiterea sunetului primar laringian până la vocea finală trecută prin structurile de rezonanță supralaringiene, toate elementele supraadăugate fac parte din **prozodia vocii**.

Elementele prozodice dau *valoarea semantică a vocii*, adică calitatea care facilitează o percepere mai bună a mesajului. La profesioniștii vocii valoarea semantică poate fi mai importantă decât cuvântul în sine. Efectul semantic al vocii este direct proporțional cu structura prozodiei, adică viteza emiterii fonemelor (230-250 ms), accentul, melodicitatea, intonația, variația frecvențelor fundamentale, articularea, impositația, dicția, antrenamentul și educația vocii. (cd – vezi discurs Călinescu)

Vocea este o *expresie a Eu-lui*. Alături de gest, mimică, postură, inteligență și sensibilitate, memorie și cultură, definește *Sinele*, dă conturul spiritual și uman al persoanei, valoarea sa socială și profesională.

După modul de folosire, vocea creează emoții și sentimente, produce empatie, simpatie, antipatie, într-un cuvânt contribuie la *Carisma*.

De exemplu, Sanda Manu spunea despre Oana Pellea în „Vocea Umană” de Jean Cocteau: „*Vocea umană a Oanei Pellea: un telefon, un bărbat care-i vorbește, ea îl aude și suflul ei devine sonor*”.

Vocea este proprie fiecărui individ. Nu există în lume două voci perfect asemănătoare. Acest lucru a fost dovedit prin analiza spectrală a vocii, care studiază fonemele, difonele și polisonele, care au ca rezultat al combinării lor cuvântul.

Vocea cântăreților se apreciază prin *vibrato*. Acesta reprezintă combinarea ideală a sunetului primar cu armonicile. După felul vibrato-ului, vocile cântăreților se încadrează în registrul de piept (tenor, bariton, bas), de cap (soprano, alto, mezzo) sau combinat. Școala de canto este creatoare și modelatoare de voci cântate. Ea se dezvoltă începând din epoca mozart iană, când se renunță la „tenorii castrați”. Prin educație apar tenorii lirici, tenorii lejeri, tenorul spint iar pentru vocile feminine soprana de coloratură (Traviata), soprana lirică (Trubadurul, Boema), soprana spintă (Aida), mezzosoprana (Carmen, Bărbierul), alto (Macbeth).

Clasificarea vocilor cântăreților se face atât prin examen clinic ORL și laringostroboscopic, cât și prin ascultare. Ascultarea vocilor are în vedere: ambitusul sau vibrația corzilor vocale; intensitatea – lungimea expirului și antrenamentul diafragmului; timbrul; durata; justețea sau claritatea vocii; suplețea sau „discursul muzical” adică trecerea rapidă, fără sacade de la o nuanță sonoră la alta și registrul vocal – acut, intermediar sau grav.

Tonul vocii este principalul vector al mesajului paraverbal: „*Tonul face muzica*”. Îmbracă diferite nuanțe care pornesc de la tonul de bază, trec prin trepte intermediare și ajung la tonul înalt, țipăt.

Tonul de bază este un ton cu frecvență joasă, este calm, liniștitor, încrezător – produce o reacție de liniștire, de supunere, de ascultare. Este tonul parental, al duhovnicilor, al profesorilor, al preoților și judecătorilor.

Tonul înalt, subțire, sacadat, strident, repezit, agitat, smiorcăit, tradează un control cortical fragil asupra sentimentelor, emoțiilor și vocii. Exprimă nemulțumire, nervozitate, nesiguranță, teamă, provocare.

Vocea urmează fidel emoția. Emoția reprezintă răspunsul imediat la un stimul din mediu. Stimulul alertează brusc și neașteptat creierul. Un creier echilibrat, bine controlat, poate stăpâni emoția, nu o trădează. În schimb, sistemul autonom neuro-vegetativ nu poate fi controlat de creier și se tradează prin roșeață, transpirație, extremități reci. În cursul unei reacții emotive vocea poate deveni subțire sau rugoasă, sacadată, tremurătoare, gătuită, aspră sau poate să dispară (muțenie). Tipuri de emoții care influențează vocea: veselie, surpriză, dragoste (sexy), spaimă, scârbă,

tristețe, descurajare, frică, indignare, melancolie, nervozitate.

Vocea își poate păstra calitățile prin antrenamentul care urmărește volumul respirator și controlul excursiilor diafragmului, impostajia corectă (controlul mișcărilor valului palatin), eliminarea sacadelor, a nazalizării și a stridențelor.

Dicția face, de asemenea, parte din antrenamentul vocal. Ea se referă la pronunția corectă, fără efort, vorbirea într-o gamă largă de tonalități, abilitatea de a folosi pauzele, de a plasa accentele, bâlbele, suspinele, interjecțiile, oftaturile.

Există curiozități vocale greu de explicat:

- vocile diafonice – cântă sau vorbesc simultan pe două tonuri diferite. Se întâlnesc la păstorii mongoli. Se pare că un ton este perceput de animale, iar celălalt este un semnal pentru oameni.
- Vocea Yma Sumac – acoperă simultan 4 octave
- Vocea contratenorilor – registru de tenor și de soprano sau alto
- Yodeling – vocea locuitorilor din Alpii Germaniei și Elveției cu registru simultan de piept și de cap.

Evoluția vocii urmează fidel vârsta și parcursul hormonal al individului. Până la 6 ani vocea este comună, indistinctă pentru băieți sau fetițe. La pubertate intervine armonizarea vocii cu trupul – laringele devine organ sexual secundar. Separația vocilor la pubertate determină recunoașterea sexului după voce în proporție de 94%. Pubertatea, odată cu definitivarea vocii, dă imaginea *Sinelui*, realizează dimensiunea propriului *Eu*.

Presbifonia – vocea îmbătrânită, apare odată cu degradarea ADN-ului și acumularea în exces a radicalilor liberi într-un context gerontologic general, odată cu alterarea auzului și deteriorarea buclei audiofonatorii, cu sindromul de instabilitate și întreg corolarul de fenomene de uzură a organismului.

Din nefericire, toate acestea conduc la deteriorarea eului, a imaginii de sine, cu sentimentul de inutilitate, fobii, tendința la insingurare, tulburări de cogniție și memorie, labilitate psihică etc.

Odată cu creșterea duratei de viață, medicina vârstnicului este, după concepția Prof. Ana Aslan, o problemă politico-socio-medicală.

Caracterele vocii îmbătrânite: intensitate scăzută, frecvențele sonore fundamentale sunt afectate, armonicele se împuținează, timbrul scade, iar controlul auditiv al vocii este alterat.

Pentru a stimula comunicarea, vocea umană trebuie să aibă o simbolistică puternică, „creative speaking“, să emoționeze, elementele prozodice ale vocii trebuie să se ridice deasupra cuvântului simplu. Simbolistica

mesajului poate beneficia și de accesorii vocale cum ar fi: mesajul vizual, silueta facială, mimica – mișcările ochilor și sincronizarea lor cu vocea, mișcarea buzelor, postura. Accesoriul muzical este, de asemenea, important în sublinierea mesajului vocal.

Așadar, în comunicarea interumană, *vocea trebuie să exprime o atitudine*. Atitudinea variază după tipul de comunicare vocală: de la dialog – la comunicare restrânsă (aule, amfiteatre, săli de teatru sau operă) – la comunicarea de masă – largă, până la discursul politic.

Discursul de masă și politic este **oratoria modernă**. Atunci când este spontan, dezvăluie personalitatea oratorului. Atunci când este pregătit, conținutul discursului se detașează de personalitatea oratorului. În discursul politic se pot întâlni două atitudini distincte: să spui lucruri la care se așteaptă toată lumea sau – să șochezi, spunând lucruri derutante, percutante. Discursul percutant sugerează maselor că au în fața lor pe liderul dorit. Discursul credibil este acela care emană emoție, sinceritate, inteligență, care are conotații culturale și filozofice.

Efectul terapeutic al vocii (vocea terapeutică) este singurul remediu cu care operează psihanaliza și psihoterapia.

Într-o societate dominată de nesiguranță, teamă, instabilitate, violență, ură și vulgaritate, psihanaliza investighează simțămintele și simbolurile cu privire la noi înșine, iar psihoterapia încearcă restabilirea și reechilibrarea eului nostru tulburat. În ambele situații, vocea este singurul mijloc de comunicare și terapie.

LIMBAJ – LIMBĂ – COMUNICARE

Limba este un organ anatomic care intervine în vorbire.

Limba ca simbol figurativ – suport al limbajului – reprezintă graiul unui popor. Este un sistem de comunicare specific oamenilor, alcătuit din vocabular.

Limbajul este modul de exprimare al unei persoane, al unei categorii sociale sau profesionale. Limbajul poate fi în funcție de cultură, inteligență sau situație – academic, profesional, lejer, colocvial, argotic, vulgar: „*Le styl c'est l'homme*“.

Limbajul – vocabularul – modul de exprimare sunt într-o dinamică continuă. **Horatiu**, în „*Ars Poetica*“, referindu-se la mișcarea cuvintelor, spunea în „*Jus et norma loquendi*“, următoarele:

„*Multe cuvinte care au dispărut vor renaște și multe care astăzi sunt la cîste mare vor dispărea, dacă așa cere uzul care este în materie de limbă arbitral ce face legi și norme.*“

Limbile se creează și se dezvoltă așadar după legi proprii. Limba este cel mai mare poem al unui popor.

Comunicarea impune uneori găsirea unui mijloc lingvistic universal de comunicare. În Evul Mediu

limba latină a îndeplinit acest rol. În epoca modernă crearea unei limbi artificiale – esperanto (Dr. Zomenhof) – nu a avut răsunet, astfel încât limba universală modernă a comunicării este engleza.

În ceea ce privește dinamica limbii române, **academicianul Marius Sala** ne spune: „*Cuvintele se uzează, îmbătrânesc, dispar odată cu noțiunea pe care o reprezintă. Apar cuvinte noi, născute în interiorul limbii după necesitate sau sunt împrumutate.*”

Ca orice patrimoniu național, limba trebuie îngrijită, ferită de mutilări și vulgarități. Această grijă pentru limba maternă este datoria noastră, a tuturor, și mai ales a aceluia care se adresează publicului prin mijloace mediatice.

Marii noștri lingviști s-au aplecat cu grijă asupra „curățeniei limbii române”. Iorgu Iordan pretindea scriitorilor, oratorilor, profesorilor, actorilor cultivarea cu acuratețe și respect a frumuseții limbii române. Ba mai mult, îi dojenea sever pe cei care neglijau acest lucru.

Alexandru Graur atrăgea atenția asupra controlului și acurateței vocabularului, partea cea mai dinamică și mai mobilă a limbii, iar academicianul Marius Sala ne spune că există o aventură a cuvintelor a căror viață suferă evoluții și schimbări atât din interiorul limbii, cât și din exterior.

Înțelesul cel mai profund al folosirii limbii a fost exprimat cu mult talc de Esop în fabula intitulată *Limbile*.

În tinerețea sa, fiind sclav, lui Esop i s-a comandat de către Xenon, stăpânul său, să pregătească cel mai bun fel de mâncare. Esop a pregătit o mâncare din tot felul de limbi. Stăpânul încântat, l-a întrebat cum i-a venit ideea? Răspunsul lui Esop a fost: limba este legătura cu viața, cheia științelor, organul adevărului și rațiunii, cu ea construim, învățăm, conducem, lăudăm.

Comandându-i-se lui Esop să-i servească stăpânului mâncarea cea mai proastă, acesta a gătit tot limbi explicându-i stăpânului: limba este mama gâlcevilor, doica proceselor, izvorul războaielor, organul greșelilor și al calomniei. Cu ea bârfim, blestemăm, pângărim, distrugem.

Am putea spune, în încheiere, că uneori, cuvântul, limba, poate răni mai rău decât tăișul sabiei sau, dimpotrivă, poate mângâia și alina ca un suflet de mamă.

Fiind în instituția care-i poartă numele și în anul în care îl comemorăm, vă rog să-mi îngăduiți să închei cu o apreciere a lui Caragiale asupra limbii române:

„*Traiască frumoasa și cumintea limbă românească, fie în veci păstrată cu sfințenie această scumpă CARTE DE BOIERIE a unui neam călit în focul atâtor încercări de pierzanie*”

Prof. Dr. Dorin SARAFOLEANU

LOCUL ȘI ROLUL MEDICINEI DE FAMILIE ÎN CADRUL SISTEMULUI SANITAR

La începuturi existau doar șamani al căror rol era atât sacerdotal, percepuți ca oameni de excepție, mai mult decât oameni, care pot ține legătura cu zeitățile, cât și ca ceea ce azi numim terapeutică. La nivelul mentalului colectiv, de atunci, aceste practici nu presupuneau nici o rațiune, ci doar mistere asupra cărora șamanul are puterea de a le stăpâni. Din acea perioadă s-au desprins trei linii: cea sacerdotală, vrăjitoria rămasă și ea până azi în mediile elementare și îngrijirea suferinșilor, care va deveni medicina de azi. Prima sarcină era alinarea și însuflarea speranței („el știe“, „el drege“, „el cheamă duhurile în ajutor“), apoi îngrijirea propriu-zisă. Treptat, așa cum cu minuțiozitate arată istoria medicinei, aceasta a devenit ceea ce este, dar rădăcinile ei încă mai răzbat în rolurile pe care mentalul colectiv actual le atribuie medicilor: frate sau prieten alintător (de unde denumirea de soră medicală), șarlatan când oamenii au de a face cu practicanți venali, om de știință, cercetător și cel mai frecvent de practicant al științei medicale. La ora actuală, știința medicală are în structură trei domenii, legate între ele, dar destul de disjuncte în obiective și tehnici: profilaxia, tratamentul și recuperarea, sau medicina profilactică, medicina curativă și medicina recuperării. La oricare din cele trei domenii ne-am referi, iese în evidență un aspect dual, cel de interes public, de siguranță sanogenă publică, și cel individual, cel de siguranță sanogenă individuală. De-a lungul timpului, în funcție și de capitolul patologic, accentul a căzut când pe interesul public, când pe cel individual, ambele prezente concomitent. De asemenea, de-a lungul timpului accentul a căzut când pe boală, când pe pacient, ambele prezente concomitent. După o perioadă de avânt fără precedent al medicinei, ajungând prin tehnicizare să devină strict rațională, de aspect robotic, lipsită de conținutul afectiv exprimat prin înțelegerea empatică a pacientului, astăzi, în lume, practicarea medicinei este axată pe ceea ce se cheamă medicina centrată pe persoană. Adică, înțelegerea bolii de care suferă o persoană pornește de la înțelegerea persoanei care suferă, și nu invers. De fapt, cunoașterea sintetică de astăzi a patologiei, conchisă în noțiunea de spectru patologic, presupune cunoașterea filumului genetic medical, adică cunoașterea din tată în fiu, sau din mamă în fiică, a multor boli, a întregii rezistențe la boli, a modului de reacție la boli și tratamente etc. Ori, acest lucru este mai puțin accesibil, mai laborios și în fond mai puțin accesibil medicului specialist. El este, însă, la îndemâna medicului de familie. Ceea ce poate face medicul specialist la nivel de boală, nu poate medicul de familie, iar ceea ce poate face medicul de familie la nivel de pacient, încadrat în familie și în rețeaua sa socială, nu poate face medicul

specialist. Conform tuturor datelor, o abordare medicală actuală este incompletă dacă nu vizează ambele aspecte. Deci, medicul de familie și medicul specialist, într-o medicină practică conform cunoașterii actuale, se completează, iar ei, profesional, ar trebui să facă o echipă. Din păcate, actuala fărâmițare (stupidă) a sistemului sanitar nu permite inițiative care să performeze din acest punct de vedere practica medicală. Pe de altă parte, medicul de familie, practicând meseria în mijlocul populației și a societății (sau așa ar trebui), este cel mai în măsură să cunoască necesitățile profilactice ale populației pe care o îngrijește. Din nou, și în materie de profilaxie, specialistul și medicul de familie sunt complementari. Mai mult, medicul de familie trebuie să facă echipă pe rând cu specialiștii din fiecare specialitate medicală. Toate acestea fac din Medicina de Familie placa turnantă a oricărui sistem sanitar conceput ca sistem și nu ca haos, așa cum pe alocuri este el la ora actuală. Ea este placa turnantă între societate și medicina profilactică, pe de-o parte, și între individ, provenind dintr-o familie cu un bagaj ereditar și medicul specialist pe de altă parte, în medicina curativă. Același conținut îl capătă și în ceea ce privește medicina recuperatorie. Până unde se întinde competența medicului de familie și de unde începe competența medicului specialist este o altă problemă, care necesită o discuție laborioasă aparte. Este, însă, cert că fără Medicina de Familie un sistem sanitar este ca un om fără un picior. Orice proteză ar avea, acel sistem este contraperformant, mai ales în sens de rol public.

Prof. Univ. Dr. Gavril CORNUȚIU

DIN EXPERIENȚA UNUI MEDIC ÎN SISTEM PRIVAT

După 4 ani de lucru în cadrul unei mari companii private ca medic de policlinică pot face diferența între ce visam acum 20 ani și ce s-a realizat în practică. Până la urmă viața ne-a rezervat o grămadă de surprize și a depășit așteptările mele. După 1989 toți ne doream un cabinet privat dar nu toate specialitățile păreau a se preta. Mai târziu s-a văzut că absolut toate specialitățile medico-chirurgicale pot face ceva și într-o formă privată. În ceea ce privește reglementarea legală, ea a fost de la început în urma practicii. Adică întâi lucrurile s-au întâmplat și abia apoi li s-a găsit un suport legal. Din cauza asta începuturile sistemului privat medical la noi au fost haotice. Chiar și așa, el s-a dezvoltat treptat, oferind o alternativă la sectorul public tot mai dezorganizat și subfinanțat. Astăzi lucrez într-o policlinică a unei companii private cu notorietate în București, dar și în țară. În această clinică există aproape toate specialitățile, oferind consultații dar și investigații multiple, mici intervenții și proceduri terapeutice importante. Avem și un medic de familie

care se află în contract cu Casa de asigurări, fiind de altfel singurul în acest tip de relație. Ceilalți medici lucrează full-time sau part-time. În sistem privat sunt cel puțin două lucruri diferite față de sistemul public: contează satisfacția pacientului și reclamațiile. Practic sistemul este centrat pe pacient, astfel că începând de la intrare totul participă la facilitarea accesului și la o cât mai bună rezolvare a problemelor acestuia. Pentru asta am avut și eu nevoie de consiliere psihologică, de cursuri, despre cum să-ți îngrijești pacientul mai bine ca acesta să fie mulțumit. Au fost foarte utile aceste cursuri dar uneori ne mai decompensăm și noi, doctorii, și intrăm într-o relație tensionată cu pacientul care nu duce la nimic bun. Este important să ai o relație bună cu pacientul, pacient care în mare parte este tânăr, informat de pe internet, anxios, pretinzând explicații pentru orice. În specialitatea mea, medicina internă, trebuie să vorbești mult, să explici orice într-un limbaj accesibil uneori chiar de două-trei ori. În plus adresabilitatea este mare la medicina internă într-o policlinică, pentru că nu mai există medicul generalist și atunci îi face treaba medicul internist. Da, chiar așa este trecută medicina internă în grupul de medicină generală. Oricum, pe noi nu ne deranjează pentru că oricum trebuie să consultăm bolnavul în integralitate până să constatăm de ce gen este problema lui. Aceasta este în mare activitatea mea în sistem privat. Aștept legea asigurărilor private care să completeze legea asigurărilor sociale de sănătate și să reglementeze mai coerent practica medicală privată. Sistemul public se află în soluție prin subfinanțare, dar și prin plecarea medicilor din țară și asta se vede cu ochiul liber. Cei abilitați să facă ceva până nu este prea târziu!

Dr. Lucia NOVAC
MedLife

NEDUMERIRILE UNUI MEDIC

Din lista meseriilor intelectuale, aceea de **Medic** era trecută (în comunism) nu demult, oarecum printre cele neproductive – așa-zisa suprastructură, considerată pe planul doi al importanței într-un stat socialist.

În realitate, medicina este una din cele mai complexe activități, deoarece se ocupă de bunăstarea funcționării ființei umane în totalitate.

Pentru a avea succes la vindecarea bolnavilor este important să se acorde toată atenția studiului pacientului ce solicită serviciile medicale, cu acordarea unui consult general, fără să fie omis vreun amănunt ce duce la diagnostic și tratament corect.

Se începe examinarea pacientului, întâi ca **existență fizică integră** privită de la **exterior** ca **înfățișare**.

Aspectul tipologic, antropologic trebuie căutat ajutând la delimitarea încadrării diagnosticului de la

început (tip athletic, slab, sanguin, coleric etc.) Ne facem o impresie generală dacă observăm *tegumentele*: cum are **ochii** și **privirea** – vicioasă sau adormită (miopie?); de asemenea, **analiza țintei** și a mișcărilor, recapitulând exemplele; **din neurologie** (sechele de paralizie); **osteologie** (malformații), **reumatologie**, **ortopedie** (sechele de fracturi). Chiar și pilozitatea, părul, este important pentru diagnostic endocrin etc.

Apoi se continuă studiind vorbirea, exprimarea bolnavului după standardele medicale și... sociale, până înțelegem bine cuvintele lui, uneori deformate după gradul de cultură al pacientului de la țară, în anumite dialecte sau regionalisme; iar medicul e bine să folosească termenii lui explicativi de asemenea în funcție de pregătirea bolnavului – un exemplu: un bolnav deschide ușa medicului chemat de urgență și leșină... de foame; deoarece la consultația anterioară i s-a recomandat să țină „regim“ ca tratament acasă, fără alte explicații. El a înțeles să nu înghită nimic câteva zile.

Importantă este buna funcționare a **aparatelor interne**: respirator, circulator, digestiv, neurologic, endocrin etc. toate acestea fiind necesare la păstrarea generală a homeostaziei. Medicul trebuie să o constate sau, după ce are un diagnostic corect, să restabilească echilibrul.

Dar individul există și trăiește în societate, iar medicul este obligat să depisteze cauzele și să ajute prin vindecare, ca omul să fie integrat în comunitate prin comunicare și colaborare cu ceilalți, pentru munca productivă, atât materială, cât și intelectuală. Boli ca schizofrenia și paranoia, bolile maniacale sunt greu și târziu remarcate.

De primă importanță este desigur ca **medicul**, el însuși, în primul rând, să acționeze asupra stării de integritate personală, creându-și condiția de a funcționa la parametri „superiori“ *din punct de vedere fizic*: să poată fi în mișcare (și a minții) și cu abilități *tehnice*, mai ales în chirurgie. Ușor deplasabil (**ca medic de familie** sau **de Urgență** pe Salvare – ambulanță) și desigur cu un psihic rezistent și o memorie „de computer“ (prin cumpătare etc.) Ca o ironie, iată un dicton: – „*Dacă un medic este bolnav, n-are valoare, iar dacă moare nici nu se mai uită nimeni la el.*“ Deci medicul trebuie să fie primul și permanent sănătos!

Specific medicinei este spiritul de observație și atenția mereu trează pentru supravegherea oricărei deviații de la **normalitate** – fizică și psihică.

NORMALUL. O chestiune foarte complicată speculată asupra unui standard care este schimbător. În ultimele sute de mii de ani omul a progresat, să zicem, de la Neanderthal (cu un silex stând în peșteră) până la *homo sapiens* al secolului XXI. Treptat a fost înarmat cu tehnică **suprasofisticată** ca să facă față tuturor **bolilor** apărute, odată cu progresul civilizației, pentru a le putea vindeca.

Fac o digresiune și vă rog să observați în jur **aspectul** unui individ normal azi, mai ales tânăr, mergând pe stradă: cu ochelari de soare închiși; cu urechile astupate de căști în miniatură, aproape invizibile, ascultând muzică bubuitoare; la gură alt aparat la care vorbește, uneori ascuns sub haină, aparent vorbind de unul singur și gesticulând. Totodată, ține în mână o sticlă de băutură și în cealaltă o țigară, ce de multe ori conține un drog, care să-l scoată cât mai mult din relația cu cei din jur. Acesta este obiectivul ținut al normalului. Așadar, medicul trebuie să fie mereu la *curent* (era să zic: *up to date*) cu tot ce există pe lume ca să poată recunoaște și restabili **NORMALUL ACTUAL** și să acționeze conform Jurământului lui Hippocrate de a aplica „sine ira et studio“ (fără mânie și părtinire) toate regulile morale, cu un neprecupețit efort (ce cuvânt expresiv!) pentru vindecarea semenilor cu toată bunăvoința și priceperea de care este capabil.

De aici încep **NEDUMERIRILE**.

În principiu, se consideră că cel ce a ales o *meserie* cu *vocație* de altruism și *devotament* cum este medicina, a admis și „sacrificiul“ de a fi neîncetat la dispoziția celor în suferință, care apelează la ajutorul medicului. Cei mai mulți de-a lungul timpului au înțeles rolul de salvator și s-au consacrat binelui. Se observă în zilele noastre o delăsare, o superficialitate în acordarea asistenței medicale de care se plâng bolnavii. De ce?

Atunci când sunt remarcate cazuri (tot mai dese) de indiferență sau chiar de neglijență față de bolnavii în nenorocire, apare **nedumerirea**: cum este posibil să se facă rabat la etică, să nu se dea suficientă atenție celui ce roagă pentru ajutor, indiferent cine e? Cum să fie socotită atitudinea unui medic care consideră o favoare că se ocupă de pacient și aceasta trebuie răsplătită în afara taxei legale? E o nedumerire de ce apar tot mai des superficialitatea și neglijența, de asemenea disprețul față de altul poate mai slab.

Poate ar fi util pentru toți medicii să recapituleze etapele unui consult corect. Aflăm din societatea noastră că dintre cei ce s-au prezentat la **medicul de familie**, prima etapă în drumul actului medical, unii au fost consultați superficial sau deloc, chiar dacă era prima dată când se plâneau de o suferință fizică sau psihică.

Este o nelămurire de ce medicul nu a avut curiozitatea să-și exercite toate abilitățile învățate în facultate. Era necesar să **palpeze** pacientul din cap până la tălpi, bineînțeles, după ce a fost descoperit de haine, după cum a învățat de la dr. Lupu, marele diagnostician sau alții asemenea lui. Astfel prin această metodă se poate observa existența de: tumori, ganglioni, erupții cutanate diferite ca asprime și consistență, deformații la membre ce pot surveni, modificări clare ce ușurează aflarea răului, după cunoștințele și

experiența fiecăruia. Se pare că dr. Babeș, prezent într-un spital, în salon la contagioși, de la intrare și-a întrebat colegii: De ce au internat o rujeolă între scarlatine? Un exemplu de ignoranță sau delăsare?

Tot nedumerit era și prof. dr. Țurui de la Urgență, mai demult: într-un salon plin, un preot bolnav cu abdomenul rămas deschis post-operator, cu infecție anaerobă, nu era consultat de nimeni. Atunci l-a rugat doar pe dr. Blidaru, deși era cu toată suita la vizită: – *Să-l iei tu în grijă!* considerându-l cel mai omenos. În continuarea căutării diagnosticului e cercetat sistemul respirator, circulator prin mijloace directe.

Auscultatia este o metodă clinică ce poate fi exercitată de o ureche experimentată, chiar și fără stetoscop, dacă doctorul știe să asculte direct respirația (răsurile) și bătăile inimii hotărând ce maladie este prezumtivă, înainte de aplicarea, necesară cu siguranță, a controlului radiologic sau EKG pentru confirmare. Sunt momentele pe care un medic bun, conștient, nu trebuie să le neglijeze. Se povestește că marele prof. dr. Iliescu, după ce a consultat un cunoscut prieten, revenit la el pentru dureri precordiale, a considerat-o consultație de rutină și l-a bătut prietenește pe umăr asigurându-l că nu este nici un pericol, dar acesta a căzut **mort**, imediat, doar după câțiva pași. Un alt caz în care doctorul a dat dovadă de o prudență deosebită față de un pacient, un bărbat tânăr „ce **nu** se simțea bine“, controlându-l cu toată atenția, a surprins o oarecare bătaie de cord modificată, fără să fie sufluri sau tulburări de ritm, totuși, părându-i-se ceva suspect, la un om tânăr, acesta a fost trimis imediat cu Salvarea la Spitalul de Urgență, însoțit și de asistenta de cabinet. Pe masă, la urgență, nu se știe din ce cauză a fost considerat **mort și dus la morgă**; dar asistenta imediat a purtat discuții insistente, convingându-i pe medicii să-l readucă totuși în sală ca **să-l reanimeze**. Surpriza, a fost că, după 2-3 zile, pacientul a venit să-i mulțumească doctorului pentru că „se simte bine“. Iată că perseverarea nu este diabolică, ci benefică.

O altă **nedumerire** este aceea a atitudinii medicilor de la Boli cronice, poate blazați sau insensibili după numeroasele cazuri venite la ei în stadii avansate și evident cu diagnostice facile. Dar la cei doar suspectați de o afecțiune ușoară, au făcut numai câteva investigații de rutină și au trimis acasă, ca sănătos, un pacient, deși acesta declarase că are fișă de primoinfecție TBC și în prezent expectorează „vinișoare de sânge“ când tușește. Acesta, după puțin timp, revine în spital cu hemoptizie masivă. I s-a prescris totuși un tratament, fără ca cineva să recunoască cel puțin lipsa de atenție! Când se știe cât de costisitoare pentru stat este o îmbolnăvire contagioasă rămâne ca o **nedumerire** de ce nu se mai fac controale periodice pulmonare atât în școală, cât și la întreprinderi. Tot așa, recent, un caz **rar** de boală **Paget mamar** a fost depistat la gradul III deoarece nu a fost trimis la control de

mamografie, cu toate că după vârstă era trecută de 40 de ani și la menopauză; neglijență, lipsă de prudență sau indiferență.

În toată lumea, **MEDICUL DE FAMILIE** are arondați cetățenii de a căror sănătate răspunde, după criteriul accesibilității mai ușoare prin apropiere de locuința lor. Dar nedumerirea este de ce unii din acești medici nu cunosc pe toți membrii familiei și toată anamneza lor astfel încât să știe cât mai bine cum să ajute pe cei de care răspunde? de la copil până la adult. După cât se pare, și medicul școlar avea un rol important, dar nu mai există, fiind considerat inutil?

Și alte consultații periodice de rutină se pare că sunt neglijate. Mai ales femeile au nevoie de a fi consultate periodic, riscul de cancer fiind tot mai precoce. Testul Papanicolau era obligatoriu – dar cui îi pasă să-l mai programeze, scuza fiind că este o perioadă de criză. Problemele gravidelor tot mai tinere, mame precoce (11 ani), care au născut copii cu malformații sau vârstnici cu sindromul Down, ar putea fi urmărite cu mai multă grijă. Dar dacă se urmărește privatizarea tuturor cabinetelor, policlinicilor și spitalelor, în care își face loc „obiceiul pământului“, și așa destul de greu de suportat, va obliga tineretul să nu mai doască un copil prea scump de crescut!

Și dacă după diagnosticul corect medicul trebuie să **prescrie o rețetă** intervin alte **nedumeriri**. Ce medicament să aleagă: ieftin și clasic? Ce sună învechit sau noi produse fabricate, cu aspect modern cu mai mult ambalaj și, bineînțeles, mai costisitor. Îndemnați de reclamă, unii prescriu medicamente insuficient verificate asupra efectelor secundare.

De multe ori medicul nu mai consultă bolnavii cronici ci **repetă** „la cererea lor“ o rețetă ce, poate, nu mai ajută. Unii o fac din comoditate, ca să nu mai reinvestigheze etapa cazului, prescriind aceleași medicamente compensate sau aceleași antidepresive etc.

Mari **nedumeriri** sunt în privința comportamentului social al acelor medici care ignoră faptul că au în față poate un pacient tânăr, timid, disperat, ce vine la **Magul luminat** să-l salveze și așteaptă un zâmbet de primire și o încurajare, cu efect benefic asupra vindecării. Dar de ce să găsească o „uniformă“ de medic plictisit, neatent și superficial? Oare nu medicul și-a ales drumul de a ajuta semenii – oamenii, indiferent de condiții? Odată, vine într-un cabinet o tânără îngrozită cu ochii în lacrimi, fața crispată, părul încâlcit. Se prezintă afirmând că are „dureri peste tot“, că nu știe ce are, dar că toți o ceartă, inclusiv colegile de birou. Impresionat de aspect, medicul face o anamneză detaliată și un consult general amănunțit: cord, abdomen etc., fără a obiectiviza modificări deosebite dar, pentru înfățișarea depresivă, i-a prescris antialgice și sedative ușoare, pentru trei zile. Totodată, îi indică blând dar ferm: te duci la coafor, te gătești frumos, te rujezi, zâmbești la toată lumea și vii peste trei zile să

precizăm diagnosticul. După acel răgaz apare la consultație o necunoscută zâmbitoare, o tinerică frumușică, elegantă, coafată, ce s-a împăcat cu soțul, cu copiii și colegile de lucru și nu mai simte nimic rău. Tratamentul cel mai eficace a fost un sfat sentimental! Desigur, un număr mare de pacienți la ușă determină o accelerare a consultațiilor. Este o obligație ca bolnavul să fie consultat corect, să nu suporte graba medicului, să fie examinat complet, cu grijă și ascultat ca să-și descarce necazul ce-i provoacă suferința.

Iată un caz: un bărbat, la amiaza vieții, așezat în fața medicului la birou, relatează cu încetineală ceea ce îl doare, de la fizic, la suflet. Deodată, s-a declanșat un cutremur slab. La etaj se simțea destul de tare, dar bolnavul continua povestea. Deși zidul s-a crăpat, medicul asculta cu răbdare până a auzit de la bolnav: – „Doctore, e cutremur!“ Răspuns: – „Da. Haide să ieșim la adăpost“. Poate fi o dovadă de abnegație și comportament social normal.

Deci, un medic este o ființă complexă (vocația fiind alegerea de a renunța la multe talente: de scriitor, poet, muzicant). În afara problemelor aparținând medicinei, el este foarte **nedumerit** de ce s-a ajuns în jur la un gen de viață dacă nu haotic, cel puțin neobișnuit. „NOUL TEHNIC“ a invadat societatea încă uimită dar atrasă de aparatura care ajută la ușurarea activității muncii, deplasării, cunoașterii și scutește o mare parte din efortul vieții. Tot mai mult cei care nu mai învață azi așa-zisele „științe inutile“ ca: istoria, geografia, literatura, limbile străine se uită cu dispreț la cei ce le iubesc încă. Aceste generații refuză orice legătură cu trecutul. Engleza desigur – o limbă sintetică are cuvinte scurte ce scutesc de a lungi vorba: OK, By, au luat locul limbajului curent autohton, devenind o limbă rom-engleză (româno-engleză) hibridă.

De asemenea, **acronimele** scutesc timpul și spațiul de lectură, dar oare mai știi exact medicii ce înseamnă zecile de formule (fără explicația inițială a sensului cuvintelor prescurtate). Dau exemplul simplu din ziar (Viața medicală 2012): MASTERAT ÎN ATI, are o ofertă pentru AML de la UMF, ați ghicit?: Serviciul de Anestezie terapie intensivă oferă asistenți medicali licențiați la Universitatea Medico-Farmaceutică. Din fericire, ziarul de data aceasta a scris cu toate literele subiectul. Nu ne putem opune vitezei, dar să nu chinăm „micile celule cenușii“ cum spune detectivul Poirot al Agathe Christie, pentru a dezlega cele mai neașteptate prescurtări. Poate din economie vom simplifica vorbirea la monosilabe: pa!, ciao!, merg la CSM cu ITB pentru un TREND, nou devenit BRENDA!. Dar de ce sunt biete limbile clasice uitate? În moda nouă s-au englezit știrile citite la Radio sau TV. O engleză à la coana Chirița a lui Alecsandri a devenit „limbă clasică europeană: „Am fost în Piața Ciarls Du Gol sau se va asculta opera lui Riciard Vagner (dublu W nemțesc a dispărut) și câte altele.

Aceste remarci par speculații filozofice cunoscute (nu numai de medici), dar teoria poate fi uitată uneori și se constată azi că în practică responsabilitatea medicului este tot mai importantă în societate, deși de multe ori neglijată sau subestimată.

Bunele obiceiuri ale medicinei de a considera tratarea sănătății ca o artă a bunătații și frumuseții trebuie apărute! Cu convingerea că se va încerca cu răbdare și conștiinciozitate să fie readusă pacienților imaginea unor medici conduși de dorința de a face bine, să se încerce păstrarea vie a iubirii aproapei.

Dr. Suzana BANTAȘ

SCRISOARE CĂTRE UN COLEG PRIETEN

Drag și mult stimat domnule Doctor Grigore Bușoi,

Îmi aduc aminte cu plăcere că ne-am întâlnit pe tărâmul preocupărilor științifice medicale și ale celor filozofice și că de atunci am strâns o bună prietenie care s-a consolidat cu timpul. Îți mulțumesc că ai ales să-mi pui unele întrebări al căror răspuns este posibil să-l publici.

Primul fapt important: sunt un om obișnuit și țin la acest statut. Este adevărat că, încă de foarte tânăr, am avut unele „idei fixe“ pe care le-am urmărit cu încăpățânarea care mă caracterizează. Îți mulțumesc lui Dumnezeu că mi-a dat destule zile ca să-mi urmăresc scopurile mele, țelul meu în viață. Pot spune că aproape nu a trecut zi ca să nu lupt cu toată puterea mea în urmărirea acestor scopuri ca și ale altora ce au mai apărut pe parcursul vieții mele. De aceea nu regret nimic din ceea ce am făcut și, la fel ca Oedip, pot spune cu sufletul împăcat că nu am fost nicicând prezent cu voința mea în cele rele pe care le-am făcut. Să mă ierte persoanele pe care le-am supărat, căci așa ceva n-am vrut de fel, dar am făcut.

Dragă Grigore, sunt fiul doctorului Alexandru Săvulescu, reumatolog. La rândul lui, el a fost nepotul lui Popa Savu, cunoscut preot în epocă. Slujea într-o mică biserică situată acum în centrul Bucureștiului și are și o stradă cu numele lui la „șosea“, cum i se spunea mai de mult, nu departe de Statuia Aviatorilor. Numele lui fusese Badea, dar pe la 1840 un tânăr ce dorea să devină preot era necesar să se călugărească. Călugăria era o nouă naștere și o schimbare de nume; el și-a luat numele de Savu. Copiii lui, după obiceiul timpului, au devenit – pe la 1870 – Săvulescu. Așa sunt și eu și urmașii mei Săvulescu.

Am absolvit medicina la București cu diploma de Dr. Medic din 1958. Am lucrat la țară de la început până am fost pensionat. Aceasta mi-a dat posibilitatea

să am o mare independență, mai greu de avut altfel în acele timpuri.

Încă din ultima clasă de liceu, la Titu Maiorescu, liceu sportiv cu toate că era teoretic, am jucat în echipa de handbal, apoi am început să joc rugby, unde am ajuns să joc în divizia A, am făcut călărie, un pic de natație și tir. La tir am ajuns în lotul național de tineret la pistol viteză. Liceul l-am absolvit în '50, dar am intrat la medicina cu greu de abia în '52. Apoi sportul a rămas mai pe urmă, luându-i locul Facultatea de Medicină.

Mult mai târziu, prin 1962, am găsit în pod o trusă de pictură ce fusese a bunicului meu matern, avocatul Ion Barzan, care făcuse și Belle Arte, fusese coleg cu Artachino, printre alții. Așa am început să pictez. O pornire care aș putea-o numi *instinctivă* – astăzi aș prefera să zic că ținea de Matricea mea Stilistică, cum spune Blaga – și de care nu m-am lăsat nici până astăzi. Este ceva ce mă atrage cu prea mare forță, pe primul plan rămânând practica mea medicală și acum și preocupările mele filosofice de care, din nou, mă simt prea puternic atras. Am avut două expoziții personale de pictură, din care prima în sala Sindicatelor Sanitare din București și două participări internaționale, cu care ocazie mi-au fost reținute două tablouri.

De altfel, în 1966 am început studiul Filosofiei la Facultatea de Filosofie din București pe care am absolvit-o în 1970. Aveam multe întrebări la care nu puteam da un răspuns prea bun în practica mea medicală, în ceea ce învășasem de la tată meu, dr. Alexandru Săvulescu, în terapia pe care acum o numesc, după numele lui, terapia cu ALSAV-PL3, și speram că studiind filosofia o să mă simt mai aproape de om. Într-adevăr, am intrat mai adânc în cunoaștere, am aflat și unele răspunsuri, dar am rămas cu această nouă pasiune de care nici de ea nu mă pot lipsi. Mi-am dat seama că filosofia nu este chemată să dea răspunsuri medicinei cu toate că oferă multe explicații tuturor științelor, explicații de care toate științele pot beneficia.

Așa am ajuns în 1975 să solicit profesorului Milcu, la Academia Română (pare hazliu dar atunci, în anii 1970, nu te puteai asocia pentru a avea discuții libere pe teme filosofice pentru că era interzisă orice fel de asociere. La Facultatea de Filosofie nici pomeneală de așa ceva, nimeni nu-și putea lua o astfel de răspundere, mult mai târziu și cu ajutorul unui profesor luminat de marxism, la Facultatea de Medicină din București, pe lângă Catedra de Marxism, am înființat un cerc de logică care a funcționat 2 ani, așa că singura posibilitate de a avea un grup de studii în care să discutăm liber pe teme filosofice legate de medicina rămânea doar Academia Română) care a acceptat această idee și am înființat Cercul de Filosofie și de Metodologia a Medicinei. Profesorul Milcu, o minte luminată, a condus acest cerc participând la multe întâlniri. Aveam un nume ce era garantul nostru, aveam un sediu, am făcut

timp de 6 ani întâlniri lunare, exceptând perioada vacanțelor de vară. Aceste întâlniri au fost deosebit de fructuoase. Am avut alături, de la început, pe Dr. Victor Săhleanu, ce conducea Laboratorul de Antropologie, fostul Centru a lui Reiner, Doctorii Virgil Enătescu de la Satu Mare, Mihail D. Nicu care conducea la politehnică Laboratorul de Biotehnologie, Mircea Lăzărescu de la Timișoara, Generalul (pe atunci colonel) Dumitru Constantin și Adrian Restian, pe atunci de la Brașov. Am avut mulți alți colaboratori de valoare care acum nu mai sunt printre noi. Aici, la Cercul de Filosofie și de Metodologia Medicinei, am avut plăcerea și interesul să-i primim pe unii dintre cei mai importanți practicieni și gânditori ai perioadei respective, cum au fost profesorul Dr. Ed. Pamfil, Dr. Ogodescu, Profesor Edmond Nicolau, Dr. Odobleja, care ne-a adus exemplare din ediția princeps a *Psihologiei Consonanante*, aici am discutat și cartea prof. Dragănescu, *Profunzimile lumii materiale*, aici am avut două sesiuni de discuții în Marea Aulă a Academiei Române despre cărțile lui Ștefan Lupașcu axate toate în jurul *Logicii contradictoriului* (cu ocazia unei vizite în Franța și în Spania în 1973 – pe atunci nesperată – Constantin Noica, pe care-l cunoscusem la cursurile libere pe care le ținea Moisil la Facultatea de Filosofie în 1971, mi-a recomandat să-l vizitez, să-l cunosc pe Ștefan Lupașcu. Ceea ce am și făcut. Cele două sesiuni Ștefan Lupașcu au fost după această vizită. La Paris, în acea perioadă am audiat cursuri de filosofie la diverse facultăți și am ținut o conferință la Collège de France despre categoria limitei la Kant, cu această ocazie am vorbit despre categoria limitației care nu limitează la Constantin Noica și despre Logica contradictoriului a lui Ștefan Lupașcu).

Am doi copii de care sunt mândru, pe Alexandru Radu Săvulescu, geolog și jurnalist în analiza mediului înconjurător și pe Ana-Catrina (căsătorită Buchser) regizoare de teatru în California.

Am devenit medic homeopat în 1987 după un curs de 4 ani, de atunci practic homeopatia. Din 1990, o practic în cabinetul personal.

Voi trece la cărțile publicate, toate după '89.

Marin Heidegger, „...poetic locuște omul...”, traducere cu Gabriel Bercheș, Ed. Focul Veșnic Viu, București, 1994

Lucian Blaga, Filosofia prin metafore I, Ed. Focul Veșnic Viu, București, 2000

*Lucian Blaga, Filosofia prin metafore***, Ed. Vreimea, București, 2012-04-20

Am mai publicat articole filosofice în *Revue Roumaine de Lingvistique*, în 1973 de două ori, în 1975 și în *Revue Roumaine de Science Sociale*, serie Philosophie et Logique, în 1975 și în 1976.

Am participat la Congrese internaționale de logică și cibernetică în țară în 1972, 1973, 1974, 1976, la Congresul Latin de Reumatologie din București în

1976, unde am prezentat primele cazuri de spondilită anchilozantă și de artrită reumatoidă tratate, în colaborare. După 1989 am participat în Grecia, la Kos în 1997, Mitumnia 1999 și în Africa de sud, la Pretoria, în 2000, la Conferințe Internaționale de Filosofie Greacă. În 2000 am ținut o conferință la Sankt Petersburg despre filosofia lui Blaga la Universitatea din Sankt Petersburg și la o Universitate particulară.

În domeniul filosofiei sunt interesat de filosofia lui Lucian Blaga despre care am scris și am conferențiat în ultimii ani. Mă atrage filosofia lui Blaga deoarece de la ea se poate pleca la noi construcții în gândire. Punctul lui de vedere pleacă de la *Filosofia stilului* și până la *Ființa istorică* aduce o interpretare filosofică a inconștientului, a lumii abisale și poate conduce la completarea unor tipare ale phihanalizei ca și la o mai bună înțelegere a metafizicii.

Din 2006, împreună cu un grup de prieteni, am adus la împlinire un vis de tinerețe al lui Constantin Noica, **Școala de Înțelepciune**, pe care am numit-o Constantin Noica, școală care este ca un laborator la care toți învățăm, lăsând noul să se nască, în gândirea filosofică, prin împletirea ideilor. Autoritatea numelui sau a unei funcții nu este obligatoriu purtătoarea adevărului.

La întâlnirile noastre au participat: filosoful Alexandru Surdu, filosoful religiilor Michael S. Jones, care a stat doi ani la Cluj împreună cu soția și cu cei doi copii ca să poată învăța românește, să poată citi întreaga operă a lui Lucian Blaga și să scrie o carte, în engleză, o monografie a filosofiei lui Lucian Blaga, Nicolae Balotă, Ana Bazac, Paul Flondor, Catălin Ioniță, Nicolae Breban, Gorun Manolescu, Florean Nicolae Pinte, și alți oameni de cultură sau matematicieni.

Dragă Grigore, am ajuns la momentul, la sămburele, la punctual central al vieții mele, de aceea îți cer permisiunea să scriu câteva foarte scurte amintiri, esențiale, din activitatea mea ca medic, ca luptător întru ușurarea suferințelor unor suferinzi de boli reumatismale.

Tatăl meu, doctorul Alexandru Săvulescu, a fost reumatolog și a avut pasiunea cercetării, inspirată de profesorul Daniel Danielopolu, în perioada când a lucrat ca intern în clinica și în laboratoarele pe care acesta le avea la dispoziție, a și publicat atunci rezultatul unor cercetări. Mai târziu, prin 1928, în practica sa privată, a folosit cu succes infiltrații cu polipeptidele puse la dispoziție, în acea perioadă de firmele farmaceutice din Europa. A folosit Aktoprotinul și Cazeozanul, medicamente considerate atunci ca având efect desensibilizator. Rezultatele terapeutice le-a publicat în *Revue de Sensibilisation*, publicată de el între anii 1933-1935. Apoi a venit războiul, concentrarea și perioada de după război. Dacă mi-aduc bine aminte, pentru că mă ducea cu el în mașină, ultimele

fiole de Aktoprotin le-a cumpărat de la depozitul farmaceutic prin 1946. În anii 1950 nu mai avea fiole, dar pacienții veneau atât acasă, cât și la policlinică. De aici povestea este mult mai complicată și nu are rost s-o parcurg acum.

Eu am învățat medicină de la profesorii de la facultate și de la el, de la tatăl meu, cu care discutam pacienții tratați de el zilnic. În orice caz, încă din acea perioadă el și-a dat seama că nu mai este vorba de o simplă desensibilizare cum gândea Bezredka, și-a dat seama că totul este mult mai complicat. Am încercat, în timpul care a trecut de atunci până acum să dăm unele răspunsuri, dar mai este mult de făcut pentru a putea înțelege un nou capitol al medicinei, un capitol pe care el l-a deschis, dr. Alexandru Săvulescu.

Prin anii 1960-1970 am început și eu să reacționez. Nu mai puteam înainta așa, în condiții de gherilă, lucrând în loc de un laborator în bucătărie. Am început să caut colaboratori, medici, chimiști, fizicieni. În anii 80 l-am găsit pe prietenul și fostul meu coleg de liceu, Dinu Stavri, chimist la Institutul Cantacuzino. M-a ajutat dezinteresat și în 1982 aveam fiole care puteau fi injectate fără nici un pericol pacienților. Institutul Cantacuzino a depus dosarul de medicament, a trecut de toate furcile caudine ale verificărilor preclinice și s-a trecut la experimentarea clinică. În acea perioadă echipa care conducea reumatologia românească (profesorii Dr. Ciobanu și Dr. Șuțeanu) a refuzat în final aprobarea acestui medicament. Am continuat să-mi caut colaboratori și unul dintre cei mai importanți a fost Dr. Mircea Roger Simionovici de la ICCF. Am publicat în '89 în *Viața medicală*, rezultatul acestor studii. Un colaborator deosebit a fost fizicianul George Drăgan, care a publicat în *Focul veșnic viu* – un supliment al *Revistei de Homeopatie* pe care am editat-o – principiile topoenergetice, cu ajutorul acestor experimente am putut ajunge să folosesc o diluție de tip homeopatic în locul soluției concentrate cu aceleași efecte terapeutice. Acesta este și noul remediu: ALSAV PL3, pe care-l folosesc în continuare. În 1992, am depus un nou dosar de avizare a acestui nou remediu homeopatic la ANM. Din 1974 devenisem și eu homeopat, așa că am asociat tratamentul ALSAV PL3 cu tratamentul homeopatic și mi-am mai îmbunătățit rezultatele terapeutice. În 1992, după efectuarea, din nou, a tuturor testelor preclinice s-a trecut la experimentarea clinică care a fost pozitivă și am primit dreptul de a produce seria 0. O nouă întâmplare m-a lovit. Nu au fost de acord să-mi fioleze Cantacuzino-ul sau Uzina de medicamente, mi-au cerut să fiu preluat, ca producția să fie preluată, de un laborator avizat. Așa ceva nu exista la ora aceea, deci am pierdut și aceasta șansă.

În prezent lupt pentru o a treia avizare care, de data aceasta merge foarte greu, aproape imposibil, deoarece nimeni în România nu mai este interesat să producă,

să avizeze, un remediu original. Toată lumea, mai ales la ANM, preferă să avizeze medicamente și remedii produse în țările de origină. Un remediu nou este o aberație de care toată lumea se ferește. Există o zicală, „nu greșești dacă nu faci nimic“, și funcționarii din România preferă să nu greșescă, mai ales dacă nu este o investiție străină importantă de la care ar putea ieși niște dividende, după „folclorul“ care vorbește despre moda guvernelor românești.

Asta înseamnă că am muncit o viață ca să aduc ceva nou în terapeutică, în realizările românești, dar nu am avut cum reuși. Nu-mi pare rău de nimic din cele ce am făcut în acest scop și din cea ce fac în continuare.

Dragă Grigore, dacă-mi permiți, aș vrea să fac o dizertație teoretică. Filosofia m-a obișnuit să fac și astfel de drumuri. Nu știu dacă Medicina Teoretică a devenit o disciplină de studiu, dar ea există.

În gândirea medicală din antichitate, înainte de Hipocrate, în timpul lui Hipocrate și până nu de mult timp – mă refer la epoca apariției antibioticelor și a medicinei „științifice“ de astăzi – toți medicii erau de acord că propriul nostru corp știe să lupte cel mai bine împotriva bolilor și că noi, medicii, avem obligația să-l ajutăm prin medicamente, remedii, proceduri.

S-a întâmplat ceva odată cu apariția antibioticelor. La început cu 200.000 de Unități de penicilină se vindeca o blenoragie. A apărut rezistența la antibiotice, nevoia de a descoperi noi și noi antibiotice care s-au administrat din ce în ce mai țintit. Medicina a devenit un câmp de luptă cu arme din ce în ce mai perfecționate, un antibiotic care se administrează contra unui agent patogen și numai contra aceluia agent patogen. Prin 1955 apare teoria bolii de autoagresiune, care va da peste cap întreaga gândire medicală, întreaga terapeutică. Sistemul nostru imunitar nu mai funcționează totdeauna foarte bine, mai greșește și începe să distrugă propriul țesut! Așa ceva se poate întâmpla în cazurile de Lupus Eritematos Diseminat, de Sclerodermie sau în Artrita reumatoidă în stadiile avansate dar nu se produce în cazurile incipiente. De acest fapt nimeni n-a ținut cont.

Timp de 50 de ani s-a folosit un medicament minune, Cortizonul, care înlocuiește cortizolul plasmatic, având efect antiinflamator prin inhibiția proceselor imunitare. Numai că nu este un tratament țintit, este ca pușca vânătorului care trage cu alicie și poate una să-i lovească vânatul. Pericolul efectelor adverse care pot influența negativ procesele imunitare nu a prea fost luat în seamă. Cortizonul, preparatele cortizonice, sunt folosite intern și extern în mai toate afecțiunile inflamatorii ce produc dureri și astăzi.

Dar odată cu noul secol a apărut și ultima minune: inhibarea țintită a imunității, așa cum se întâmpla cu antibioticele, dar de data aceasta sunt polipeptide. Dacă antibioticele au fost un real ajutor, mă îndoiesc că Embrelul sau alte polipeptide cu efect devastator pe sistemul imunitar sunt realmente la fel de utile.

Polipeptide folosesc și eu, folosea și Dr. Alexandru Savulescu, dar cu ce scop?

Noi le-am folosit cu un scop și cu un efect nespecific, realizând reducerea inflamației și a durerii (rămân încă multe de dovedit pentru cei ce vor veni). Cu totul altul este scopul polipeptidelor țintite pe inhibarea selectivă a sistemului imunitar. Noi nu folosim polipeptidele ca o arma de luptă împotriva propriului sistem imunitar, cei ce au introdus tratamentul polipeptidic tintit, ca o armă împotriva sistemului imunitar o fac, ei luptă împotriva propriului nostru sistem imunitar.

Spre exemplu: Tocilizumat are efectul de a bloca interleukina 6 care se produce în cantități mari în articulațiile bolnavilor de artrită reumatoidă; Humira, Embrel, Remicade, Simponi, Cimzia, au ca efect blocarea alpha TNF (Tumor Necrosis Factor); Kineret blochează semnalul inflamator al interleukin -1, sau IL -1; Orencia previne activarea celulelor T; Rituxan ajută la eliminarea celulelor B care sunt active în bolile autoimune.

Aici este vorba de un întreg arsenal terapeutic care urmărește țintit dereglarea, pas cu pas, a întregului sistem imunitar sau a acelei părți care este implicată în unele boli reumatismale. Repet; acest aspect de suferință autoimună poate apărea în stadiile tardive de artrită reumatoidă, în LED sau în alte suferințe de aspect clar autoimun. Nu neg că există boli autoimune dar nu toate suferințele dureroase de tip reumatismal sunt o dereglare a imunității. Spondilita anchilozantă nu are nicio dereglare a imunității și totuși se folosesc aceste substanțe în terapie numai pentru faptul că este o boală care are dureri și are o etiologie necunoscută.

Am ajuns să luptăm cu propriul nostru corp scoțând din funcție sistemul său de apărare împotriva unor boli intercurente sau împotriva cancerului? Medicina noastră supraștiințifică a devenit antirațională. Ea nu este simplă irațională deoarece are o rațiune pentru tot ce face dar realizează, prin terapie, un efect împotriva rațiunii care ne cere să păzim funcțiile de apărare ale organismului.

O să-mi spuneți că nu au ce să facă împotriva durerilor care apar la bolnavii de spondilartrită sau de artrită reumatoidă. Recunosc că nu au ce face dar de ce să folosească metode terapeutice antiraționale? De ce nu caută ceea ce am găsit noi sau să ia de la noi, ceea ce am realizat, tatăl meu și cu mine în optzeci și ceva de ani de muncă cu bolnavii reumatizanți? De ce să nu fie înțelepți? Numai din orgoliu?

Cercetătorii din domeniul biologiei moleculare ne atrag atenția că multiplicarea celulară este tot timpul prezentă într-un organism viu, că pot apărea greșeli în această multiplicare pe care sistemul nostru imunitar le elimină la timp pentru a evita cancerul. Noi vrem să distrugem acest sistem de apărare, acest sistem natural

de apărare atunci când nu trebuie distrus. De ce să facem astfel de greșeli? Tot din orgoliu?

Pentru că și ție, Grigore, îți place gândirea teoretică în medicină o să-ți mai dau un exemplu legat de ceea ce mă pricep, adică de bolile legate de suferința coloanei vertebrale sau ale altor articulații.

Te-ai uitat, Grigore, la multe radiografii în practica ta ca medic. Ai văzut că modificările coloane vertebrale pot apărea și fără să existe dureri lombare sau dorsale, adică la pacienți ce aveau alte afecțiuni dar aveau o vârstă de peste 40-45 de ani. Dureri pot apărea doar dacă, pe lângă modificări articulare, se produce inflamația țesuturilor moi, a țesutului conjunctiv și muscular. Pune-te acum în situația unui medic de familie la care vine un suferind cu dureri lombare sau toracale și care are peste 45 de ani. I se face o examinare radiografică a coloanei lombare sau toracale. Radiologul, ca și medicul consultant, găsesc osteofite sau la un RMN chiar modificări ale spațiilor intervertebrale. Îi va da un tratament de rutină care, dacă n-are un efect evident, pacientul este îndreptat la un chirurg. Modificările imlamatorii se pot reduce altfel decât chirurgical pentru a evita o astfel de intervenție chirurgicală. Dacă nu acesta este diagnosticul, s-ar putea evita o

intervenție chirurgicală, deloc ușoară. Am avut pacienți suferind de spondilită cu modificări ale articulațiilor sacroiliace neluate în seamă, operați pentru o discopatie lombară inexistentă la care durerile au revenit după operație și pe care i-am tratat cu succes.

Un alt caz este al fetei mele. Vine de Paște să ne viziteze și mă întreabă dacă există un sindrom dureros plantar din cauza unei prea mari curburi plantare. Îi spun că știu de astfel de situații în caz de paltfus, dar nu pentru o prea mare curbură, așa cum fusese diagnosticată ea în California. O liniștesc explicându-i că această curbură a plantei este un sistem fiziologic de amortizare a traumatismelor ce ar putea fi produse de mers, de alergare sau în cazul unor sărituri. I-am făcut două infiltrații și durerile s-au redus mult.

Oare de ce trebuie să ne mințim, ca medici, să mințim și pacienții, numai pentru că nu avem priceperea de a trata corect o afecțiune?

Închei mulțumindu-ți și spunând că această gândire teoretică în medicină, în terapeutică, ar putea fi de un real folos pentru medicina viitorului. Aș vrea să urez acestei medicini a viitorului să încerce să nu mai fie antirațională numai din orgoliu.

Dr. April Geo SĂVULESCU