

ISTORIA ROMANTATĂ A MEDICINEI DE FAMILIE DIN ROMÂNIA (PARTEA I)

A romantic history of family medicine in Romania (Part I)

Prof. Dr. Adrian Restian

Membru Titular al Academiei de Științe Medicale

Motto

*În memoria Dr. Mircea Pretorian, Dr. Alexandru Gheorghiu,
Dr. Romulus Dandescu, Dr. Ivar Mauch și Dr. Iordăchescu,
promotori ai medicinei de familie din România.*

După cum arată Sola Price (1), datorită progresului științific, care este din ce în ce mai accelerat, noi suntem astăzi contemporani cu peste 90% dintre cercetătorii tuturor timpurilor și suntem martorii a peste 90% dintre descoperirile științifice care au avut loc de la apariția omului și până azi. Adică progresul tehnico-științific este atât de rapid încât peste 90% dintre descoperirile realizate în toate timpurile s-au produs sub ochii noștri. Televiziunea, calculatorul electronic, telefonul mobil și internetul, majoritatea mijloacelor de investigație paraclinică, CT, RMN, PET, ecografia, ecocardiografia și peste 80% dintre medicamentele pe care le utilizăm astăzi au fost realizate sub ochii noștri. Acest lucru este valabil nu numai pentru fizică, pentru chimie și pentru tehnologie, ci și pentru medicină și pentru medicina de familie (MF).

Aceasta înseamnă că povestea fiecăruia dintre noi se suprapune în mare parte cu istoria specialității sale. Medicul de familie care a lucrat într-un sistem a trebuit să evolueze și el odată cu sistemul din care făcea parte.

Dar omul nu este numai produsul istoriei, ci și făuritorul istoriei sale. Deși rolul nostru este de obicei foarte mic, noi am contribuit într-un fel sau altul la făurirea istoriei noastre, inclusiv a MF.

Pe de altă parte, istoria nu este ceea ce spun istoricii, ci ceea ce a trăit fiecare dintre noi. Din miile de istorii subiective rezultă de fapt istoria obiectivă a fiecărei epoci, inclusiv a epocii în care am trăit noi și a MF pe care o avem astăzi.

Medicina de familie este cea mai veche specialitate. Dacă ar fi să stabilim vârsta diferitelor specialități, atunci MF, sau medicina generală (MG), după cum i se spunea până acum câțiva ani, este cea mai veche specialitate medicală. Ea a dominat asis-

tența medicală câteva mii de ani. În timp ce vârsta MF se măsoară în milenii, nici una dintre celelalte specialități medicale nu este mai bătrână de 100 de ani. Dar, deși MF (MG) a supraviețuit câteva mii de ani, ea nu este un fel de ornitorinc al medicinei moderne, adică un fel de relicvă preistorică, ci este o specialitate modernă, care a evoluat în pofida marginalizării la care a fost supusă un timp foarte îndelungat deoarece este absolut necesară pentru buna desfășurare a asistenței medicale.

Chair dacă evoluția MF (MG) nu a fost atât de rapidă și atât de spectaculoasă ca a celorlalte specialități, care au impresionat mai ales prin tehnologia pe care o folosesc, nici MF (MG) de azi nu poate fi comparată cu MF (MG) de ieri. Și MF (MG) a evoluat. Dar, în timp ce toate celelalte specialități medicale au evoluat mai ales din punct de vedere tehnologic, MF (MG) a trebuit să evolueze mai ales din punct de vedere clinic.

După ce a fost mii de ani suverană pe toată patologia umană, MF (MG) s-a trezit la un moment dat că i s-a redus tot mai mult aria de activitate. Specialitățile de profil, care au apărut într-un ritm foarte accelerat, au preluat treptat toate aparatele și organele. Cardiologia i-a preluat aparatul circulator, gastroenterologia i-a preluat tubul digestiv, pneumologia i-a preluat aparatul respirator, neurologia i-a preluat sistemul nervos. În unele cazuri mai multe specialități se bat pentru același organ, așa cum se întâmplă în cazul neurologiei, psihiatriei și neurochirurgiei sau al nefrologiei și urologiei. De aceea MF (MG) a trebuit să se mulțumească cu ceea ce specialitățile de profil nu au putut să preia. Și specialitățile de profil nu au putut să preia foarte multe dintre activitățile pe care le desfășura MF (MG).

Așa, spre exemplu, specialitățile de profil nu au putut să preia accesibilitatea nediscriminatorie a pacienților la asistență medicală. Deoarece la specialiștii de profil nu puteau veni bolnavi cu semne și simptome care aparțineau unor boli din alte specialități, ei nu puteau asigura accesibilitatea nediscriminatorie a pacienților la asistența medicală. La psihiatru nu putea veni un bolnav cu diaree și nici la gastroenterolog nu putea veni un bolnav cu o congestie oculară. De aceea, chiar și după apariția specialităților de profil, MF (MG) a fost cea care a continuat să asigure accesibilitatea nediscriminatorie a bolnavilor la asistență medicală, indiferent de boala pe care o aveau, deoarece la MF (MG) putea veni orice bolnav cu orice boală din orice specialitate.

Deoarece specialitățile de profil nu se ocupă decât de anumite aspecte ale patologiei umane, MF (MG) a fost cea care trebuia să realizeze abordarea integrală a pacientului. MF (MG) trebuia să se ocupe de persoana umană în toată integritatea ei, să realizeze sinteza diagnostică și terapeutică a bolnavului, să elaboreze o decizie inițială indiferent de problemele de sănătate ale pacientului, să colaboreze cu specialiștii de profil, să asigure prevenția primară, prevenția secundară, prevenția specifică, asistența medicală a familiei și a colectivității.

Adică chiar și după apariția specialităților de profil, care i-au preluat toate organele și toate aparatele, MF (MG) i-a rămas totuși un obiect de activitate foarte bogat, reprezentat de asigurarea primului contact pentru toate problemele de sănătate ale bolnavului, de asigurarea prevenției primare și secundare, de promovare a sănătății, de asistență medicală a omului sănătos, a familiei și a colectivității (2).

Medicina modernă este rezultatul procesului de specializare. Reducându-și aria de activitate la un domeniu tot mai restrâns, deoarece din specialitățile medicale au apărut o mulțime de supraspecialități și apelând la o tehnologie din ce în ce mai avansată, specialitățile de profil au reușit să facă descoperiri tot mai importante. Astfel, specialitățile de profil au contribuit la progresul medicinei moderne. De aceea, am putea spune că medicina modernă este de fapt rezultatul procesului de specializare.

Marile performanțe ale medicinei moderne sunt datorate specialităților de profil. Specialiștii de profil acordă o asistență medicală mai performantă bolnavilor din domeniul lor de activitate. Dar trebuie specificat faptul că ei acordă o asistență medicală mai performantă *doar* în domeniul lor de activitate, ceea ce este foarte important în asistența

medicală primară, care vine în contact cu un sistem hiperintegrat, în care toate aparatele și organele sunt indisolubil legate între ele (3). De aceea, pentru a putea rezolva problemele unui sistem hiperintegrat, nu numai medicii generaliști, ci și specialiștii de profil trebuie să colaboreze între ei. De aceea, asistența medicală a devenit o activitate de echipă.

Din păcate, specialitățile de profil s-au dezvoltat atât de mult încât colaborează tot mai greu unele cu altele și la un moment dat a apărut o adevărată prăpastie între MF (MG) și specialitățile de profil.

Procesul de specializare nu are numai avantaje, ci și anumite dezavantaje. Dar, pe lângă marile avantaje, procesul de specializare a avut și anumite dezavantaje. Așa, spre exemplu, procesul de specializare a dus la fragmentarea organismului uman. Deși aparatele și organele din care este constituit organismul uman au o anumită autonomie, totuși ele nu au decât o autonomie relativă. Inima, ficatul și rinichii au o anumită autonomie, care a făcut posibilă apariția cardiologiei, a hepatologiei și a nefrologiei. Datorită autonomiei relative, până la un moment dat, specialitățile de profil dau rezultate foarte bune abordând izolat fiecare organ. Însă toate organele sunt atât de strâns legate între ele încât formează un sistem hiperintegrat. Cardiologia se ocupă de ateroscleroza arterelor coronare. Dar ateroscleroza nu e o problemă de cardiologie, ci de metabolism, de inflamație, de endocrinologie, de imunologie și astfel ajungem la întregul organism.

Organismul reacționează unitar la acțiunea factorilor patogeni. Stresul, șocul și de fapt toate bolile implică, într-un fel sau altul, întregul organism. De aceea, la o analiză mai atentă putem constata că inima, ficatul și rinichii nu au doar bolile lor specifice, ci participă într-un fel sau altul la patologia altor organe și a altor boli. De aceea, pentru a înțelege corect patologia umană ar trebui să luăm în considerare nu numai bolile patente ale ficatului sau ale creierului, ci și participarea lor la patologia generală. Pe lângă bolile creierului avem și bolile psihosomatice și așa mai departe.

Pe de altă parte, în condițiile în care în medicină nu prea există semne și simptome patognomonice, toate semnele și simptomele fiind niște semne și simptome comune, care pot apărea în foarte multe boli, din diferite specialități, este foarte greu de ales specialistul corespunzător. Așa, spre exemplu, un bolnav care are amețeală nu va ști precis dacă trebuie să meargă la neurolog, la cardiolog, la hematolog, la ORL-ist, la oftalmolog, la psihiatru sau la reumatolog pentru o spondiloză cervicală. Același lucru se întâmplă și în cazul durerii toracice, al durerii abdominale, al cefaleei, al dispneei, al diareei, al constipației și așa mai departe (2).

În sfârșit, procesul de specializare a complicat și a scumpit foarte mult asistența medicală, ceea ce a contribuit la promovarea MF (MG).

Procesul de specializare a marginalizat medicina de familie. Procesul de specializare, care a început în primele decenii ale secolului trecut, s-a accentuat tot mai mult. Din interne, din chirurgie și din pediatrie au apărut o serie întreagă de supraspecialități sau ultraspecialități. Uneori și acestea s-au divizat în alte supraspecialități, așa cum a fost cazul hepatologiei, care s-a detașat de gastroenterologie.

Dar procesul de specializare a fost atât de puternic încât la un moment dat a apărut o adevărată prăpastie între medicii specialiști și medicii generaliști. În timp ce medicii specialiști câștigau tot mai mult teren, medicii generaliști pierdeau tot mai mult teren. MF (MG) era considerată un fel de rudă săracă a medicinei, un fel de medic mai superficial, ceva între asistenții medicali și medicii specialiști.

Toți (sau aproape toți) absolvenții facultăților de medicină, care se numeau de fapt facultăți de medicină generală, erau repartizați să lucreze ca medici generaliști în mediul rural. Condițiile din mediul rural erau foarte dificile. În primul rând, absolvenții erau repartizați de obicei foarte departe de localitatea lor de origine. Așa, spre exemplu, toată promoția mea a fost repartizată în județul Bacău. Eu am fost deci nevoit să plec din Brașov la Bacău. Apoi, cabinetele medicale erau de obicei improvizate în niște clădiri dărăpănate. Mulți medici generaliști au fost nevoiți să contribuie la construirea unor dispensare medicale. Cabinetele medicale nu erau dotate cu nici un fel de aparatură medicală. Condițiile de trai erau și ele foarte grele. De obicei, medicii generaliști nu aveau unde locui. Condițiile de transport erau foarte dificile și așa mai departe.

Adică, în timp ce medicii specialiști lucrau în spital sau în policlinică, medicii generaliști lucrau în condiții mult mai grele în cabinetele de MG improvizate, din mediul rural sau din mediul urban, în cabinetele de întreprindere sau în cabinetele medicale din școli. Aceste cabinete erau de obicei improvizate în clădiri necorespunzătoare și lipsite de aparatură medicală. Pe de altă parte, medicii generaliști aveau anumite restricții. Ei nu aveau voie să dea concedii medicale mai mari de 7 zile. La un moment dat, aveau un buget pe care nu-l putea depăși. Ei nu aveau voie să interneze bolnavii în spital și așa mai departe.

În același timp, medicii generaliști aveau o responsabilitate mai mare decât medicii specialiști din spital. Deși nu aveau voie să dea concedii mai mari de 7 zile, medicii generaliști erau răspunzători de creșterea morbidității cu incapacitate de muncă din

întreprinderea respectivă. De asemenea, mortalitatea infantilă era aproape întotdeauna imputată medicilor generaliști. Aproape orice deces al copiilor sub un an era imputat medicilor generaliști, care erau obligați să consulte copiii săptămânal. Pe de altă parte, medicul generalist lucra singur și putea fi tras la răspundere mai ușor decât medicii specialiști din spital, care lucrau în echipă.

MG nu era considerată ca o specialitate – sau mai bine zis era departe de a fi considerată ca o specialitate. Medicii era împărțiți în două categorii, în medici generaliști și medici specialiști. Este adevărat, medicii generaliști nu aveau o pregătire de specialitate postuniversitară. Dar ei nici nu aveau voie să facă acest lucru. MG era tratat ca un medic de rang inferior. Spre deosebire de medicii specialiști, care, pe lângă faptul că făceau o pregătire postuniversitară de specialitate de 3-4 ani, puteau să facă și cursuri de perfecționare în clinici universitare, medicii generaliști nu aveau voie să facă cursuri de perfecționare în clinici universitare. Medicii generaliști erau obligați să facă cursuri de reciclare în secțiile de specialitate ale spitalelor municipale sau județene, adică la un nivel inferior. Deci medicii generaliști nu făceau cursuri de perfecționare, ci cursuri de reciclare.

Medicii generaliști nu puteau să ocupe de obicei nici un fel de funcții de conducere. Toate funcțiile de director de policlinică sau de director de direcție sanitară erau ocupate de medici specialiști. Iar atunci când întâmplător un medic generalist ocupa un post de conducere, el căuta prin toate mijloacele să evadeze din medicina de familie.

În aceste condiții era clar că majoritatea medicilor generaliști căutau să fugă de MG și să devină medici specialiști. Dar legal ei nu puteau pleca decât după 3 ani de stagiul în mediul rural, când aveau dreptul să dea concursul de secundariat sau de rezidențiat pentru ocuparea unor posturi de medici specialiști în policlinică sau în spital. Însă numărul de posturi de medici specialiști scoase la concurs era întotdeauna mai mic decât numărul absolvenților din anul respectiv, așa încât majoritatea medicilor erau forțați să rămână în MG. Ca să nu mai vorbim de faptul că fiecare candidat alegea specialitatea pe care o apuca în funcție de media obținută și în funcție de visurile sale.

La un moment dat, distanța dintre medicii generaliști și medicii specialiști ajunsese atât de mare încât devenise o rușine să fii medic generalist. Erai considerat ca un incompetent care nu a reușit să promoveze concursul de rezidențiat. Era de neconceput ideea că ar putea să-ți placă MG. Chiar și astăzi, medicii care au rămas să lucreze ca MF (MG)

în mediul rural sunt priviți ca niște curiozități. Concepția despre MF (MG) era atât de rea încât până prin anii 2008 candidații la rezidențiat care nu reușeau să aleagă o altă specialitate erau distribuiți automat în MF, ceea ce confirma faptul că medicii de familie sunt medicii cel mai slab pregătiți și că nici nu trebuie să fii prea deștept pentru a fi medic generalist (medic de familie). Din păcate, acest lucru se întâmpla și în Franța, unde absolvenții care nu reușeau să ocupe posturi în alte specialități erau distribuiți la MG.

Prin această desconsiderare a MG (MF), asistența medicală a populației a pierdut foarte mult, pe de o parte pentru că au plecat foarte mulți medici buni, pe de altă parte pentru că această desconsiderare s-a transmis și la nivelul populației și a dăruit până astăzi, lucru care nu este valabil în alte țări, așa cum ar fi Anglia, Canada, sau Olanda, în care MF (MG) s-a bucurat și se bucură și astăzi de soartă mult mai bună.

Cum am devenit eu medic generalist (medicii de familie). În aceste condiții, foarte dificile pentru MG de la noi din țară, eu am fost repartizat ca medic stagiar la Piatra Neamț și apoi ca medic de MG în comuna Ceahlău, situată la o distanță de 80 de km de Piatra Neamț și cam la aceeași distanță de Tîrgu Neamț. Trebuia să treci multe dealuri și multe văi pentru a ajunge la policlinica sau la spitalul cel mai apropiat. Comuna Ceahlău era de fapt ceea ce mai rămăsese prin strămutarea ei de pe fundul lacului Bicaz pe văile muntelui Ceahlău. De aceea, comuna nu prea avea drumuri și accesul în diferitele sate ale comunei se făcea doar pe niște poteci de munte. Condițiile de trai erau foarte dificile. Comuna nu era electrificată. Curentul electric era asigurat din când în când de un dinam. Singurul meu contact cu lumea era un radio cu baterie pe care îl ascultam noaptea odihindu-mă în căpița de fân, care emana cel mai plăcut parfum din lume. Comuna nu avea apă curentă. Trebuia să car apa cu găleata de la o fântână situată la 200 m. Trebuia să sparg lemne. Să car lemnele în casă. Să fac focul și așa mai departe.

Dar toate aceste dificultăți erau compensate de frumusețea indescrisibilă a naturii și a oamenilor. După ce mi-am petrecut copilăria pe dealurile Zizinului și pe Dealul Melcilor din Brașov, care sunt de o mare frumusețe, comuna Ceahlău mi se părea încă un dar pe care mi-l făcea Dumnezeu. Comuna Ceahlău era pentru mine un colț de rai. Desigur că eu nu am talentul lui V. Alecsandri sau al lui M. Sadoveanu pentru a descrie frumusețea acelor locuri. Dar eram tot timpul copleșit de frumusețea lor. De câte ori ieșeam dimineața pe prispa casei

eram copleșit de frumusețea indescrisibilă a naturii, de culoarea, de parfumul, de zumzetul de albine și de cântecele păsărilor.

Dar nu numai măreția locurilor m-a ajutat să depășesc dificultățile inerente ale acelor vremuri, ci și naivitatea tinereții, dar mai ales faptul că eram obsedat de niște preocupări care mă distrăgeau și mă distrag și astăzi de la realitatea concretă. Aveam desigur o mulțime de cunoștințe acumulate în timpul facultății. Dar, pe lângă cunoștințele de medicină acumulate în timpul facultății, eu mai aveam și foarte multe cunoștințe de fizică și de biologie, acumulate înainte de facultate.

Înainte de fi atras de medicină, eu am fost atras încă din liceu de fizică și de biologie. Credeam că fizica mi-ar putea lămuri unele întrebări pe care le aveam eu la aceea vreme, privind misterul spațiului, al timpului, al materiei și al vieții. De aceea, eu am citit teoria relativității a lui A. Einstein și teoria cuantică a lui M. Planck, încă din liceu. De aceea, probabil că nu întâmplător la scurt timp de la terminarea facultății am scris o lucrare privind fiziologia timpului. Iar mai târziu am arătat că timpul nu depinde atât de mișcare, după cum susținea A. Einstein, cât de informație. Eu am arătat că spațiul și timpul sunt de natură informațională. Oricât te-ai mișca, dacă nu ai repere, nu ai nici timp și nici spațiu. Acolo unde informație nu e nimic nu e (4).

Dar probabil că mai mult decât fizica m-a atras biologia, unde misterul era și mai mare. Ce poate fi mai misterios ca viața? Evident că plantele și animalele era mai fascinante decât pietrele. Dar cum se nasc, cum cresc și cum se îmbolnăvesc ele era mai greu de explicat. Cu toate progresele care s-au realizat, noi nu știm nici astăzi ce este viața, care este etiologia HTA esențiale, a diabetului sau a poliarteritei reumatoide. Vorbim de niște factori de risc. Dar factorii de risc nu sunt cauze, ci mai curând niște condiții. Știința nu-și spusese încă ultimul cuvânt nici atunci și probabil că nu o să și-l spună niciodată. Cu cât ne apropiem de adevăr, cu atât el se depărtează de noi. Dar apariția geneticii, a ciberneticii, a teoriei sistemelor și a informaticii mi se păreau totuși capabile să-mi explice multe dintre misterele nelămurite ale patologiei umane.

Dar, în perioada aceea, genetica și cibernetica era considerate ca științe capitaliste și era interzise în România socialistă. Pentru că a pledat pentru genetică, prof. Victor Săhleanu, care a fost conducătorul meu de doctorat, a fost dat afară din Institutul de Endocrinologie și a avut foarte mult de suferit. Ar fi interesant de remarcat că prof. Victor Săhleanu, care a fost un mare savant, a fost dat afară din posturile pe care le ocupa – nu numai o dată, ci de

mai multe ori – o dată pentru genetică, apoi pentru cibernetică și apoi pentru meditația transcendentă, ceea ce demonstrează condițiile în care se putea face știință în România în acea vreme.

Deoarece genetica și cibernetica erau interzise în România, trebuia să fac eforturi deosebite pentru a intra în posesia lucrărilor de genetică și de cibernetică. Dar eforturile mele au fost răsplătite deoarece am aflat că noi suntem rezultatul succesiunii a 3 miliarde de nucleotide din care este formată molecula de ADN. O anumită succesiune de nucleotide determină ochi albaștri, o altă succesiune determină ochi căprui. Iar modificarea acestor structuri poate duce la anumite boli. Deși lucrurile sunt mult mai complicate decât se părea pe atunci, totuși genetica a avut un rol extrem de important pentru practica medicală, deoarece ea este implicată în aproape toate bolile cu care suntem confrunțați.

De la cibernetică am aflat cum reușește organismul să-și păstreze homeostazia, adică stabilitatea sau identitatea, prin corectarea erorilor cu ajutorul mecanismelor de feedback. Dar tot de la cibernetică am aflat care este rolul informației în reglarea proceselor biologice. N. Wiener (5) spunea că informația nu este nici substanță și nici energie. Dar ce este ea era foarte greu de spus.

Cu aceste preocupări inspirate din tratatele de medicină, din genetică, din imunologie, din cibernetică și din informatică am ajuns eu la Ceahlău. Cu aceste preocupări mă culcam, mă trezeam dimineața și examinam bolnavii. Ceahlăul a fost pentru mine un mare laborator. Desigur că nu puteam să fac experiențe. Dar natura făcea ea însăși zeci de experiențe asupra pacienților mei, pe care eu nu aveam decât obligația să îi observ. Și, observând foarte atent fenomenele cu care eram confruntat, am publicat primele mele lucrări în Revista *Medico-Chirurgicală din Iași*, așa cum ar fi, spre exemplu, un caz de parotidită alergică la un copil care făcea pusee de parotidită foarte frecvente și altele.

Chiar dacă, plecând de la aceste idei, nu am reușit să realizez mare lucru, până la urmă cred că tot am reușit să tratez mai bine bolnavii mei, deoarece aceste idei au o rezonanță practică extraordinară. Ce poate fi mai important decât să cunoști implicațiile geneticii în patologia umană sau să cunoști patogenia cibernetică a unor boli și implicit tratamentul lor. Ce poate fi mai important pentru MG, care este o specialitate sistemică, decât să aibă o concepție sistemică oferită de teoria sistemelor și de cibernetică. Și, în cele din urmă, ce poate fi mai important pentru practica medicală decât să acorzi atenția cuvenită bolnavilor. Pentru mine fiecare bolnav era un caz de discutat și de analizat.

Așa se face că, în timp ce colegii mei erau preocupați de promovarea într-o specialitate de profil și învățau pentru medicina internă sau pentru chirurgie, eu eram un fel de Don Quijote, care căuta să găsească misterul fenomenelor în cibernetică și în informatică, mister pe care nu l-am desoperit niciodată.

Astfel am ratat atât misterul fenomenelor cât și specializarea ca internist sau ca chirurg și am rămas medic generalist, ceea ce nu am regretat niciodată. Unii ar putea spune că sunt un ratat. Dar eu mă simțeam foarte bine ca medic generalist la Ceahlău. Ceahlăul mi se părea mai captivant ca un spital. Era ca deosebirea dintre o grădină și o seră. Ceahlăul era o grădină, iar spitalul era o seră. Grădina mi se părea mai interesantă decât sera.

Deoarece fiul meu creștea și la un moment dat ar fi trebuit să meargă la școală și Ceahlăul era foarte departe de un centru școlar, m-am hotărât să mă mut ca medic generalist în urban. În acest sens, m-am înscris la un concurs pentru ocuparea unui post de medic generalist în mediu urban și, în urma concursului pe care l-am susținut la București, cu prof. Radu Păun, am reușit să aleg un post de medic generalist în orașul Brașov.

Astfel, după o lungă perioadă petrecută la București și la Ceahlău, eu am revenit la Brașov. Probabil că cei 5 ani petrecuți la Ceahlău au reprezentat pentru mine cei mai frumoși ani din viața mea, ani în care am fost cel mai aproape de natură, de oameni și de Dumnezeu. În cei 5 ani petrecuți la Ceahlău am mai făcut a doua oară facultatea de medicină, deoarece a trebuit să mai revăd o dată toate materiile, mai ales din punct de vedere practic.

Deși nici la Brașov nu aveam condiții mai bune, deoarece locuiam 5 persoane în 2 camere, speram că lucrurile se vor rezolva. Dar ele s-au rezolvat foarte greu.

Desigur că am venit la Brașov cu experiența acumulată la Ceahlău, dar și cu preocupările care mă urmăreau pretutindeni. La Brașov aveam însă un laborator și mai mare decât la Ceahlău. Aveam și mai mulți pacienți și mai multe posibilități de investigație și de colaborare cu alți colegi. Aici puteam găsi mai ușor colaboratori, care să mă ajute în căutările mele, așa cum s-a și întâmplat. La Brașov am întâlnit nu numai medici, ci și matematicieni și informaticieni, cu care am reușit să stabilesc pentru prima oară la noi în țară diagnosticul clinic medical cu ajutorul calculatorului electronic în peste 200 de boli interne (6).

Pentru mine fiecare bolnav continua să fie un caz. Dar treptat am înțeles că fiecare bolnav este de fapt o personalitate, care are nu numai un trup care

suferă, ci și un psihic, și un suflet, care ascunde un mare mister.

Dar pentru mine organismul era în același timp și un sistem. Așa cum pentru cardiolog organismul era un sistem circulator, iar pentru neurolog organismul era un sistem nervos, pentru mine organismul era un sistem cibernetic. Pentru mine organismul uman era un sistem de comunicații foarte complicat, prin care se transmiteau o înfinitate de informații, nu numai sub formă nervoasă, ci și sub formă chimică. În 1986, la o ședință a Academiei Române, privind semnalul biologic, eu am arătat că organismul uman este un sistem de comunicații, în care toate celulele și toate moleculele contribuie fie la constituirea sistemului de comunicații, fie la transmiterea informațiilor prin acest sistem (7). Nu numai ADN, ARN, hormonii și mediatorii sinaptici, ci toate moleculele organismului, chiar și molecula de glucoză, care are mai ales un rol energetic, aduc pe lângă substanța și energia din care sunt constituite și o anumită informație moleculară, capabilă să fie recunoscută – în cazul glucozei, de către receptorii glucosensibili din celulele pancreatice.

Evident că genetica, cibernetica și imunologia mi-au lămurit multe lucruri neclare, dar ele mi-au lăsat și multe întrebări nelămurite. Norocul nostru este că știința nu ajunge niciodată la sfârșit și mai lasă mereu câte ceva de descoperit. Prin 1880, când Max Planck voia să urmeze fizica, profesorul lui i-a spus că nu ar fi cel mai indicat lucru, deoarece în fizică toate lucrurile au fost lămurite și nu ar mai fi nimic de spus. Din fericire pentru Max Planck, lucrurile nu stăteau deloc așa și majoritatea descoperirilor importante s-au făcut de fapt după 1900 încoace.

În ceea ce mă privește, cibernetica mi-a arătat că homeostazia organismului este păstrată cu ajutorul mecanismelor de feedback, care reușesc să corecteze erorile produse. Creșterea tensiunii arteriale este sesizată de receptorii barosensibili din sinusul carotidian, din atri și din aortă, care trimit spre centrul cardiovascular din bulb informațiile corespunzătoare. Aceștia trimit retroactiv organelor de execuție deciziile corespunzătoare de corectare a modificărilor care au determinat semnalele respective. Desigur că mecanismele de feedback sunt extrem de utile. Dar, lucrând prin corectarea erorilor, ele nu mai pot păstra homeostazia organismului într-un mediu în care se produc și erori care nu ar mai putea fi corectate, așa cum se întâmplă de fapt în realitate. În acest caz, ar fi necesar un mecanism de reglare anticipativă, care să prevină erorile sau cel puțin erorile care nu ar mai putea fi corectate.

Astfel, la Congresul Mondial de Cibernetică și Sisteme, din 1975, am descris mecanismul de reglare anticipativă, pe eu l-am denumit mecanism de feedbefore, cu ajutorul căruia organismul își menține homeostazia prin prevenirea erorilor (8).

Iar pornind de la informația lui N. Wiener (1948), care nu este nici substanță și nici energie, am arătat că nu numai microbii și virusurile, ci și informația poate fi un factor patogen. La această concluzie am ajuns urmărind cu atenție foarte mulți bolnavi care acuzau oboseală, iritabilitate, tulburări de somn, o stare de neliniște, palpitații, cefalee, dureri abdominale și alte simptome, la care nu reușeam să descopăr nici o boală. În mod normal, pe atunci aceste simptome puteau fi încadrate în grupa nevrozelor. După cum se știe, în ultimii ani, nevrozele au fost scoase din DSM, care stabilește criteriile de diagnostic ale tulburărilor psihice. Dar pe mine mă interesa cine producea aceste simptome. În acest sens, psihanalistii vorbeau de conflicte interne, de traume psihice, psihiatrii vorbeau de suprasolicitare și așa mai departe.

Având capul plin de informatică și de cibernetică, eu am luat în considerare și informația. Astfel, am constatat că bolnavii erau de fapt suprasolicitați informațional. În 1969, am descris, în revista franceză *Agressologie*, sindromul de agresiune informațională, arătând pentru prima dată în lume că și informația poate fi un factor patogen (9). Tot în 1969, am publicat în revista franceză *Encephale* un articol despre etiologia informațională a bolilor psihice (10). Iar în 1970 am arătat în Revista *Medico-Chirurgicală* din Iași, de care mă simt legat și astăzi, că de fapt și trauma psihică acționează tot prin informația pe care o aduce (11).

Am confirmat apoi rolul patogen al informației și experimental. În experimentele făcute cu dr. Vasile Moldovan, pe cobai, am constatat că suprasolicitarea informațională determină creșterea glicemiei și colesterolemiei (12). În experimentele făcute cu dr. Victor Daghie, pe șobolani, am constatat că suprasolicitarea informațională determină creșterea catecolaminelor și a cortizolului (13). Iar în experimentele făcute cu prof. Aurelia Cristea, am constatat că solicitarea informațională determină creșterea secreției de endorfine la șoareci (26).

În 1972, am deus la Editura Dacia prima carte de patologie informațională din lume (14), care, deși avea recomandarea prof. Ștefan Milcu și a prof. Victor Săhleanu, a apărut abia în 1978. Toți referenții care au văzut-o între timp au spus fie că nu se pricep, fie că nu poate fi publicată. Dumnezeu m-a ajutat însă ca editura să nu își însușească aceste puncte de vedere. În 1978, editura, care voia proba-

bil să-și facă curat în sertare, a dat cartea mea prof. Crișan Mircioiu, care era chirurg. El mi-a dat telefon și mi-a comunicat că a fost impresionat de valoarea cărții. Astfel, după 6 ani de așteptare, patologia informațională a apărut la Editura Dacia și a primit în același an premiul Gheorghe Marinescu al Academiei Române. Aceasta demonstrează cât de relative sunt părerile oamenilor. Iar în 1983 am mai primit o dată premiul Victor Babeș al Academiei Române pentru tratatul de medicină cibernetică.

Foarte mulți cercetători susțin că de fapt nu există o realitate obiectivă, ci o realitate construită în mintea noastră. Noi căutăm ceea ce știm și găsim ceea ce căutăm. De aceea progresăm de fapt destul de încet. Eu vedeam lumea din perspectiva ciberneticii și a informaticii. Astfel, în 1981, am publicat cartea *Homo ciberneticus* (15). În 1983 am publicat un tratat de medicină cibernetică (16). Toate aceste lucrări, a căror concepție a pornit de la un cabinet de MG, au fost comentate favorabil atât în țară cât și în străinătate.

În 1973, am arătat că multe boli sunt determinate de tulburarea unor mecanisme cibernetice și am încadrat bolile respective în capitolul ciberoze (17). Profesorul Domenico Campanacci, redactorul-șef al revistei *Giornale di Clinica Medica*, m-a invitat să scriu în revista lui un articol despre ciberoze (18).

În 1975, am arătat că secreția hormonală este reglată în ultimă instanță de informațiile pe care le primim din afară (23). În 1980 am publicat foarte multe lucrări de neuroștiințe, despre structura logică a sistemului nervos, trecerea de la prelucrarea semnalelor la prelucrarea informațiilor și natura informațională a conștiinței, în *International Journal of Neuroscience* (19). Creierul mi s-a părut de departe cel mai fascinant organ al omului. De aceea, la Conferințele Societății Naționale de Neuroștiințe, al cărei membru fondator am fost, am susținut o serie de lucrări privind modelul informațional al creierului, nivelele informaționale ale creierului, natura virtuală a conștiinței umane sau informatomul uman, pentru care în 2010 am primit premiul de excelență al Societății Naționale de Neuroștiințe (24).

În orice caz, în timp ce eram medic generalist la policlinica Tractorul din Brașov, am publicat câteva zeci de lucrări în *Cybernetica*, în *Kybernetes*, în *Agressologie*, în *Giornale di Clinica Medica*, în *International Journal of Neuroscience* și așa mai departe.

Dar eu nu eram angajat în calitate de cercetător științific, poziție în care am ajuns abia prin 1997, ci ca medic generalist și trebuia să am grijă de bolna-

vii mei, pe care îi urmăream cu foarte multă atenție. Ei reprezentau de fapt materia primă a lucrărilor mele. Lucrările mele erau inspirate nu atât din cărți, cât din observația atentă a bolnavilor. Așa se face că, pe lângă preocupările de cibernetică și informatică, am publicat foarte multe lucrări medicale privind factorii declanșatori în migrenă (21), tratamentul cu betablocante în HTA (20), tratamentul cu anticalcice în HTA (22), tratamentul cu betablocante în migrenă (21), rolul stresului psihic în HTA (25) și așa mai departe.

În 1985, la recomandarea dr. Grigore Bușoi, eu am fost transferat de prof. Victor Ciobanu, care era Ministrul Sănătății, ca inspector general în Ministerul Sănătății. Desigur că eu am venit la București cu toată experiența mea de medic generalist, dar și cu preocupările mele de cercetare. De la Ministerul Sănătății, am fost transferat ca director la Centrul de Pregătire Postuniversitară a Medicilor și Farmaciștilor și în cele din urmă pe post de cercetător științific gr. I la Institutul de Sănătate Publică.

Pe lângă activitatea pe care am depus-o ca inspector general, ca director și ca promotor al MG, am desfășurat și la București o activitate de cercetare. Astfel, în 1988, am studiat împreună cu prof. Aurelia Cristea influența solicitărilor informaționale asupra secreției de endorfine (26), apoi rolul informației în stres și așa mai departe (27).

În 1989, împreună cu prof. Mircea Lăzărescu de la Timișoara, am comunicat la Congresul Mondial de Psihiatrie de la Atena lucrarea privind anxietatea mascată.

În 1987, am publicat în Editura Dacia cartea intitulată *Diagnosticul medical* (29). În 1990, am publicat în Editura Științifică cartea intitulată *Integronica* (3), care este de fapt o nouă știință, a integrării, ceea ce este foarte important pentru medicul generalist, care trebuie să vadă pacientul în toată integritatea lui. În 1997, am publicat în Editura Academiei ediția a doua a patologiei informaționale. Iar în anul 2000 am publicat primul volum al tratatului de MF, după care au urmat și celelalte două volume și apoi alte ediții revizuite până în 2009 (2).

Dar lucrurile nu se termină niciodată. Ele nu au nici început și nici sfârșit, este doar o curgere continuă, ca un fluviu al timpului care ne duce cu el. În această curgere continuă, știința a descris la un moment dat genomul uman. Prin elucidarea genomului uman, știința a făcut în 2003 un pas uriaș. Dar a fost un pas care a schimbat radical lucrurile. Nu era ceea ce ne-am fi așteptat noi. Am putea spune că descrierea genomului uman a pus mai multe probleme decât a rezolvat. Mai întâi, odată cu descrierea genomului uman, a mai fost înlăturată o dogmă –

și anume cea a relației dintre gene și proteine. Până în 2003 se credea că o genă sintetizează o proteină. Dar în 2003 s-a constatat că, deși omul are 100.000 de proteine, genomul uman nu conține decât 25.000 de gene. Deci dogma o genă egal o proteină a dispărut, ceea ce a complicat foarte mult sinteza proteinelor.

Pe de altă parte, 95% dintre gene nu sunt codante, adică nu sintetizează proteine. Se pune deci întrebarea ce rol au ele. De ce le purtăm cu noi. Apoi s-a constatat că nu este chiar atât de ușor de descoperit genele care se află la baza diferitelor boli. În cancer nu intervine o singură mutație, ci mult mai multe, uneori peste 100 de mutații. În schizofrenie sunt implicate peste 600 de gene. Am spune deci că lucrurile mai mult s-au complicat decât elucidat.

Astfel, în loc să îmi lămurească anumite întrebări, descrierea genomului mi-a pus și mai multe întrebări decât răspunsuri. În acest sens, Francis Collins (32), unul dintre descoperitorii genomului uman, vorbea de limbajul lui Dumnezeu. M. Murakami (34) vorbea de codul divin. Iar Crigh Venter (31), celălalt descoperitor al genomului uman, pentru a explica modul în care se desfășoară fenomenele, a introdus noțiunea de epigenetică. Aceasta înseamnă că în construcția fenotipului intervin nu numai genele, ci și niște factori epigenetici.

În mod normal, genele sunt silențioase. Ele nu sintetizează nimic dacă nu sunt stimulate. Pe de altă parte, genele sunt metilate și sunt înconjurate de niște histone. De aceea, pentru a putea fi activate, factorii epigenetici trebuie să acționeze asupra his-

tonelor și să demetileze genele. De fapt, astfel acționează asupra genomului toți hormonii, medicamentele și chiar alimentele, pentru că există farmacogenomică și o nutrigenomică.

Dar faptul că mediul înconjurător acționează asupra genomului prin intermediul unor factori epigenetici are o importanță foarte mare pentru MF (MG), deoarece aceasta ne explică modul în care stilul de viață acționează asupra organismului uman, prin intermediul genomului uman. Iată de ce MF (MG) trebuie să fie mereu în vârful evenimentelor (35).

Revenind în timp, în 1994, ca o recunoaștere a lucrărilor mele, am fost primit membru al Academiei de Științe Medicale. Și viața a evoluat cu aceleași pasiuni până astăzi.

Deoarece este vorba despre o istorie romanțată a MF (MG), nu am să insist asupra greutăților pe care le-am întâmpinat, din partea șefilor mei, din partea specialiștilor de profil, dar mai ales din partea Securității, care interzicea trimiterea de lucrări în străinătate. Deseori, deși aveau avizul șefilor mei, articolele erau reținute de securitate și nu mai ajungeau la destinație. Revistele spuneau că nu le-au primit. Le trimiteam din nou și, dacă ajungeau articolele mele, nu mai ajungeau corecturile lor și astfel publicarea unui articol dura câțiva ani, iar eu trebuia să dau zeci de declarații la Securitate. Este interesant de remarcat că acest lucru a continuat și după 1990.

Dar vremurile au trecut și o notă de romantism s-a așternut peste ele.

BIBLIOGRAFIE

1. Price D.S., Știință mică, știință mare, Editura Științifică, 1971
2. Restian A., Bazele medicinei de familie, Editura Medicală, 2000, 2005, 2009
3. Restian A., Integronica, Editura Științifică, 1990
4. Restian A., Natura informațională a spațiului și timpului, Contemporanul, 29, 1988, 6
5. Wiener N., Cybernetica, Hermann, Paris, 1948
6. Restian A., L'utilisation du calculateur électronique dans le diagnostic clinique, Archives de l'Union Medicale Balkanique, 5, 1972, 621-623
7. Restian A., Organismul uman ca sistem de comunicații, Semnalul biologic, Academia Română, 1986
8. Restian A., Cybernetical system control by feedback mechanism, Modern Trends in Systems and Cybernetics, Springer Verlag, Berlin, 1975
9. Restian A., Le syndrome d'agression informationnelle, Agressologie, 2, 1969, 85-93
10. Restian A., L'etiologie informationnelle des maladies psychiques, Encephale, 2, 1969, 101-133
11. Restian A., Valoarea informațională a psihotraumei, Revista Medico-Chirurgicală, 3, 1970, 625-630
12. Restian A., Moldovan V., Influența solicitărilor informaționale asupra colesterolemiei, Revista Medico-Chirurgicală, 2, 1978, 305-310
13. Restian A., Daghie V., Influența impactului informațional asupra secreției de catecolamine, Congresul Național de Fiziologie, București, 1986
14. Restian A., Introducere în patologia informațională, Editura Dacia, Cluj Napoca, 1978
15. Restian A., Homo ciberneticus, Editura Științifică, București, 1981,
16. Restian A., Medicina cibernetică, Editura Dacia, 1983
17. Restian A., Cibernozele, Medicina Internă, 3, 1973, 259-269
18. Restian A., Patologia cibernetica, Giornale di Clinica Medica, 9, 1973, 281-290
19. Restian A., Informational analysis of consciousness, International Journal of Neuroscience, 3, 1980, 229-239
20. Restian A., Tratatamentul cu betablocante în HTA, Medicina Internă, 1, 1978, 17-22
21. Restian A., Tratatamentul cu propranolol în migrene, Produse Farmaceutice, 1, 1979, 19-23
22. Restian A., Tratatamentul cu antagoniști de calciu în HTA, Clujul Medical, 3, 1985, 249-252
23. Restian A., Reglarea neuroendocrină prin intermediul jocului cibernetice, Studii și Cercetări de Endocrinologie, 5, 1973, 361-371
24. Restian A., Informatomul uman, Conferința Societății Naționale de Neuroștiințe, București, 2010

25. **Restian A.**, Rolul stresului psihic în HTA, *Viața Medicală*, 8, 1978, 351-354
26. **Cristea A.N., Restian A.**, Implication of endogenous opioids in information aggression syndrome, *International Journal of Neuroscience*, 2, 1988, 39-44
27. **Cristea A.N., Restian A.**, Clinical and experimental effects of informational stress, *Stress Medicine*, 8, 1992, 259-263
28. **Restian A., Cristea A.N.**, Manifestările somatice ale solicitărilor informaționale, *Revista Medicală Română*, 1, 1993, 30-38
29. **Restian A.**, *Diagnosticul medical*, Editura Dacia, Cluj Napoca, 1987
30. **Han Z.G.**, Epigenetic analysis in the search for tumor suppression genes, *Epigenomics*, 2, 2010
31. **Venter C.**, The sequence of human genome, *Science*, 286, 1999, 1155-1158
32. **Collins F.**, *Language of God, a scientist presents evidence for belief*, Free Press, New York, 2006
33. **Crick F.**, *Of molecules and man*, Prometheus Books, London, 1967
34. **Murakami K.**, *The divine code of life*, Beyond Wors Pub., Oregon, 1997
35. **Restian A.**, Stilul de viață ca factor patogen, *Academica*, 12, 2010, 108-114