

ÎNFIINȚAREA PARCULUI SPORTIV DIN CLUJ-NAPOCA

Prof. Dr. Marilena Kory-Mercea¹, Dr. Ștefania Kory Calomfirescu²
¹Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj-Napoca, Facultatea de Educație Fizică și Sport
²Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

Ideea întemeierii acestui parc s-a născut din durerea profundă a Profesorului Iuliu Hațieganu, după moartea fiului său, Tuțu Iuliu Marius, în vârstă de 10 ani, în anul 1928.

Iată cum îndureratul tată a relatat el însuși povestea întemeierii acestui parc, destinat tinerilor din Cluj: „S-a creat în amintirea unicului și bunului meu fiu, Tuțu, copil bun și cuminte, care, la vârsta de 10 ani, a părăsit această lume, pământul țării, pe care l-a iubit cu toată îngereasca putere a sufletului său.”

Profesorul fost îndemnat mereu de o gândire a marelui filozof Maeterlinck și spunea: „Din anul 1928, anul morții lui Tuțu, am sacrificat timp, suflet, bani, pentru educația tineretului”. Și în continuare mai spunea: „Pentru a reuși în educație, prima condiție este de a crea un loc, unde tineretul să se întâlnească cu plăcere, pentru a trăi marile învățături. Știind că apropierea de tineret este mai ușoară prin porțile fizicului, am crezut necesară înființarea unui parc sportiv.

Locul l-am găsit în plimbările mele pe malul Someșului. Cel mai potrivit loc este cu apă, cu aer, cu soare, cu arbori, o adevărată grădină olimpică în miniatură! În anul 1931 am început lucrările cu buget modest, cu forțe mici, și astfel, an de an, cu cele mai mari economii și cu ajutorul multor instituții și a câtorva conducători ai vieții de stat, am reușit să construiesc cel mai frumos și mai armonios parc sportiv din sud-estul Europei. El se întinde pe aproape 30 de hectare, între cele două ramuri ale Someșului.

Parcul sportiv din Cluj a fost pus în serviciul educației tineretului, pentru a promova dezvoltarea armonică a forțelor fizice, morale și intelectuale, oferind cele mai active surse de conservare și de recreație: aer, soare și apă. El devine o înaltă școală a exercițiilor fizice, permițând și exercițiul spiritului, prin care educația fizică devine mai perfectă, căci puterea cea mai mare de recreere derivă de la creator. Posedând și o minunată bisericuță din lemn este și o școală de exerciții religioase și morale. Oferind doritorilor de lumină posibilitatea de a gusta creațiile gândirii omeneste, într-o mică bibliotecă proprie, le pune la îndemână un colț liniștit al naturii, pentru lectură și astfel este și o școală de exerciții intelectuale”. Și mai spunea: „Parcul sportiv a fost astfel construit, ca să fie o expresie în miniatură a țării noastre scumpe, cu toate romanticele și frumoasele ei regiuni, cu toți marii și glorioșii ei voievozi și regi. Țara noastră s-a clădit cu sacrificiile generațiilor trecute și va deveni puternică și eternă numai dacă generațiile prezente și viitoare vor ști să trăiască cu sacrificii și cu muncă, în mijlocul națiunii: prin vigoare, conștiință și disciplină națională, cu deviza „Totul pentru binele neamului”, gata oricând a muri, ca națiunea să trăiască.

La intrare strălucește deviza „Pro patria est ludere dum videmur” („Se pare că ne jucăm, însă ne pregătim pentru a servi patria”).

Parcul sportiv cuprinde terenuri multiple pentru toate sporturile, jocurile și exercițiile fizice. Afară de acestea are o bibliotecă și o biserică.

Parcul sportiv nu servește spectacolului, ci este școala adevăratei educații fizice. Și aceasta prin dezvoltarea armonioasă a vigoarei fizice și psihice, prin creșterea rezistenței și capacității de muncă urmărește ameliorarea sănătății publice și sporirea puterii de muncă a nației.

În parcul sportiv se practică sportul, într-un mediu care permite o educație morală, religioasă și intelectuală. Este deci locul unde se face exercitarea simultană și armonică a tuturor forțelor fizice, morale și intelectuale.

Se respectă deviza nouă în educația fizică: trup disciplinat, sănătos, frumos, în serviciul sufletului și se tinde spre formarea unui om gata de serviciu și sacrificiu pentru națiune, pentru țară, având în față adevărurile eterne ale lui Dumnezeu.

Parcul sportiv din Cluj care servește o educație integrală a individului pentru a-l face slujitor fidel și puternic neamului, țării este și o expresie a geografiei pământului românesc. Fiecare teren de joc poartă numele unei provincii, fiecare drum numele unui viteaz, fiecare stâlp numele unui județ. Astfel tineretul petrece ziua sub comanda pământului și a conducătorilor neamului românesc.” Acestea au fost gândurile și cuvintele de aur ale Profesorului Iuliu Hațieganu.

Modestia Profesorului Hațieganu l-a împiedecat să spună totul, mai ales efortul personal material depus de-a lungul lucrărilor. Trebuie totuși să facem câteva completări: terenul pe care l-a ales se află pe malul Someșului Mic; spre apus de Parcul Central, ce aparținea Academiei Agricole. Gândurile îl frământau și scoteau în câmpul conștiinței vechi cugetări și aforisme grecești și romane, care acordau o mare importanță activității sportive a tinerilor. Și-a adus aminte de acel „Mens sana in corpore sano” (Minte sănătoasă în corp sănătos) al lui Iunius Decimus Iuvenal (60-140), de acel anonim care spunea „Non est vivere – sed valere vitae” (Nu este important să trăiești, ci să trăiești fiind sănătos) și în fine, aforismul ce i-a plăcut cel mai mult și s-a gândit să-l pună pe frontispiciul de la intrarea principală „Pro patria est ludere, dum videmur” (se pare că ne jucăm, însă ne pregătim pentru apărarea patriei). Erau create și condiții favorabile. Primarul de atunci al orașului Cluj, Teodor Mihali se gândea și el la lărgirea Parcului Central, la construirea unei arene sportive și a unei băi în aer liber, pe malul Someșului. În ziua de 25 aprilie 1928 s-au plantat doi arțari la începutul unei alei, pe care s-a așezat o tăbliță indicatoare, cu numele inițiatorului ideii, Teodor Mihali. Ideea construirii parcului, odată luată și conturată în anii 1928/1929, urma să se materializeze prin alegerea locului și întinderea lui, să se facă un plan cât mai funcțional al viitorului parc și să se adune fondurile necesare.

Primul contact a fost înțelegerea cu Universitatea, cu Astra (prin Prof. univ. Dr. Ion Goia) și cu rectorul Academiei Agricole, Prof. univ. Dr. Mihai Șerban, care, cu multă înțelegere, i-a predat din partea Agronomiei o bucată din pământul dorit, care a fost mai întâi cedat Astei și Universității și completat cu o fâșie ce aparținea orașului.

Profesorul Iuliu Hațieganu nu îndrăznise să ceară mai mult, dar într-o discuție cu doamna Dr. Alma Popoviciu-Mohora, aceasta s-a oferit să intervină pe lângă rectorul Mihai Șerban să-i mai dea o suprafață de teren.

Distinsa doamnă – prima femeie doctor stomatolog din România – i-a invitat la o agapă pe toți protagoniștii de la Facultatea de Medicină și de la Agronomie și a obținut din partea rectorului Mihai Șerban aprobarea pentru încă o bucată de pământ, imediat la apus de cel deja oferit – plasat între Canalul Morii și râul Someșul Mic.

S-a încheiat o convenție, semnată de Prof. Mihai Șerban, din partea Academiei Agricole, de Prof. Ion Goia din partea Astei și Prof. Iuliu Hațieganu ca rector al Universității din Cluj.

Profesorul Hațieganu a contribuit cu o mare sumă de bani – 1.000.000 lei – împrumutați de la Banca Albina.

În 12 august 1971, fostul director al acestei bănci, Albin Mocanu, a scris un document în acest sens, aflat în posesia familiei Profesorului Ștefan Hărăguș. Alți entuziaști au venit cu nume după inimă și posibilități, dar pe toți i-a unit dragostea și dorința de a face ceva bun, frumos și trainic.

Specialiștii din partea Agronomiei s-au ocupat cu alegerea soiurilor de arbori. Aceștia au fost plantați de un grup de studenți mobilizați de antrenorul Ion Arnăutu – doctor în drept – în primăvara anului 1934, propunându-și ca acest parc să semene cu „o grădină olimpică în miniatură”.

Primul copac însă a fost plantat de Profesorul Iuliu Hațieganu. Au participat cu muncă voluntară: medici, elevi, studenți, profesori, funcționari, muncitori, militari și foști bolnavi. Alții, din partea organizațiilor sportive, s-au ocupat cu proiectarea și în final cu amenajarea terenurilor sportive pentru fotbal, volei, tenis, pentru un bazin de înot, pistă de alergare etc. Astfel acest parc a devenit unul din cele mai frumoase locuri de recreere din centrul și estul Europei.

În tot timpul acestei activități, Profesorul Iuliu Hațieganu a fost secondat de soția sa, D-na Maria Hațieganu, și de fiica lor, Maria (numită în familie, Ghighi), care au contribuit cu alte sume de bani.

Poarta de lemn a fost construită de maestrul Petru Negrea a Ciutului din Albac, iar mozaicarea s-a făcut de familia Mureșan din Mănăstur.

Profesorul Iuliu Hațieganu era adeptul sportului, așa-numit „de masă”.

Parcul sportiv a fost înzestrat și cu o bisericuță din lemn, lucrată artistic în stil maramureșean. Acolo, pe o platformă, aproape de clopotniță, era fixată într-un colț o mică și modestă plăcuță de lemn, cu inscripția: „Idea parcului sportiv s-a născut la moartea lui Tuțu Hațieganu – 1928”.

Bisericuța a ars, aprinsă de răufăcători.

Sperăm să nu fie departe timpul când să intrăm sfioși și cu frica lui Dumnezeu într-o nouă bisericuță renăscută pe același loc, din cenușa celei ridicate de îndureratul tată Iuliu Hațieganu și de alți oameni de suflet ai cetății noastre.

În parc a mai fost pusă o frumoasă troiță sculptată cu motive românești – adevărată operă de artă.

Aprecieri foarte elogioase privitoare la frumusețea și funcționalitatea parcului au exprimat la timpul lor rectorii Universității din Cluj, Florian Ștefănescu-Goangă, Constantin Daicoviciu și Honoriu Chețeanu, Profesorul Crișan Mircioiu, cât și Profesorul univ. onorific Florea Marin.

Se cunoștea foarte bine povestea Parcului pentru studenții din Cluj și cât suflet și bani a pus Profesorul Iuliu Hațieganu, pentru crearea acestuia, în amintirea iubitului său fiu, așa că n-a mirat pe nimeni faptul că, după Dictatul de la Viena, în drum spre Sibiu, părăsind Clujul, în vârful Feleacului a fost așteptat de o grupă de sportivi, care i-a oferit o cutie de lemn cu pământ luat din Parcul Sportiv.

Acest pământ a fost păstrat la Sibiu – în refugiu – de familia Hațieganu, ca o relicvă sfântă, iar la întoarcerea în Cluj, în vara anului 1945, l-a înapoiat Parcului, de unde a fost luat.

Profesorul Iuliu Hațieganu dorea în jurul său oameni frumoși, puternici și sănătoși, fapt posibil prin mișcare și educație fizică. Parcul sportiv al tineretului urma să îndeplinească acest deziderat. Rolul principal al Profesorului Hațieganu în întemeierea acestui parc n-a scăpat observației cetățenilor orașului Cluj-Napoca, cum spunea Aurel Șorobetea, în cartea sa Privire de pe Cetățuie (1978). Acesta propunea încă din 1978 ca parcul să se numească Parcul Sportiv „Iuliu Hațieganu” și nu „Victor Babeș”.

Faptul a fost împlinit în zilele noastre, în data de 9 iulie 1992, într-o zi minunată de vară. Cu această ocazie s-a inaugurat „Asociația Prof. Iuliu Hațieganu”, făcându-i-se dreptate acestui mare maestru, prin atribuirea din nou a numelui său Parcului creat de dânsul din durere, dar și din dragoste pentru copii, elevi, studenți și pentru tineri în general, parc sportiv realizat cu multe sacrificii.

„COLPOSCOPIA ÎN ENDOMETRIOZA COLULUI UTERIN” (studiu clinic)

Dr. Gheorghe Grădinaru, medic primar obstetrică-ginecologie,
doctor în științe medicale

Deși endometrioza este o maladie benignă care se crede că este destul de rară, în realitate nu este așa. Pe 662 de cazuri ginecopedate examinate colposcopic la nivelul cabinetului privat în perioada anilor 2008-2009, am găsit această maladie localizată la un număr de 46 de

cazuri. Cazurile de endometrioză a colului uterin le-am întâlnit la pacientele cu vârste între 20-45 ani. Simptomatologia este necaracteristică, iar imaginile colposcopice pe care le-am depistat în cazul studiului efectuat (pentru erorile în diagnosticul colposcopic) sunt foarte sugestive pentru diagnostic, deoarece celulele endometriale descumate de la nivelul endometrului odată cu ciclul menstrual sau determinate de altă patologie a endometrului. Diagnosticul de certitudine se stabilește histopatologic.

În studiu nostru am întâlnit 46 de cazuri de endometrioză a colului uterin. Diagnosticul diferențial, colposcopic, l-am făcut cu chisturile Nabath hemoragice, hemangioame, deciduame, cancer, etc. Confirmarea s-a făcut histopatologic prin biopsii prelevate premenstrual sau intermenstrual când leziunile endometrioze au dimensiuni maxime. În 9 cazuri cu localizare a endometriozei endocervicală, diagnosticul s-a pus numai pe examenul pieselor de histerectomie. În 9 cazuri de endometrioză de col uterin cu leziuni mici sau asociate cu inflamații, examenul histologic a fost ezitant (difícil de interpretat) din cauză că celulele endometriale erau rare și degenerare astfel încât au apărut ca și placarde mari de nucleu goi a căror proveniență endometrială sau endometrială era difícil de determinat. Din totalul cazurilor de endometrioză examinate în studiul meu, erorile de diagnostic s-au datorat și polimorfismului lezional realizat de ea pe colul uterin. Exemple:

- a) orificiul extern al colului uterin înconjurat de mici chiste hematice, negricioase, delimitate net de epiteliu normal înconjurător;
- b) formațiune chistică cu baza de implantare în endocol, sângerândă la atingere; formațiune chistică, conținut hemoragic la nivelul zonei de joncțiune, friabilă, sângerândă;
- d) ectopie cu metaplazie, aspect pichetat;
- e) zona roșie congestivă cu margini difuze, forma plană (endometrie);
- f) formațiune chistică, conținut hematic, hemiază prin orificiul extern;
- g) formațiune polipoidă violacee, friabilă, sângerândă;
- h) lac sanguin 0,5/0,5 cu diametru înconjurat parțial de o zonă subțire, epiteliu cilindric friabil, sângerând;
- j) orificii ectopice înconjurate de zone roșii, cognitive, care sângerează spontan și la atingere (endometrioză);
- k) ulcerație periorificială, suprafață zmeurie, sângerândă (endometrioză);
- l) remaniere terminală periorificială, exocervical posterior, la limita de joncțiune cu fundul de sac posterior vaginal, formațiune tumorală friabilă, sângerândă;
- m) aspect de lac sanguin periorificial, friabil, sângerând;
- n) remaniere terminală, chisturi cu conținut mucoid, albăstrui;
- o) zonă rotundă, violacee, diametrul 0,5cm, la distanță de orificiul extern al colului uterin, de aproximativ 1 cm, (endometrioză).

Am adoptat atitudinea activă în toate cazurile de leziuni ale colului uterin în sensul tratării antiinflamatorii și cauterizării leziunilor benigne, extirparea în întregime a zonelor de displazie prin conizație sau amputație. Aspectele colposcopice, au permis identificarea leziunilor și dirijarea biopsiei pentru totalul de 46 cazuri suspecte colposcopice ca endometrioză de col uterin numai 28 au fost confirmate histologic, 7 cazuri fiind un cancer al colului uterin, iar în 11 cazuri neconfirmarea credem că s-a datorat dificultăților de prelevare a materialului necesar sau dificultăților de diagnostic histologic cu tehnicile de colorație obișnuită. Nu trebuie să ne „aruncăm” și să etichetăm profesoral: cancer. Emitem acest diagnostic numai când leziunea este ilustrativă pentru un proces malign și avem confirmarea histopatologică.

„VIROZE ALE COLULUI UTERIN” (aspecte colposcopice)

Dr. Gheorghe Gheorghe, medic primar obstetrică-ginecologie,
doctor în științe medicale

Descoperirea făcută de către HINSELMANN (între anii 1924-1926) aceea a tehnicii colposcopice a fost una dintre cele care au adus un „NOU” în examinarea colului uterin. Din păcate, azi, încă sunt foarte puțini ginecologi care o practică de rutină. Pentru că numai rutina creează experiență și elimină greșelile în diagnosticul colposcopic.

În această idee, de a fi lângă colegul meu care practică colposcopia vreau să-i împărtășesc din experiența unui medic colposcopist cu vechime de peste 20 ani în acest domeniu. Unele dintre aspectele morfologice ale colului uterin care generează erori de interpretare fals-pozitive sau fals-negative în examenul colposcopic sunt virozelor colului uterin. Și asta cu atât mai mult cu cât, există o asociere tot mai frecventă a unor leziuni displazice și tumorale cu viroze cervicale (incriminate fiind virusul hepatic HSV2, virusul citomegalic CMV și HPV).

Se impune de aceea o mai bună cunoaștere a leziunilor morfologice produse de acestea. La prima examinare în unele dintre aceste cazuri le-am interpretat eronat ca și displazii de diferite grade iar în unele cazuri le-am etichetat chiar carcinom intraepitelial în general prezentându-se colposcopic ca și o zonă de transformare atipică cu extindere marcată și imagini grosolane. În centrul zonelor afectate erau prezente arii de bază de leucoplazie supuse unei distrucții progresive dar părând a avea la periferie țesut ce părea neoplazic. Se impune totdeauna, când suspicionați o viroză a colului uterin, un tratament local. După acest tratament imaginea colposcopică a colului uterin, în caz de viroză a colului uterin, se v-a schimba la fel și examenul citologic al secreției vaginale (examenul citologic cu binucleeri în viroza colului uterin). Nu rareori am întâlnit imagini colposcopice: diskarioză și koilocite în cazul unei viroze a colului uterin. Când am întâlnit cazuri de condiloame cervicale, examinarea colposcopică sigură a dus la o rată de 10 % erori colposcopice. Cele mai multe dintre aceste erori de diagnostic, au fost date de condiloamul plan atipic. Toate aceste erori au fost elucidate de examenul histopatologic (koilocitoză) care a arătat o asociere de elemente ca de exemplu: nuclei hipertrofici, bi-, tri-, sau multinucleari, aspecte de discarioză cu menținerea straturilor bazale normale. Diagnosticul histopatologic s-a stabilit, în final, pe baza clasificării lui REID. Din studiile ce le-am făcut reiese faptul că frecvența condiloamelor este mai mare decât cea a mycoplasmelor la femeile tinere (în special cele cu vârstă între 16 – 26 ani). Deasemeni, atât condiloamele cât și C.I.N. –urile sunt localizate mai frecvent la nivelul joncțiunii scuamo-cilindrice. Sunt și cazuri de infecție hepatică cervicală în care examenul colposcopic poate fi neconcludent deși examenul citologic a evidențiat un aspect tipic de infecție hepatică (muchii cu aspect de teren lustruit). Evoluția în continuare a cazurilor (monitorizate) a dovedit prezența infecției hepatice. În studiile mele am întâlnit și cazuri ce prezentau o condilomatoză atipică cervicală la vârste cuprinse între 16-26 de ani și care inițial (eronat) le-am diagnosticat ca și leziuni displazice. Diagnosticul diferențial între condilomatoza atipică cervicală (în studiile mele) și neoplaziile cervicale intraepiteliale în care citologia a fost suspectă în toate cazurile (frotiurile citologice tip C III) a generat un număr mare de erori fals-pozitive și fals-negative colposcopic, le-am efectuat pe următoarele criterii:

a) aspectul vascularizație din cancerul colului uterin este tipic, „în ac de păr”, în „tirbușon” a constituit un element morfologic important în diagnosticul diferențial cu condilomul cervical, ai căror spiculi prezintă ax cognitive-vasculari, fără torsionări;

b) localizarea condilomului este mai frecventă atât pe zona remaniere de la periferia ectopiilor cât și pe epiteliul cervical original,

c) testul cu lugol este negativ cu limite difuze în cancerul cervical și negativ sau

inomogen cu margini nete în condilom;

d) în stadiul de debut al condilomului, aspectul colposcopic este acetoalb după aplicarea de acid acetic cu ecescențe scurte, spiculare sau rotunde, cu ax vascular sau grup de anse vasculare ce poate sugera aspectul unei baze papilare;

e) inflamația supraadăugată din condilomatoză poate crea un aspect sugestiv de carcinom (epiteliu alb, gros, pichetat, falsă bază papilară care nu se impregnează cu lugol, are margini difuze) iar diagnosticul se stabilește histopatologic.

Multe din cazurile întâlnite în studiile mele colposcopice și care prezentau infecție HPV-indusă și citologic CIII le-am etichetat inițial ca displazii severe și chiar CIS. Diagnosticul de certitudine a fost stabilit în acese cazuri, histopatologic. În toate cazurile studiate am făcut un diagnostic colposcopic diferențial al virozelor cervicale (și care au generat frecvente erori fals- pozitive și fals-negative coposcopic) pe care l-am făcut cu:

a) silofonul: ulcerație cu indurație caracteristică, care însă prezintă o adenopatie regională patognomonică;

b) șancrul limfogranulomator: ulcerație discretă (se asociază însă cu o aderită periadenită și cu supurație în „stropitoare” caracteristică;

c) șancrul moale: ulcerațiile profunde, acoperite cu puroi și resturi necrotice;

d) eritemul polimorf bulos: ulcerații superficiale intinse, secundare unor boli cu localizare rară pe col și vagin.

În final atrag atenția: un col uterin examinat colposcopic nu prezintă (de cele mai multe ori) o singură leziune ci mai totdeauna există un polimorfism lezional, printre aceste leziuni putându-se „ascunde” și o leziune malignă.

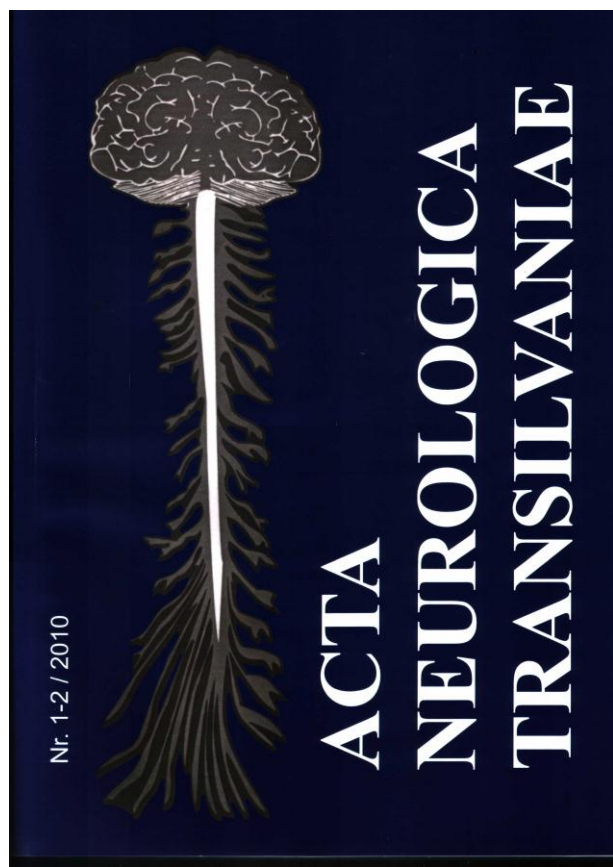
ACTA NEUROLOGICA TRANSILVANIAE

nr. 1-2 / 2010

Această revistă este înființată din anul 1996 de dna Prof. univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu și de dna Prof. univ. Dr. Adela Maria Moș, având un colegiu de redacție prestigios, cu profesori universitari și conferențieri din țară și din străinătate.

În numărul acesta sunt prezentate lucrări științifice interesante și anume: „Mecanismele neuroplasticității și neuroprotecției”, „Aportul ecografiei Doppler color în studiul obstrucțiilor venoase retiniene”, „Tromboza de vene cerebrale și sinusuri durale la femeile de vârstă fertilă din zona geografică a Banatului. Considerații clinico-imagistice”, „Testarea psihiatrică a pacienților parkinsonieni”, „Tulburările de schemă corporală”, „Elemente de prognostic al recuperării neuromotorii la pacientul hemiplegic”, „Dispozitive ortopedice în scleroza laterală amiotrofică”, „Exerciții kinetoterapeutice recomandate în scleroza laterală amiotrofică”, „Istoria afaziei lui Wernicke”, „Copilăria și adolescența savantului Gheorghe Marinescu”, „Gheorghe Marinescu în perioada studenției”.

Lucrările au valoare științifică și sunt



concepute de doctoranzi sau doctori în științe medicale, din specialitatea de Neurologie și reprezintă teme de actualitate cu valoare atât teoretică, cât și științifică.

Revista se bucură de aprecieri frumoase și interesează medicii neurologi, psihiatri, ortopezi, medicii de medicină internă, cât și medicii de familie, prin temele dezbătute, ce fac parte din referatele doctoranzilor sau din tezele de doctorat susținute sau pe cale de finalizare.

Îi dorim viață lungă, fiindcă este o revistă de prestigiu în specialitatea de Neurologie, și să fie pe mai departe urmărită cu același interes și apreciată la justa sa valoare științifică.

Conf. Dr. D. C. Jianu
Facultatea de Medicină și Farmacie
Timișoara

EFECTE OTICE ȘI EXTRAOTICE ALE ZGOMOTULUI

Prof. univ. dr. Dorin Iosif Bardac, șef lucr. dr. Mihaela Stoia
Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Facultatea de Medicină „Victor Papilian”

Energia sonoră pătrunde prin conductul auditiv extern și pune în vibrație membrana timpanului. Vibrația se transmite sistemului de oscioare din urechea medie: ciocan, nicovală și scăriță. Baza scăriței se fixează pe fereastra ovală a cărei membrană este pusă în stare de vibrație ce se transmite mai departe endolimfei. Susceptibilitatea individuală în relație cu diminuarea reflexului stapedian (mușchiul scăriței) are rol protector împotriva efectelor zgomotului.

Există o serie de relee ce preiau energia sonoră, astfel:

Organul lui Corti din urechea internă este sediul celulelor senzoriale care transformă energia sonoră în influx nervos. Influxul nervos este preluat de dendritele primului neuron acustic.

Ganglionul spinal al lui Corti este sediul primului neuron acustic, protoneuronul. Există 25 000 de neuroni bipolari. Axonii protoneuronului formează nervul cohleoacustic.

Al treilea releu este reprezentat de nucleii bulbari cohleoacustici. Nucleul dorsal este influențat de sunetele acute, de frecvență înaltă, iar nucleul ventral este influențat de sunetele grave, de frecvență joasă. Aici se află sediul celui de-al doilea neuron acustic, deutoneuronul. Axonii deutoneuronului se încrucișează în trunchiul cerebral, străbat corpul trapezoid și ajung la lemniscul lateral, dreapta-stânga.

Urmează corpii quadrigemeni inferiori, coliculii inferiori, nucleul lateral al lemniscului. Aici se află sediul celui de-al treilea neuron acustic al cărui axon străbate comisura Probot și comisura intercoliculară inferioară.

Corpii geniculați mediali sau interni se află în talamus, unde există o sinapsă obligatorie. Tot aici se află sediul celui de-al patrulea neuron acustic. Acesta stabilește conexiuni cu: ariile acustice corticale, girul temporal superior, fața superioară, aria primară acustică, câmpurile 41 și 42. Partea anterioară a corpilor geniculați stabilește conexiuni cu aria 41, iar partea posterioară cu aria 42.

Aria 42 sau câmpul psihic integrează și transformă influxul nervos produs de zgomot în percepție unisenzorială complexă. Câmpurile 41 și 42 au conexiuni cu o serie de arii asociate: limbajul, activitățile motorii, hipotalamusul, SNV. Aceste arii influențează nu numai urechea internă, ci întreg organismul: circulație, tensiune arterială, respirație, secreții digestive, ritmul biologic veghe-somn, atenție, comportament psihic.

Există trei centri acustici:

- 1). Releele acustice bulbare;
- 2). Corpui quadrigemeni;
- 3). Corpui geniculați.

Excitația de la acești centri se induce și la alți centri: de reglare a tensiunii arteriale, de reglare a funcției respiratorii pulmonare, a secrețiilor exocrine și endocrine, a ritmului biologic veghe-somn.

Efectele expunerii la zgomot profesional sunt, în consecință, locale și generale.

Efectele locale asupra urechii interne constau în hipoacuzie și surditate profesională.

Hipoacuzia profesională constă în scăderea permanentă a pragului auditiv prin instalarea unui deficit auditiv permanent la frecvența de 4000 Hz, cu peste 30 dB, de tip percepție, în general bilaterală și simetrică, fără interesarea frecvențelor conversaționale, de etiologie profesională.

Surditatea profesională constă în scăderea permanentă a pragului auditiv prin instalarea unui deficit auditiv definitiv la frecvențele conversaționale (media aritmetică a valorilor la 500-1000-2000 Hz), cu peste 25 dB, de tip percepție, în general bilaterală și simetrică, de etiologie profesională.

Efectele generale ale zgomotului profesional asupra întregului organism sunt pe termen scurt și pe termen lung.

Pe termen scurt:

Perturbări ale sistemului diencefalo-hipofizar,

Hiperactivitate tiroidiană,

Creșterea secreției de adrenalină și noradrenalină,

Hipofuncție corticosuprarenală și a gonadelor,

Creșterea consumului de oxigen,

Factor de inhibiție corticală,

Constricție toracică, jenă respiratorie,

Creșterea tensiunii arteriale, tahicardie,

Tulburări vasomotorii (vasoconstricție periferică, paloare),

Tulburări digestive: spasme ale organelor abdominale, modificări ale secreției gastrice,

Tulburări vegetative: transpirații, anxietate, labilitatea pulsului, creșterea ritmului respirator,

Midriază,

Reacția de stres: tresăriri bruște, clipiri frecvente.

Pe termen lung:

Tulburări psihice generale: disconfort, neliniște, manifestări psihice patologice

Tulburări de somn,

Creșterea prevalenței hipertensiunii arteriale.

În analiza expunerii trebuie să avem în vedere că zgomotul este un factor de risc profesional, dar și extraprofesional.



Fig. nr. 1: echipamente de protecție individuală (antifoane) și semnalizarea de securitate

în expunerea la zgomot industrial

BIBLIOGRAFIE

Bardac D, Stoia M – Elemente de medicina muncii și boli profesionale, Editura Univ. „Lucian Blaga” din Sibiu, 2007.

Cocârlă A – Manual de medicina muncii, Editura Medicală Universitară , Cluj-Napoca, 2000.

••• Legea 319/ 2006 a securității și sănătății în muncă a lucrătorilor.

••• HG nr. 493 din 12/04/2006 privind cerințele minime de securitate și sănătate referitoare la expunerea lucrătorilor la riscurile generate de zgomot.

Niculescu T, Mihail G – Boli profesionale prin expunerea la zgomot, în Manual de Patologie profesională, Editura Medicală, București, 1987.

Bugard P – Stress, fatigue, depression, Ed. Doin, 1984.

Cooper CI, Payne R - Stress at work, John Wiley & Sons, New York, 1978.

Derevenco P, Anghel I, Bălan A – Stresul în sănătate și boală, Ed. Dacia , Cluj-Napoca, 1992.

Iamandescu IB – Stresul Psihic, Ed. Infomedica, București 2002.

••• HG nr. 1048/2006 privind cerințele minime de securitate și sănătate pentru utilizarea de către lucrători a echipamentelor individuale de protecție la locul de muncă.

PARTICIPARE BĂIMĂREANĂ LA

AL XV-LEA CONGRES NAȚIONAL DE MEDICINA MUNCII

Dr. Felix MARIAN
Baia Mare

În zilele de 22-25 septembrie 2010 a avut loc în frumosul oraș de pe Mureș –Arad - al XV-lea Congres Național de Medicina Muncii cu participare internațională. În organizarea Societății Române de Medicina Muncii, a Universității de Vest “Vasile Goldiș” din Arad și a Secției Clinice Medicina Muncii a Spitalului Municipal Arad, prestigioasa manifestare științifică s-a desfășurat la Centrul academic de Conferințe a Universității.

Au participat numeroși medici de medicina muncii, medici cu competență de medicina de întreprindere, chimiști, fizicieni, biologi, psihologi, cercetători științifici din marile centre universitare medicale din țară, cadre didactice, ingineri, din țară cât și reprezentanți din străinătate (Republica Moldova, Ungaria, Germania). Din Baia Mare au luat parte trei medici. La ceremonia de deschidere au fost prezenți oficialități din instituțiile reprezentative ale județului: prefectură, primărie, Direcția de Sănătate Publică, Inspectoratul Teritorial de Muncă, Casa de Asigurări de Sănătate, Spitalul Județean , etc.

Tematica stabilită pentru Congres a cuprins:1.Etica în Medicina Muncii;2.Politici de Sănătate în medicina Muncii; 3. Solicitarea osteo-musculară articulară- Afecțiuni musculo-scheletice profesionale și boli legate de profesie; 4.Varia.

Dintre lucrările expuse vom menționa: “Aspecte de etică în activitatea practică a medicului de Medicina Muncii”, “Etica în sănătatea ocupațională”, “Lacune legislative în Medicina Muncii”, “Vârsta biologică-criterii de pensionare ale valorilor”, “Corelații între ameliorarea statusului funcțional și creșterea calității vieții la pacienții cu discopatie lombară de etiologie profesională”, “Patologia legată de profesie la un grup de angajați care lucrează la vidoterminal”, “Evaluarea depresiei în rândul angajaților”, “Particularitățile microclimaterice, în zona de muncă a angajaților intreprinderilor farmaceutice.”

Mai amintim: “Elemente de evaluare ale morbidității profesionale în județul Maramureș în intervalul 2001-2010” (Dr. Dorin Triff-Dr. Felix Marian), “Patologia tumorală malignă indusă de azbest”, “Câmpurile electromagnetice de radio frecvență și sănătate”, “Evoluția principalelor activități profilactice din Compartimentul de Medicina Muncii”, “Controlul medical periodic al funcției vizuale la funcționari”,”Studiul observațional privind rolul întreruperii expunerii în intoxicații profesionale cu plumb.”

Au avut loc două cursuri: “Hepatita cronică C, o problemă de sănătate publică”, precum și “Solicitarea osteo-musculo-articulară profesională din afecțiunile reumatismale inflamatorii”. Deasemeni în cadrul unui simpozion GSK a fost prezentată tema: “Noi perspective cu Seretide în bolile obstructive cronice”. Au fost prezentate o serie de postere pe diverse teme.

Lucrările susținute în Cadrul Congresului au fost urmate de numeroase discuții din partea participanților. În concluziile care au avut loc în încheierea acestei manifestări științifice s-a menționat nivelul ridicat al comunicărilor, aspectele teoretice și mai ales cele practice, deosebit de utile în activitatea medicilor de Medicina Muncii pe viitor.

Președintele Societății Române de Medicina Muncii – Prof. Dr. Ioan Toma - a anunțat că următoarea întâlnire a medicilor de profil va avea loc în septembrie 2011 la Sibiu, unde se va desfășura Conferința Națională de Medicina Muncii.

ABCESUL RECE

**Dr. Vasile Daraban – medic specialist A.T.I.
Spitalul județean de urgență Zalău**

Rezumat: Abcesul rece este un diagnostic din ce în ce mai rar formulat în zilele noastre. Socotit ca o „rușine medicală”, evoluând încet și insidios spre complicații de temut, el apare pe terenul debilitat al adultului marcat profund de unele vicii ale speciei umane: tabagismul și alcoolismul.

Diagnosticul de abces rece se stabilește relativ greu, dar odată precizat se impune un tratament medical complex, ce va duce la limitarea infecției și a complicațiilor acesteia. Rareori se ajunge totuși în faza de fistulizare sau de colecție lichidiană constituită, aspecte ce impun tratamentul chirurgical.

În practica cotidiană a semntarului, pe parcursul a 31 ani de activitate în spital, am întâlnit poate al doilea caz de abces rece, constituind o surpriză diagnostică descoperită incidental în sala de operație. Tipicul cazului este ilustrativ pentru evoluția bolnavului prin mai multe cabinete medicale, torpiditatea simptomelor prezentate punând în dificultate atât internistul cât și ecografistul examinator. Deși toate semnele au condus în direcția stabilirii diagnosticului de abces rece, la examenul bacteriologic al puroiului exteriorizat, spre surpriza generală, nu s-a putut identifica bacilul Koch. Acest detaliu, semnalat în literatura de specialitate, nu a condus la schimbarea opticii echipei, tratamentul specific antituberculos

instituit precoce și energic, urmat cu strictețe de pacient, a dus în final la ameliorarea simptomatologiei, bolnavul aflându-se încă sub monitorizarea atentă a medicului de familie.

Prezentare de caz: Bolnavul I.H. 64 ani, de profesie inginer, se prezintă în cabinetul de consultații chirurgie din policlinică, acuzând dureri ale coloanei lombare, dificultăți în mers, transpirații, inapetență, slăbire în greutate și forțe fizice, subfebrilități, colecție lichidiană fluctuantă în fosa iliacă dreaptă.

Din anamneză reiese consumul exagerat de alcool și tutun pe parcursul a mai multor ani, apetitul scăzut, emacierea masei musculare generale și în special al planului dorsal, dureri lombare de circa 3-4 luni. Bolnavul confirmă o primo-infecție pulmonară tuberculoasă în tinerețe. Pacientul a fost examinat de repetate ori în diferite cabinete medicale iar ecografiile lombare și abdominale efectuate au fost nerelevante, concluziile variind de la o infecție urinară până la aprecierea durerilor din lombă și flancul drept ca având drept origine spondilartropatia inerentă vârstei. Evident că tratamentele urmate în acest sens nu au condus la nici un rezultat favorabil.

La examenul fizic se constată paloare tegumentară extremă, topirea maselor musculare, relief exprimat al scheletului coloanei vertebrale, dificultăți în mers, oboseala marcată la mobilizarea activă, faciesul de tip peritoneal, colecție lichidiană fluctuantă în fosa iliacă dreaptă cu propagare spre flancul drept.

Deși are condiții excelente de viață, cu acces la o alimentație corectă și posibilități de tratament medicamentos ambulatoriu corect condus, starea generală a pacientului se alterează progresiv, iar când a apărut colecția lichidiană a peretelui abdominal anterior-inferior drept, acesta s-a prezentat în cabinetul de chirurgie al policlinicii județene.

După precizarea diagnosticului chirurgical de colecție parietală abdomino-pelvină dreaptă, se demarează pregătirea preoperatorie. În aceeași zi se practică o anestezie de conducere la nivelul L2/L3 cu o ascensionare ușor cranială până la nivelul metameric T12, infiltrându-se subarahnoidian marcaină 20 mg, în paralel cu instalarea unei perfuzii i.v. pe care se injectează vagolitic – atropină 0,5 mg și alfa-adrenomimetic – efedrină 25 mg.

Odată instalată anestezia de conducere, se practică o incizie largă, paralelă cu arcada crurală dreaptă, moment în care chirurgul observă o bombare semnificativă a tecii mușchiului psoas, în paralel cu perceperea unei fluctuențe subaponevrotice. La incizia mai profundă a elementelor anatomice descrise, de sub teaca musculară a psoasului se exteriorizează un puroi gălbui-verzui cremos, cu aspect grunjos. Echipa anesteziologică și chirurgicală se află se în fața unei rarități medicale extreme: abces rece. Se recoltează produs patologic spre a fi trimis la laborator. După această procedură se spală bine zona cu apă oxigenată și betadină. Plaga se lasă deschisă, urmând a se cicatriza per secundam.

Transpus în secția chirurgie, izolat corespunzător într-o rezervă pentru a preveni răspândirea contaminării, se demarează un tratament tuberculostatic energic pe bază de etambutol, streptomycină la care se asociază ca adjuvant un aport corespunzător de vitamine din grupul B, hepatoprotectoare, detoxifiante generale de tip aspatofort, sedative specifice pentru prevenția instalării delirului tremens, având în vedere obișnuința declarată a bolnavului pentru etanol.

Evoluția a fost satisfăcătoare, bolnavul fiind externat în câteva zile la domiciliu, cu tratamentul antituberculos și polivitaminic instituit. La un examen radiologic de control, efectuat după două luni de la incizie se descrie o tasare cu liza parțială a vertebrei L5. (morb Pott în evoluție). Ca o curiozitate microbiologică, din puroiul examinat nu s-a putut izola bacilul Koch, ci doar coli.

Comentarii:

Dicționarul medical editat în 2001 descrie abcesul rece ca fiind o colecție purulentă fără semne acute, care se formează lent și insidios într-o infecție cronică, mai ales în cursul

unei tuberculoze osteoarticulare sau ganglionare. (V.Rusu)

Alte formulări mai noi tratează împreună abcesul rece cu morbul lui Pott, precizând că primul este cauzat de bacilul Koch, agentul tuberculozei sau de ciuperci microscopice, iar al doilea este văzut ca fiind una din cele mai vechi boli demonstrate ale umanității, descrisă încă din 1779 de către Percival Pott. Este o boală rară în țările dezvoltate și este semnificativă în cele în curs de dezvoltare.

Formularea unanim acceptată pentru a defini abcesul rece este cea a unei colecții purulente fără semne acute, care se formează lent și insidios într-o infecție cronică, mai ales în cursul tuberculozei osteoarticulare sau ganglionare.

Simptome și semne: abcesul rece are o constituire lentă care nu antrenează o reacție inflamatorie, evoluând spre fistulizare. Când este superficial, el lasă să se exteriorizeze un puroi granulos. Când este profund, el se propagă spre os și mușchi. Rareori fistulizează în cavități închise. Se manifestă printr-o stare febrilă prelungită și neregulată, o alterare a stării generale și pierdere în greutate. Morbul Pott odată constituit, asociază dorsalgii, transpirații nocturne, anorexie. Frecvent apare o masă spinală cu parestezii, tremor, alterarea stării generale cu slăbiciune, apariția unei poziții înțepenite și mers drept.

Diagnosticul este stabilit în urma ecografiei, radiografiei, scanografiei (abces cerebral). Radiologic se descriu: distrugerea litică a porțiunii anterioare a corpului vertebral, colapsul corpului vertebral, scleroza reactivă la un proces litic progresiv, osteoporoza corpurilor vertebrale, distrugerea discurilor intervertebrale, umbră fuziformă paravertebrală. Diagnosticul este confirmat de VSH moderat crescut și de studii microbiologice care sunt pozitive în 50% din cazuri. Intradermoreacția la tuberculină este pozitivă în 95% din cazuri.

Diagnosticul diferențial: se face cu actinomicoza, blastomicoza, bruceloza, candidoza, histoplasmoza, metastazele tuberculoase miliare, mielomul multiplu, nocardioza, artrita septică.

Ca patogenie: morbul Pott este secundar unei surse extraspinale de infecție. Leziunile constituite sunt o combinație între osteomielită și artrită, care afectează mai mult de o vertebră. Tuberculoza se poate răspândi la discurile intervertebrale adiacente. La adulți, boala de disc este secundară extinderii infecției de la corpul vertebral. Abcesul constituit se poate extinde la ligamentele adiacente și țesuturile moi. Abcesele din regiunea lombară pot coborî până la teaca psoasului și triunghiul Scarpa, chiar erodând pielea. (abces rece).

De la debutul semnelor până la precizarea diagnosticului pot trece chiar 4 luni. Dorsalgia este cel mai bun, cel mai comun și timpuriu semn.

Tratamentul abcesului rece se face pe cale generală cu antibiotice. Datorită tendințelor spre fistulizare, abcesul rece nu trebuie incizat în partea sa declivă ci puncționat la distanță sau excizat chirurgical. În paralel, tratamentul morbului Pott se face cu izoniazidă și rifampicină 6-9 luni. Pentru primele două luni de tratament se include în schemă pirazinamida, etambutolul și streptomina. În caz de rezistență la aceste tratamente, se apelează la medicația de linia a II-a.

Aspirația percutană cu un ac fin a abceselor și leziunilor tuberculoase constituite este utilă pentru a obține mostre de țesut. Gestul asigură și drenajul abceselor paraspinale mari. Mostrele de țesut obținute sunt utile pentru microbiologie și studii patologice pentru a confirma colecția și de a izola și cultiva microorganismele.

Tratamentul este eficient dacă nu au apărut complicații cu deformarea severă a coloanei vertebrale sau leziuni neurologice stabile. Complanța la tratament și rezistența la medicamente sunt factorii adiționali care amendează semnificativ evoluția procesului patologic.

Concluzii: abcesul rece, cu complicația lui cea mai frecventă – morbul lui Pott – este una din bolile rare ale civilizației umane din secolul nostru. El poate apare în condiții favorabile unei evoluții insidioase a bolii, grevat pe un organism debilitat fizic și nutrițional, la care se adaugă viciile aproape incurabile ale omului: fumatul și consumul de alcool. Medicația modernă, existentă în farmacii și accesibilă bolnavului, a redus în mare măsură mortalitatea

secundară extinderii infecției tuberculoase. Chiar dacă germele specific – bacilul Koch – nu poate fi întotdeauna regăsit în puroiul extras, condiția biologică a bolnavului, semnele torpide și latente ale bolii, sărăcia și bizarul tabloului clinic al pacientului, sunt elemente sugestive pentru o judecată corectă diagnostică în ideea stabilirii conduitei medico-chirurgicale de urmat.

oo0oo –

Resume: The tuberculous abscesses at the vertebral column is a diagnosis rarely seen our days. It is considered to be a „medical shame”, with a slow and insidious evolution. The two major causes are: smoking and alcoholism. The diagnosis is relative difficult to be established, requires a complex medical treatment, and very rarely needs surgical intervention. The case I had was discovered during an intervention in the operation theater, and was the second case I met in my 31 years of medical career. Although the Koch bacillus could not be identified, we gave antituberculosis agents, which led to the healing of the patient.

- Bibliografie: 1. V.Rusu – Dicționar medical- Ed. Med.București, 2001, pag. 129
2. Th.Burghel – Patologie chirurgicală vol.I. Ed.Med.București 1975, pag: 55-61
3. Simona Stiuriuc: Morb Pott – link: [http://content:nejur.org/www.ro.medic](http://content.nejur.org/www.ro.medic)

IN MEMORIAM

PROFESORUL UNIVERSITAR ONORIFIC DR. GEORGE PETRESCU

Prof. univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu
Departamentul de neurologie
U. M. F. „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca

Distinsul Profesor George Petrescu s-a născut la 2 septembrie 1926 în Maramureșul voievodal, la Săcel, din părinți țărani (tatăl – plugar, fost voluntar ardelean în primul război mondial).

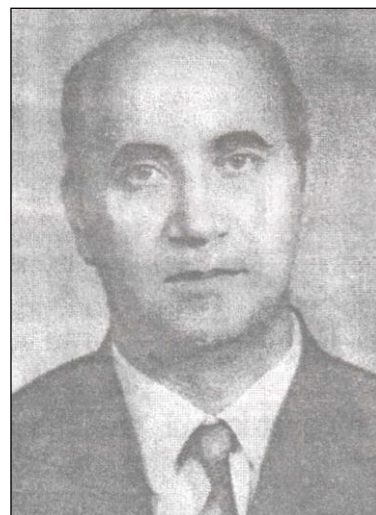
A studiat la Liceul „Costache Negruzzi” din Iași (1938-1946) și la Cluj, Facultatea de Medicină (1947-1953), I. M. F. A fost extern și intern clinic, prin concurs, în cadrul facultății.

Aspirantura a fost cu frecvență în specialitatea de Ftiziologie (1953-1956) și a susținut prima teză de specialitate în perioada postbelică (conducător științific Prof. Leon Daniello).

I s-a acordat „Bursa Uniunii Internaționale Contra Tuberculozei” la Paris, în 1960.

A fost laureat al Premiului I pentru cercetare științifică, acordat de Ministerul Învățământului (1962), titular la 3 inovații, secretar al secției de Pneumoftiziologie în cadrul Uniunii Societăților de Științe Medicale, filiala Cluj (1960-1990), membru al Comitetului Societății Române de Pneumologie și al altor societăți europene.

Pe linie didactică și științifică, a devenit doctor în științe medicale în 1960 și șef de lucrări în 1968, cu funcție de conferențiar (1980-1988).



În deceniul 1980-1990, Clinica de Ftiziologie din Cluj-Napoca a fost condusă de șeful de lucrări George Petrescu, încadrat, așa cum am mai menționat, pe postul de conferențiar, fiindcă concursurile erau blocate între 1982-1990. Concomitent a rămas și director de Spital până în 1990.

În activitatea didactică se urmărea ca studenții să primească noțiunile generale privitoare la prevenirea și tratamentul modern al tuberculozei pulmonare, dar nu erau neglijate și alte boli pleuro-pulmonare, mediastinale, bronho-pulmonare, chirurgia toracică, dispensarizarea împotriva tuberculozei, explorările de laborator biochimico-umorale, endoscopice, radiografice, spirometria și în deosebi bacteriologia tuberculozei. În anii 1980-1985 s-au efectuat 15 ore de curs și 14 ore de stagiu clinic, pentru studenții de la cele două facultăți: Medicină Generală – Pediatrie și Stomatologie. În ajutorul studenților, în 1984 a fost elaborat un curs de Ftiziologie, bine primit de studenți și specialiști, reeditat anual. În aceeași perioadă s-au organizat și două cursuri postuniversitare de perfecționare. Primul a fost cu medicii specialiști ftiziologi (cu o durată de o lună) și celălalt a fost cu medicii din specialitățile înrudite: interne, chirurgie, radiologie (19980).

Activitatea științifică urmărea lămurirea unor probleme privitoare la depistarea în timp util a tuberculozei, prin identificarea factorilor de risc, a focarelor de infecție și a grupelor periclitare de îmbolnăvire. S-au studiat, de asemenea, schemele cele mai potrivite pentru aplicarea chimioterapiei, adică cele mai eficiente, mai simple și mai scurte. Lucrările științifice au fost efectuate de cadrele clinicii, conduse de Conf. George Petrescu, în colaborare cu Institutul de Ftiziologie din București. Șeful de lucrări, George Petrescu, încadrat ca și Conferențiar a fost ajutat de următorii asistenți: Marcel Popescu, până în anul 1980, medic primar în specialitatea de Ftiziologie, Lucian Gloabă, medic specialist în Ftiziologie. În afara acestora, mai mulți medici specialiști și medici primari au lucrat în rețeaua antiTBC din Cluj-Napoca, având program de activitate și în clinică.

De mare valoare profesională și etică sunt și alți medici ftiziologi: autori, coautori sau colaboratori la diferite lucrări științifice.

Împreună cu acești colaboratori, în clinică au fost elaborate o serie de lucrări din care se pot aminti următoarele:

V. Moisescu, E. Moil, E. Gelepu, A. Ardevan, M. Popescu, D. Macavei, D. Văideanu – Tuberculoza în mediul industrial. Aspecte epidemiologice și măsuri de combatere, *Pneumoftiziologia*, 4, 1981, p. 201;

Emil Fanea, T. Vaida, Lucia Câmpeanu – Observații bacteriologice și epidemiologice legate de microbacteriile atipice izolate în laboratorul spitalului de tuberculoză din Cluj-Napoca, *Pneumoftiziologia*, 1, 1982, p. 25;

E. Fanea, T. Vaida, laborant L. Câmpeanu – Aspecte privind diagnosticul etiologic al infecțiilor tuberculoase extrapulmonare, *Pneumoftiziologia*, 2, 1982, p. 169;

E. Fanea, Tr. Vaida, A. Buzilă, Elisabeta Bukșe, Lucia Câmpeanu – Comportamentul microbacteriilor tuberculoase, izolate de la bolnavii cronici față de droguri unice sau asociate, *Pneumoftiziologia*, 4, 1982, p. 335;

G. Petrescu, E. Fanea, S. Bangău, O. Precup, S. Gărduș, Th. Vaida, L. Toader – Tuberculoza cu microbacterii de tip bovin; aspecte epidemiologice și clinico-terapeutice, *Pneumoftiziologia*, 4, 1982, p. 351;

G. Petrescu, E. Fanea, Doina Ghiran, I. Abrudan, Elisabeta Bukșe – Efectul hidrazonelor R153 și R 156 asupra microbacteriilor atipice în vitro, *Pneumoftiziologia*, 4, 1982, p. 345;

T. Vaida, Adriana Vaida – Influence of Hypobaric hypoxia and exhaust gases exposure on alveolar macrophages defense function, *Cl. Med.*, 4, 1984, p. 351;

V. Moisescu, V. Oncu, C. Pușcu – Anchetă epidemiologică de filiațiune în sistemul integrat, *Pneumoftiziologia*, 4, 1984, p. 197;

G. Petrescu – Torascopia – metodă de diagnostic și tratament în pneumoftiziologie, *Pneumoftiziologia*, 1, 1985, p. 3;

V. Moisescu – Endemia de tuberculoză pe teritoriul jud. Cluj în perioada 1980-1983, *Pneumoftiziologia*, 1, 1985, p. 17;

I. Ghilean, Ana Maria Ghilean, I. Lică – Considerațiunii asupra tuberculozei pulmonare asociată cu afecțiuni hepatice, *Pneumoftiziologia*, 1, 1985, p. 77;

T. Vaida, Silvia Gabor, Adriana Vaida, L. Olteanu – Modificări în citologia sputei muncitorilor expuși la noxe cancerigene, *Pneumoftiziologia*, 3, 1985, p. 249;

V. Moisescu, M. Sârbu, N. Coman – Investigații asupra tuberculozei la cadrele didactice și studențești din centrul universitar Cluj-Napoca (1926-1983), *Pneumoftiziologia*, 4, 1985, p. 325;

G. Petrescu – Curs de Ftiziologie, I. M. F. Cluj-Napoca, 1984, (Recenzează prof. D. Dumitrașcu în *Cl. Med.*, 1, 1985, p. 99);

G. Petrescu – O prestigioasă manifestare de pneumoftiziologie, *Cl. Med.*, 2, 1985, p. 197. (Este vorba de consfătuirea de la Bisericiani – Neamț, ținută în ziua de 22 septembrie 1984 cu tema: Optimizarea luptei împotriva tuberculozei);

G. Petrescu, A. Groza, E. Fanea – Aspecte clinice în aspegilomul pulmonar (31 de observații), *Pneumoftiziologia*, 4, 1985, p. 347;

G. Petrescu, V. Georgescu, N. Culcițchi, Domnița Ionescu, L. Gloabă, Elisabeta Bukșe – Regimuri de chimioterapie inițială prescurtată în tuberculoza pulmonară, *Cl. Med.*, 4, 1986, p. 320;

G. Petrescu, Maria Magdalena Gaspar, V. Oncu, R. L. Toader, N. Culcițchi, V. Georgescu, T. Kaba, E. Moli, A. Ardevan – Metode de optimizare a integrării luptei antituberculoase pe teritoriul județului Cluj, *Pneumoftiziologia*, 1, 1986, p. 79;

Gheorghe Rădulescu, Virgil Moisescu – Considerații asupra pneumotoracelui spontan în practica pneumologiei, *Rev. San. Mil.*, 3, 1981, p. 283. S-a efectuat un studiu pe bolnavii internați în Clinica Pneumoftiziologică I. M. F. Cluj-Napoca în perioada 1970-180);

G. Petrescu, L. Gloabă, V. Georgescu, Adina Maghiar – Tipuri de debut și forme clinico-radiologice la depistarea în tuberculoza secundară a aparatului respirator, *Pneumoftiziologia*, 2, 1987, p. 171;

G. Petrescu, A. I. Baba, M. Șerban, D. Cârștina, I. Mareș, C. Șașcă – Meningoencefalită cu sfârșit letal la un îngrijitor de nutrii, *Pneumoftiziologia*, 4, 1987, p. 371;

G. Petrescu, L. Gloabă – Rezultate și aspecte ale aplicării regimurilor de chimioterapie antituberculoasă de scurtă durată (3 + 3) în condiții de program, pe teritoriul jud. Cluj, *Pneumoftiziologia*, 3, 1988, p. 237;

G. Petrescu, R. L. Toader, E. Marinca – Suferința aparatului respirator în leucemii, *Pneumoftiziologia*, 1, 1990, p. 35;

E. Fanea, G. Petrescu, Cornelia Diaconescu, Th. Vaida – Testarea comparativă a sensibilității la tuberculostatice a unor tipuri de M. Tuberculosis, în două centre de diagnostic din țară, *Pneumoftiziologia*, 2, 1990, p. 173.

Clinica a cultivat neconținut legături și schimburi de experiență cu alte centre medicale din țară și europene cu preocupări similare, făcând sau primind vizite din diferite părți (Paris, Roma, Freiburg, Oslo, Berlin, Rabat, Amsterdam, Edinburgh, Tours și Praga).

Legăturile cu alte centre medicale cu preocupări antiTBC s-au amplificat și cu ajutorul conferințelor și simpozioanelor din Cadrul Uniunii Contra Tuberculozei și Congreselor Uniunii Balcanice de la Thessaloniki (1983), Istanbul (1983), Patras (1985), Belgrad (1986), Cluj (1987), cu Societățile europene pentru Boli respiratorii: Budapesta (1988), Freiburg (1989), Londra (1990), Bruxelles (1991), Viena (1992), Fundația Clinică a Muncii (Parma, 1991), Societatea Pneumologică de Limbă Franceză (Marrakech, 1993), Asociația Medicilor Europeni „Tutunul și Sănătatea” (Amatos??? și Cluj-Napoca, 1994, în colaborare cu Liga Contra Tabagismului, condusă de Prof. George Petrescu), cu Societatea Italiană de imunoncologie (Mantova, 1980), cu Liga Contra Tuberculozei din Argentina și cu Societatea Română de Pneumoftiziologie.

Trebuie să menționăm faptul că Conf. George Petrescu a fost și medic șef adjunct la Spitalul „Sidi-Said” din Meknos, Maroc (1971-1974), iar în rețeaua Ministerului Sănătății a fost medic primar (1962), șef de secție (1980-1991), ftiziolog șef pe județ (1984-1991), director de spital (1985-1990), Conferențiar universitar onorific (1990), Conferențiar la Universitatea Populară din Cluj-Napoca și în ultimii ani Profesor universitar onorific la U. M. F. „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca, Catedra de Ftiziologie. A fost și veteran al războiului antifascist, membru fondator și președinte al Ligii Naționale Contra Tabagismului, membru fondator și președinte de onoare al Asociației Maramureșenilor din Cluj-Napoca, reprezentând o tribună de etnografie maramureșeană și conviețuire interetnică exemplară, cât și cetățean de onoare al municipiului Cluj-Napoca și al comunei natale.

Se poate spune că a depus o activitate stăruitoare în pregătirea de specialitate a studenților în medicină, a medicilor specialiști din învățământul postuniversitar și în prevenirea și combaterea cu succes a tuberculozei în nordul Transilvaniei, făcând parte din Comisia de experți a Ministerului Sănătății. Indicatorii tuberculozei în acea perioadă în Ardeal au evoluat favorabil (în municipiul Cluj-Napoca, în comparație cu Viena, tuberculoza în mediul universitar a fost redusă la zero în anul 1987).

Ca absolvent al Universității Populare, secția Pictură, a realizat peste 253 de lucrări (pictură pe pânză, în ulei, acuarelă și grafică), pe care le-a prezentat în 30 de expoziții colective și două personale.

În memoria maestrului său Leon Daniello, s-a zbatut și a reușit instalarea unui bust de bronz în parcul clinicii clujene de Ftiziologie, în care a activat ilustrul său înaintaș (1989).

Profesorul George Petrescu a fost distins cu medalii pentru merite deosebite (în activitatea medico-sanitară desfășurată în țară și peste hotare, pentru combaterea cu succes a tuberculozei în Maroc, în perioada 1971-1974, metoda fiind comunicată la Congresul din Mexic, 1975), și altele prezentate la Congresele profesionale din Viena, Belgrad, Chicago, Londra, Bruxelles și Atena.

Cunoscut și apreciat de bolnavii din nordul Transilvaniei pentru solitudinea și dragostea cu care i-a înconjurat, Profesorul George Petrescu a fost distins și cu titlul de cetățean de onoare al comunei Săcel și al municipiului Cluj-Napoca.

A publicat: Curs universitar de Ftiziologie, apărut în 3 ediții; Ghid de tuberculoză (Ed. Medicală, 1991); 151 de lucrări științifice de specialitate; 305 comunicări; diferite referate profesionale; Tabagismul și remediile sale (Ed. U. M. F., 1995); Scrisori din Maroc (Universitatea Populară, Cluj-Napoca, 2009), Grija fumătorului (carte de colorat pentru copii, Ed. Ardealul, 1991); Veniți la Săcel, în satul dintre munți (apărută periodic în „Adevărul de Cluj”, 1993); 156 articole antifumat în mass-media (presa scrisă, radio, TV).

Dânsul a participat în mod constant, cu lucrări, la Salonul de iarnă al medicilor, cât și la alte vernisaje care au fost organizate.

Profesorul George Petrescu și-a venerat profesorii avuți în facultate și în special pe maestrul Iuliu Hațieganu. La împlinirea a 50 de ani de la decesul ilustrului Profesor, a publicat o evocare în „Pagini medicale bârlădene”, intitulată Evocare la 50 de ani de la moarte. IULIU HAȚIEGANU (1885-1959). Iată conținutul aceste evocări: „S-a împlinit o jumătate de secol de la stingerea unui astru... O emoție copleșitoare ne cuprinde la încercarea de a evoca, chiar și numai în câteva rânduri, imaginea aureolată a marelui slujitor al altarului medicinei, care a fost profesorul Iuliu Hațieganu, în plenitudinea vivacității sale, resimțită și acum după 50 de ani de la apusul său... O rechemare a părintelui învățământului medical românesc din Transilvania, conceput într-o armonioasă viziune europeană profund adaptată particularităților socio-sanitare ale populației noastre, pentru a cărei emancipare s-a străduit neabătut; a reprezentantului strălucit al pleiadei de reputație continentală, formată din maeștrii – Iuliu Moldovan, Ioan Goia, Victor Papilian, Titu Vasiliu, Leon Daniello și mulți alții – în mare parte de el formați, ale căror nume s-au înscris cu litere de aur pe primul tratat de nivel mondial din România în domeniul medicinei interne.

Pe lângă activitatea sa extrem de complexă, susținută cu robustețe și simț artistic, pe

plan didactic în sălile de curs și la patul bolnavului, în laboratoare și în „tranșeele” din teren, mereu preocupat de descifrarea determinismului în patologia clinică, el a știut să soluționeze mari probleme organizatorice în cadrul Universității clujene, prin Alma Mater din Ardeal (1919), la a cărei înființare a contribuit în calitate de decan, mai apoi „rector magnificus” asumându-și temporar chiar și responsabilitățile de ministru al Sănătății. A fost animatorul înfierbântat al unor mari acțiuni populare de tineret, nepieritoare prin frumusețea și menirea lor, de conservare și optimizare a sănătății mulțimilor din mediul rural și din acest centru universitar, de călire a lor prin educație fizică și sport („Șoimii Carpaților”, Clubul „Universitatea” – cu neînvinsele sale echipe „U”), creând, cu compasul în mână și cu imense sacrificii materiale proprii, vastul parc de antrenament și întreceri sportive de pe malul Someșului, care-i poartă numele.



Ca unul dintre cei mai iubiți, adevărați și rari nemuritori ai medicinei românești, a cărui celebritate a trecut granițele țării încă din timpul vieții sale, impunându-se prin competență și dârzenie în propagarea patriotismului democrat, Iuliu Hațieganu a devenit ținta unor lovituri ale vremurilor vitrege, prin care poporul nostru a trecut în perioada interbelică, de instalare a totalitarismului, înscriindu-și cu mândrie și stoicism numele în memorialul umilinței și rezistenței. Onorurile de „reabilitare” din ultimii șase ani de viață (titlu de academician ș. a.) nu-l mai puteau încânta.

Fericită este urbea care i-a simțit pașii și-i păstrează amintirea cu fidelitate!

Înflăcărată este onoarea și satisfacția miilor de contemporani – medici, colaboratori, studenți, și personal mediu – care au vibrat la cuvântul și entuziasmul său, mulți încă în viață, care i-au admirat pricepera și modestia, omenia și dăruirea, optimismul și căldura încurajatoare. Prin tot ceea

ce a oferit semenilor, zi de zi, în viața și opera sa matură de peste o jumătate de veac, Iuliu Hațieganu trăiește și va trăi mereu, transmitând peste timp una permanentă de înțelepciune și surâsul său înălțător. Virtuțile sale preluate de la discipolii săi – care, la rândul-le, au străbătut, grație acestor înălțimi de glorie – sunt transmise ca un corolar al științei și artei medicale din generație în generație. Și, odată cu ele, stilul unei etici pline de mărinimie și exigență, îngăduință și responsabilitate civică. Mesajele Școlii Clujene de Medicină răsună sub cupola fiecărei clinici și în orice colț al amfiteatrelor, aceasta cinstind flacăra nestinsă a marilor avânturi aprinse de Iuliu Hațieganu, spre luminarea eternelor țeluri ale vieții umane.”.

Profesorul Iuliu Hațieganu, ctitorul școlii medicale din Cluj-Napoca, cu predare în limba română rămâne un mit pentru toate generațiile de mediciști, formați în acest centru universitar.

Prin talent și prin formația sa stăpâna arta de a se apropia de om. Această facultate poate să fie explicată, în parte, prin înțelegerea profundă a suferințelor fizice și psihice ale bolnavilor de toate vârstele, dar și cunoașterii scăderilor inerente ființei umane.

Dragostea sa pentru frumos și omenie a făcut din profesorul Iuliu Hațieganu un veritabil umanist.

Generos din fire, a fost întotdeauna dornic să împărtășească tuturor cunoștințele sale vaste de om erudit și practician.

Într-un articol din „Viața medicală” intitulat Două momente din istoria medicinei clujene, Profesorul onorific George Petrescu a marcat cei 50 de ani de la dispariția Profesorului Iuliu Hațieganu și cei 90 de ani de învățământ superior medical din Transilvania. Articolul începe

cu următoarele cuvinte: „Anul acesta lumea medicală din Cluj-Napoca (și nu numai) marchează două momente de seamă pentru Istoria Medicinii nu doar a Transilvaniei, ci – prin reverberațiile ei majore – și ale întregii țări. Este vorba de semicentenarul dispariției marelui medic și profesor Iuliu Hațieganu (1885-1959) și de împlinire a nouă decenii de la un eveniment de prim rang, cu care, de altfel, s-a împletit și viața celui comemorat: înființarea învățământului medical de expresie română în Transilvania, ce tocmai se unise cu patria”. În continuare Profesorul George Petrescu scria: „Încă în primul semestru de după actul Unirii de la 1 Decembrie 1918, la Cluj a luat ființă Universitatea „Regele Ferdinand I”, întruchipând visul de veacuri al generațiilor de cărturari ardeleni însetați de o emancipare polivalentă, doritori de a avea un învățământ superior în limba maternă. În cadrul acestei „Alma Mater” a Transilvaniei a funcționat, inițial, și Facultatea de Medicină – prima instituție din Cluj în care învățământul medical se desfășura în românește și care, de la bun început, s-a constituit conform conceptelor moderne europene. Același suflu al prospețimii a cuprins și clinicile universitare clujene, care și-au recăpătat astfel faima comparabilă cu a celor vieneze.

În această veche urbe de pe Someșul Mic, ce cumulase 414 ani de viață universitară dintre care 219 și de învățământ medical, unde predase Oftamologia Ioan Piuariu Molnar, primul profesor universitar român, și-a încheiat studiile, susținându-și în mod strălucit doctoratul (1910) și Iuliu Hațieganu. Era unul din cei șapte copii ai unui preot dintr-un sat de pe malul Someșului, înnobilit prin distinsa educație din familie vasta cultură dobândită la școlile Blajului. Tânărul medic se anunțase încă de pe băncile facultății ca fiind deosebit de dotat, stimat de colegii săi de studiu, maghiari în majoritate, și susținut apoi de marele său maestru, profesorul Zs. Purjesz, al cărui asistent era și care-l desemnase deja succesor la catedră. Fapt pentru care tânărul Hațieganu i-a cultivat cu reverență memoria.

Cunoscut în literatura de specialitate încă din 1914 prin studiul asupra galactozuriei alimentare, publicat într-o revistă medicală din Budapesta, și tot mai popular în opinia publică a întregii populații din Ardeal pentru competența și omenia sa, Iuliu Hațieganu a acumulat tot mai multă experiență în lupta cu vasta cazuistică clinică și cu deprimantul peisaj al sănătății publice, generate de vitregiile Primului Război Mondial.

Delegat al tineretului universitar la Adunarea Națională de la Alba Iulia, Iuliu Hațieganu a susținut, cu fervoare, necesitatea înființării Universității din Cluj, argumentând magistral această cauză, luată în considerare de Consiliul Dirigent al Transilvaniei (1918-1922) alături de atâtea probleme postbelice arzătoare. Câteva săptămâni mai târziu, Iuliu Hațieganu prezida, la Sibiu, primul mare congres al medicilor, unde prietenul său, distinsul medic militar Iuliu Moldovan (1882-1966), recent numit de același Consiliu în funcția de secretar cu problemele sănătății publice, a prezentat raportul general despre situația ocrotirii sănătății populației din Transilvania, inclusiv necesitatea reluării activității Facultății de Medicină din Cluj, pentru formarea de medici competenți. În curând, cei doi inimoși precursori ai acestei înălțătoare opere, aveau să devină marii stâlpi ai învățământului de profil din Ardeal. Așa se face că Facultatea de Medicină a luat ființă având profilul asigurat de Iuliu Hațieganu, devenit decan, și entuziastul său grup academic – Ion Goia, Coriolan Tătaru, Gheorghe Bilașcu, proiectul detaliat al noului for de învățământ fiind elaborat și publicat de D. Negru. Acestor adepți ai gândirii germane despre medicină, dominată de sobrietatea și ordinea introdusă de Rudolf Virchow, li s-a alăturat și pleiada unor reputați profesori din celelalte centre universitare, îndeosebi din București – Victor Babeș, C. Levaditi, Șt. Nicolau, Victor Papilian, Titu Vasiliu ș. a., formați în spiritul francez al dialecticii fiziopatologice atât de convingător demonstrată de Claude Bernard. Cele două concepții au găsit la Cluj un teren fertil îmbinării lor armonioase, devenind treptat o tradiție ce și azi se regăsește în orientarea acestei școli medicale.

La 7 noiembrie 1919, sub cupola celei dintâi clinici medicale, Iuliu Hațieganu a rostit prima sa lecție inaugurală asupra icterelor, în care opina pentru caracterul contagios al celui cataral – hepatita epidemică de azi. Ne imaginăm, din relatările celor atunci prezenți, dintre care puțini mai sunt în viață, satisfacția tânărului șef de clinică, orator neîntrecut, și a

auditorului când noul magistrul, format în aceeași clinică, a prezentat, cu acea ocazie, înaripatul legământ al său și al întregului corp didactic pentru susținerea nobilei meniri ce le era încredințată în dezvoltarea acestei prime Facultăți de Medicină din Ardeal: „Vivat, crescat, floreat!”. Și, într-adevăr, încă din primii ani de existență a acesteia, grație promovării, cu precădere, a tinerilor specialiști – a căror personalitate a fost intuită și susținută de Iuliu Hațieganu, numele acestora apărând pe frontispiciul celor trei volume ale „Tratatului elementar de semiologie și patologie medicală” – prestigiul noii facultăți a cunoscut o impetuoasă ascensiune. Astfel că marile somități ale învățământului medical din Capitală s-au putut întoarce la catedrele lor, convinse fiind că startul de un an la care participaseră are continuitatea asigurată în toate domeniile. Ceea ce s-a dovedit cu prisosință și în perioada de refugiu la Sibiu, impus de „Diktatul” de la Viena (1940-1945), când Facultatea și-a continuat misiunea în cadrul aceleiași Universități, în fruntea căreia Iuliu Hațieganu reunea și înălța mereu conștiința și inimile marii comunități academice, în calitate de rector magnificus. Nu putem insista aici asupra vastei contribuții științifice aduse de marele savant în cunoașterea patologiei clinice, care a umplut multe goluri ale literaturii de profil, rod al experienței unui sagace observator, dimensiunile acesteia, apanaj al istoriografilor medicali, necesitând o vastă sistematizare. Dar trebuie să subliniem modul clar și limpede în care își valorifica, pe plan didactic, cazuistica clinică, într-o manieră în care talentul pedagogic se întrecea cu frumusețea expresiei, cu demonstrația logică a prelegerilor de la catedră, sau a reflecțiilor făcute în cursul vizitelor în saloanele de bolnavi. De altfel, ambianța Școlii lui Iuliu Hațieganu este admirabil sintetizată de elevul său Leon Daniello: «Prof. Hațieganu a izbutit, într-adevăr, să creeze o școală de Medicină internă, să introducă un spirit nou în medicina românească fiindcă pe lângă cunoștințele pe care le-a transmis elevilor săi, el s-a preocupat și de educația morală a acestora. I-a învățat să respecte suferința umană, să vadă în bolnavi nu 'cazuri' interesante și instructive, ci semeni în suferință de care medicul trebuie să se apropie sufletește, să-i trateze cu dragoste și blândețe. Raporturile profesorului Hațieganu cu elevii săi au fost bazate pe stimă reciprocă și bună înțelegere. El și-a considerat colaboratorii din spital ca marea sa familie și a vegheat – pe cât posibil – ca în rândurile lor să nu intre dușmănie și intrigă. Armonia ce a domnit în Clinica medicală a devenit proverbială și succesele pe care le-a înregistrat în curs de 40 de ani se datorează, în bună parte, spiritului de echipă și colaborare prietenoasă ce au domnit acolo».

În relațiile sale cu studenții, acad. Hațieganu a fost unul dintre acei profesori care au știut să și-i apropie, să se împrietenească cu ei, să le fie sfetnic și îndrumător. Nu este de mirare că studențimea l-a înconjurat cu dragostea ei fierbinte.

Despre patriotismul său democratic ne vorbesc faptele sale, atât din domeniul medical propriu-zis, cât și în cadrul Societății ASTRA, care prezenta o extensiune universitară în păturile populației, date fiind sutele de conferințe rostite sau editate, descinderile duminicale în mijlocul țăranilor din Munții Apuseni, cât și demersurile sale pentru promovarea sănătății, pe scară largă, în mediul rural, la care se adaugă organizarea de mari ansambluri (de cultură fizică, dansuri, coruri), dar și a Clubului sportiv al Universității, cu neînvinsele sale echipe „U” și distinsul „Touring Club”. Cu Sacrificii materiale personale, a construit parcul universitar de antrenament și agrement ce-i poartă numele, pe a cărui poartă strălucea inscripția: «Pro patria est ludere dum viderum» («Deși pare o joacă, în fond ne antrenăm pentru Patrie»).

Astăzi, când însă mai dăinuie norii trecutului totalitarist care i-au adus nu puține suferințe, luminoasa figură a marelui medic, ctitor al Universității de Medicină și Farmacie ce-i poartă numele, prinde tot mai multă trăire prin opera pe care succesorii elevilor săi i-o continuă în cele cinci clinici medicale și în toate așezămintele clujene de învățământ și asistență pentru care preceptele sale au intrat în tradiție. Mesajele lui Iuliu Hațieganu reprezintă, peste vremi, apa vie a formării noilor generații de profesori și studenți”.

Iată ce a scris și despre Profesorul Crișan Mircioiu la împlinirea vârstei de 90 de ani

într-un articol publicat în „Viața medicală”: „Școala medicală clujeană l-a sărbătorit zilele acestea pe unul dintre marii antecesorii ai Clinicii Chirurgicale I. Este vorba de dl prof. dr. Crișan Mircioiu, membru al Academiei de Științe Medicale și cetățean de onoare al Municipiului Cluj-Napoca, cel de-al patrulea continuator la Catedra de Chirurgie, care a transmis urmașilor săi învățătura că medicina nu poate fi decât «știință și conștiință»...

Zeci de serii de medici care l-au cunoscut din tinerețe (între care mă număr) își amintesc de elocința sa în fața unui auditoriu ce umplea întotdeauna amfiteatrul, de precizia, acuratețea gesturilor de operator sub lampa scialitică, mereu asociate cu blândețea și omenia la patul bolnavului. Căutând alinarea suferinței semenilor, radia încredere în vindecare și speranță, chiar în cazurile cu prognostic sumbru. Un optimism molipsitor!



Împreună cu profesorul Aurel Nana a reușit să înființeze, în incinta clinicii, Laboratorul de Fiziopatologie și Chirurgie Experimentală, locul elaborării unor lucrări de mare răsunet științific în sfera șocului traumatic, de pildă (colaborator, meticolosul Edmund Neuman). Aici s-a născut și Chirurgia cardiovasculară experimentală, punct de pornire al unei clinici de profil, fondată de prof. dr. Pop D. Popa la Târgu-Mureș. De-a lungul întregii sale activități – de la asistent universitar până la șef de clinică – profesorul Crișan Mircioiu s-a dovedit o personalitate exemplară, cu o largă deschidere umană, apreciat fiind nu numai ca un chirurg de clasă, dar și pentru eclatantu-i talent pedagogic, pentru căldura cu care a știut să sădească mințile tinere demnitatea deontologică, elanul creator, echilibru. De notorietate erau, de exemplu, intervențiile sale ca moderator în relațiile profesorului Nana cu diverși colegi din teren, pe care-i vizita frecvent. Și cât de bine știa să tempereze „ph-ul”, uneori cam acid, al magistrului în fața micilor culpe ale unor colaboratori. Tânărul însă deja înțeleptul Crișan Mircioiu veghea la colegialitatea „intra muros”, la menținerea unei atmosfere distinse, aproape familiale, între conducerea și personalul Clinicii. Și rezultatele profesionale se situau la mare înălțime, iar recunoștința colegilor era incomensurabilă.

Maestru adorat și medic iubit de pacienți, prof. dr. doc. Crișan Mircioiu s-a format pe

fondul unei vaste culturi, având și stimulul celebrului său socru, Onisifor Ghibu. Avid de cunoaștere, dar mai ales de răspândirea culturii și educația concitadinilor, s-a angajat cu ardoare în această lungă, interminabilă artă căreia și azi i se dedică plin de pasiune ca rector al Universității Populare. Pe parcursul a 28 de ani, am avut cinstea să-l secondez sub această ilustră cupolă, să-i admir numeroasele inițiative și să răspund la chemarea sa de a participa la extensiunea tematicii conferințelor și spre domeniul medical. Bunăoară, pe lângă Cursul de cultură și civilizație mediteraneană sau expuneri din istoria și etnografia vechiului Maramureș, susținerea unor prelegeri despre alcool, tabagism etc., orice capitol de predare necesitând sacrificii de timp, efort fizic și chiar material. Compensatoriu însă, marea satisfacție a echipei didactice izvorăște atât din recunoștința publicului, cât și din armonia cultivată statornic de profesorul Mircioiu.

În aceste zile, avem minunata ocazie de a-l înconjura cu suplimentar devotament și dragoste pe acest nonagenar atât de activ și de generos, atât de patern și prodigios, care a servit și servește încă Medicina, Sănătatea publică, Știința și Cultura, stăpânit de credința în valorile perene ale neamului românesc.

La mulți ani, maestre!”.

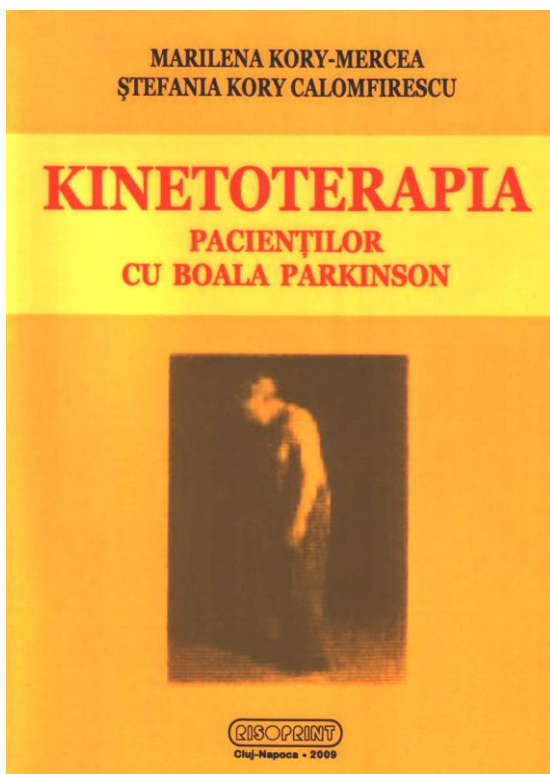
Profesorul George Petrescu a recenzat cu multă plăcere și cărți care erau de actualitate, din alte specialități medicale, cum este de exemplu, din neurologie. Iată ce a scris despre cartea Kinetoterapia pacienților cu boala Parkinson, publicată în anul 2009, prin Editura Risoprint din Cluj-Napoca, având ca autoare pe Dna Conf. Dr. Marilena Kory-Mercea de la Facultatea de Educație Fizică și Sport din Cluj-Napoca și Dna Prof. univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu, de la U. M. F., Cluj-Napoca, care predă cursuri de neurologie la Secția de Kinetoterapie a Facultății de Educație Fizică și Sport din Cluj-Napoca:

„Cucerire a biologiei și medicinei contemporane longevitatea umană reprezintă un fenomen social complex, în care bucuria traiului prelungit între semeni este adeseori umbrită de consecințele involuției naturale a țesuturilor, prin degradare morfofiziologică lentă celulară inerentă, încheiate prin diminuarea lor treptată cantitativă, calitativă și, în final, procesul de apoptoză.

Expresia cea mai pregnantă a acestei dinamici regresive se întâlnește în deosebi la nivelul sistemului nervos central, a cărui suferință cuprinde treptat toate funcțiile neuropsihosomatice, transferând existența umană într-un supliciu redutabil. Boala Parkinson, descrisă de acest medic londonez în 1817 („paralizie agitantă”), numită astăzi parkinsonism primar, este un exemplu din vasta patologie a senescenței, întâlnită și la vârsta medie, de largă răspândire, intrând în preocupările de sănătate publică.

Avându-și originea în diminuarea neuronilor dopaminergici din substanța neagră simptomele cardinale ale bolii (tremor, redoare extrapiramidală și akinezie) cuprind treptat toate funcțiile motorii ale organismului, transformând pacientul într-unul dependent.

Speranța de calitate a vieții este legată de un tratament chimio-fiziotrapic, în care kinetoterapia s-a dovedit suverană. Metoda este complexă, presupunând cunoștințe polivalente și multă disciplină în desfășurarea programului recuperator. Aplicarea acesteia în practica curentă reprezintă scopul acestei binevenite scrieri.



După prezentarea tabloului clinic complet cu morfofiziologia determinată a degradării neurofuncționale, care întunecă evoluția și prognosticul cazurilor neasistate, autoarele abordează în detaliu tratamentul bolii, începând cu chimiopreparatele aflate în uz (levodopa și succedanele sale dopaminergice, ș. a.), menționează procedeele sângerânde, subliniind necesitatea includerii în program a mișcării dirijate, benefică și obligatorie, ce asigură calitatea rezultatelor (ameliorarea mobilității, a ușurinței de mișcare, a tremorului și respirației), redând pacientului mimica proprie și capacitatea de adaptare la propria-i situație clinică.

Tehnica exercițiilor fizice este clar redată pentru fiecare funcție și organ vizat (respirație și relaxare, antrenarea membrelor, a coloanei vertebrale, trunchiului și echilibru, cu folosirea unui instrumentar simplu (minge, baston etc.).

Concomitent autoarele recomandă adaptarea căminului, a îmbrăcăminte, veselei ș. a., la posibilitățile motorii ale pacientului.

O mare importanță se acordă terapiei de susținere a pacienților antrenați, care ajung să-și păstreze unele performanțe deosebite preexistente (șofatul și alte mișcări de evidentă complexitate).

Peste întreg programul se recomandă calitatea exercițiilor, atractivitatea acestora și implicarea familiei.

De reținut că, în paralel, aceste proceduri degajă și un important efect psihoterapeutic și logopedic, pacientul regăsindu-și treptat „eul”, grație tehnicilor de valorificare a multiplelor restanțe funcționale neuropsihice și intelectuale, pentru care există scale și teste, obiective de apreciere a programului terapeutic.

Această carte cuprinde 128 pagini și este scrisă pentru a se cunoaște sintetic partea teoretică a bolii Parkinson și programul special, în detaliu, de kinetoterapie de către medicii neurologi și din afara specialității de neurologie, profesorii de gimnastică, kinetoterapeuți, pacienți și familiile lor, într-un limbaj accesibil, cu o bogată ilustrație de imagini, tabele analitice etc. Reprezintă un mare avantaj în răspândirea metodei spre marele public interesat.”.

Un alt exemplu de recenzie este cea referitoare la cartea de valoare incontestabilă Chirurgie toracică, a Dlui Profesor Teodor Horvat, recenzie apărută în revista „Pagini medicale bărlădene”. Iată conținutul acestei recenzii: „Pe parcursul ultimilor 150 de ani de dezvoltare a chirurgiei românești, în cadență cu cuceririle medicinei europene, toracele a fost țintă a procedurilor mai mult parietoperiferice. Pătrunderea în interior nefiind posibilă decât după descoperirea anesteziei în baronarcoză, începând cu jumătatea secolului XX. Este impresionant cum acest cardinal segment al organismului uman, atât de afectat de suferințele cele mai diverse, atât în timp de pace, dar mai ales de traumatismele dramatice din vremuri de război, a fost cunoscut pas cu pas și treptat tot mai stăpânit în întreaga sa patologie medicală și chirurgicală. Toate aceste cunoștințe sunt pe larg menționate în lucrarea evoluția chirurgiei toracice, reprezentând un exemplu de progres al cărui istoric deschide volumul.

Vitrină a trecutului laborios de domeniu, plin de realizări în ritm continental, începând cu secolul al XIX-lea, acest pletoric capitol este bogat ilustrat de radioase figuri și curajoase inițiative aduse în memorie chiar de coordonatorul lucrării, Prof. Dr. T. Horvat.

Este o minuțioasă trecere în revistă a acestei specialități apelând la o documentație bine întocmită a chirurgiei cu preocupări de iatroistorie scrisă în perioada postbelică, în care odată cu dezvoltarea mijloacelor de anestezie și reanimare ce succed metode de abordare tot mai inspirate de către pionierii acesteia (L. Daniello, I. Câmpeanu ș. a.) ai căror elevi (C. Cărpinișan ș. a.) devin adevărați fondatori ai specialității, lăsând în urmă succesori ce au edificat-o la nivel contemporan (E. Zitti, Tr. Oancea, L. Hica, Șt. Ivașcu ș. a.), ascensiunea fiind asigurată în continuare de actuala gardă (T. Horvat, I. Nicodîn ș. a.).

Anestezia în chirurgia toracică (R. T. Stoica), este o metodă de valoare incomensurabilă, grație căreia procedurile sângerânde s-au dezvoltat, dată fiind contrabalansarea presiunii

atmosferice de la deschiderea pleurei prin baronarcroză de intubație traheală (de care profită și organele extratoracice abordate chirurgical). Este prezentată în cele mai scrupuloase detalii începând cu trecerea în revistă a evoluției tehnicilor (ventilație, monitorizare, farmacologie) până la actualele metode speciale (intubația unui singur plămân, circulație extracorporală ș. a.) și indicațiile acestora repartizate pe afecțiuni.

O importanță deosebită se acordă aprecierii riscului anestezico-chirurgical pentru a cărui evaluare se practică investigația complexă clinică și paraclinică (respiratorie, cardiovasculară etc.) cu specificare în funcție de zona de abord (torace, trahee, esofag, transplant etc.), pregătirea preoperatorie a pacientului și gestionarea stării postoperatorii (cu noi valori fiziopatologice, inclusiv apariția durerii etc.). Sunt expuse în toate variantele posibile spre atingerea în cât mai scurt timp a vindecării chirurgicale cu reabilitarea funcției respiratorii.

Patologia clinică (T. Horvat și colab.) începe cu traumatismele toracice și toraco-abdominale ale cărui management diagnostic și terapeutic este expus sistematic și ierarhizat”.

Cu ocazia mării sărbători a Franței, 14 iulie – Sărbătoarea națională a poporului francez și semnificația Căderii Bastiliei –, dl Profesor George Petrescu a scris un valoros articol în „Maramureșul medical”. Textul acestui articol este următorul: „În vara fierbinte din 1789, în toiul Revoluției Franceze, apărută pe fondul crizei financiare, politice și sociale, capete de acuzație a duriității și incompetenței regimului regal, când în luna lui cupror sângele răsculaților curgea în șiroaie pe străzile Parisului, poporul condus de oratori, ce-i inflamau zelul profund justificat de revoltă și nesupunere, s-a apropiat de zidurile Bastiliei.

Această imensă fortăreață, construită lângă una dintre porțile orașului în scop militar, între 1370-1382, devenise cu timpul închisoare politică și civilă, reprezentând simbolul puterii de asuprire și împilare medievală. Între zidurile ei și-au petrecut ani de restriște multe genii ale gândirii franceze, începând cu Voltaire, Mirabeau și alții, fiind rezervată concomitent și delincvenților de drept comun.

Atacată de mulțimea înarmată, dar necunoscătoare a regulilor de asalt, bastionul rezistă toată dimineața de 14 iulie, garda de apărare, formată doar din câteva zeci de pușcași, ucigând 83 de insurgenți și rănind pe alți 73, în timp ce îi escaladau zidurile.

Ușa-pasarelă coboară brusc, strivind sub greutatea ei alte corpuri angajate în trecere. Strigătele de mânie și durere stârnesc furia trecătorilor, ce se alătură neputincioși și ei în fața gigantei fortificații, care pe la orele patru după-amiază era încă în picioare. Pentru al doilea asalt, în aceeași zi, s-au prezentat trupe regulate care au dezertat din cazărmi în acest scop, 300 de soldați și comandanții lor, reduta fiind cucerită de acești profesioniști într-o oră. Captura era mică. În afară de guvernator și apărătorii cetății, nebuni și un conte internat la cererea tatălui său, expediați imediat spre justiție, ospiciu sau domiciliu.

Deci Bastilia fusese găsită practic goală, căci milioanele de asupriți ai sfârșitului de Ev. Mediu se aflau sub cerul liber pe întreg întinsul Franței. Conduse de înțelepciunea iluministă a marilor înaintași și de principiile umaniste cumulate în cultura franceză de-a lungul secolului al XVIII-lea și având în față modelul mișcării anglicane de libertate declanșată încă din 1645, diversele pături sociale ale populației franceze, solidare cu mișcarea de înnoire și progres, susținută de reprezentanții burgheziei dornice de descătușare, au ales calea libertății, fraternității și democrației („Poporul, – suveran!”), punând sfârșit absolutismului medieval și piatră de hotar epocii moderne.

De-a lungul secolelor următoare, drepturile omului «cucerite atunci» au stat mereu în atenția legiuitorilor, ele constituind în cele din urmă principiile de bază ale reglementărilor din acest domeniu, promovate în epoca modernă de Organizația Națiunilor Unite. Acestea înalță ființa umană la onoarea unei adevărate instituții, ce-și are prerogative și obligații bine determinate și constant apărate, valabile nu numai între indivizii aceleiași comunități, ci promovate și în relațiile dintre popoare. Grație lor, marile conflagrații sunt mereu prevenite și pacea mondială salvagardată, cultivându-se înțelegerea la scară terestră.

Modelul revoluționar, de luptă pentru libertate oferit de Franța, a fost preluat de toate țările europene în cursul secolului al XIX-lea, fiind oglindit în mișcările anului 1848, care au deschis orizontul de făurire a unității naționale a acestora, între care se numără și perspectiva de făurire a României moderne, realizată la scurt timp.

Aniversarea a 200 de ani de la Căderea Bastiliei, în anul 1989, ocazie de bilanț a schimbărilor întregului continent, a fost succedată, după cum se știe, de abolirea totalitarismului de tip socialist-comunist și reinstalarea principiilor democrației în tot centrul și estul Europei. Evoluția spre acest sistem rațional, încă fragil și atât de perfectibil, constatăm acum, iată, după douăzeci de ani de tranziție, că nu este lipsită de imprevizibil și de unele greutăți, surmontabile prin voință și unitate în interior, prin solidaritate și colaborare între state.”.

Domnul Profesor George Petrescu a scris o carte foarte frumoasă, intitulată *Scrisori din Maroc*, publicată în 2009, prin Universitatea Populară din Cluj-Napoca, pe baza experienței avute în Maroc, timp de aproape 4 ani (1971-1974). Această carte a fost prefațată de dl Profesor Crișan Mircioiu, intitulând prefațarea prin cuvintele *Câteva cuvinte de început la cartea d-lui Profesor George Petrescu „Scrisori din Maroc”*. Iată textul acesteia: „Îi mulțumesc domnului Profesor Dr. George Petrescu, de la Universitatea de Medicină și Farmacie «Iuliu Hațieganu» Cluj-Napoca, fostul conducător al Clinicii de Boli Pulmonare, una dintre renumitele clinici din Cluj, succesor distins al profesorilor Leon Daniello și V. Moiescu, luptător neobosit împotriva tuberculozei, dar și al fumatului, pentru publicarea acestor scrisori adresate din Maroc familiei și oamenilor din țară. Acolo a trăit aproape 4 ani (1971-74) ca medic ftiziolog, făcându-se util și iubit, dar păstrând neștirbit dorul pentru locurile natale, către care i se întoarce gândul mereu, încărcat de imagini și impresii din lumea arabo-berberă, cuprinse în aceste pagini, care-l transpun pe cititor pe meleagurile Maghrebului într-una din cele mai reprezentative țări musulmane. Marocul este regat islamic de mare noblețe istorică de care poporul său este adânc pătruns. Această carte are darul de a-l face pe cititor să retrăiască odată cu autorul, o experiență personală insolită, dusă până la capăt.

Totodată, în calitate de Rector al Universității Populare din Cluj, țin să-i exprim, cu această ocazie, recunoștința noastră pentru atrăgătorul curs de «Cultură și civilizație mediteraneană» cu o curiculă de 4 semestre, în care a fost inclus un capitol și despre Maroc, pe care l-a conceput și predat într-o manieră originală, bazată pe prezentarea audio-vizuală a unui vast material (5.000 de diapozitive color), cu săli arhipline de un auditor interesat (peste 300 de conferințe însumate în 33 de ani – 1976-2009); pe marginea acestuia s-a înscris și vernisajul expoziției sale plastice «Impresii din Maroc» cu lucrări admirate de mii de vizitatori (1978). Iar ca președinte fondator al ONG „Liga contra tabagismului” (1991) a susținut expuneri și consultații și pe această temă și multe alte subiecte medicale și de cultură artistică.

În cele 20 de capitole este redată în culori veridice (și la propriu și la figurat, cartea fiind ilustrată cu o suită de acuarele originale) trecute printr-o proprie trăire, imaginea integrală, geografică și social-istorică, tot farmecul și poezia acestei importante zone de recunoscută cultură și civilizație a Africii de Nord, inclusiv aspectele vieții actuale civice, statale și politice. Rândurile de stil cald și îmbietor te îndeamnă să pornești pe urmele medicului misionar pentru a descoperi împreună cu el frumusețile unei lumi pentru noi, inedite. Și chiar de la începutul lucrării, ca un fel de «Captatio benevolentia» pentru cititorul care-i urmărește cu curiozitate tenace, în introducerea intitulată «Lumină, peisaj și omenie», autorul promite: «Vom căuta și noi să străbatem în aceste modeste pagini, imensele peisaje unde verdeța pădurilor și a pășunilor din mai, alternează cu auriul holdelor de grâu coapte timpuriu, cu ocrul pământurilor sărace... cu roșeața stâncilor din maiestozii munți pleșuvi ai Marelui Atlas. Vom trece printre decoruri de cedri și prin chei și cascade săpate de minuscule izvoare, în dure și gigante roci, poposind apoi pe piscuri înșorite, ori la ușa cortului berber...».

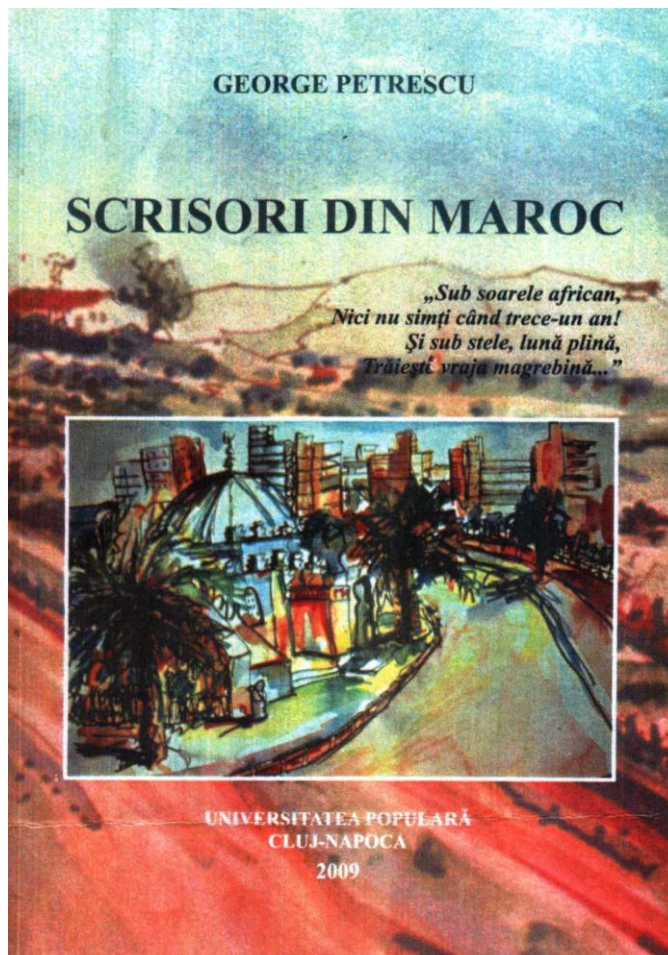
Iar subcapitolul «O revărsare de omenie și demnă etnie», populează peisajul amintit cu «omul pământului marocan», dând ca exemplu: «falnicii munteni din Atlasul Mic, legați de pământuri și neatinși de aventura imigrației de oraș, păstori din adâncă negură a vremii în care își pierde originea viața berberă, ce-și ocrotesc vitele pe câmpuri, mutându-și cirezile din loc în loc, orientându-se după abundența și suculența pășunilor».

Admirabile descrieri conțin capitole ale lucrării: «La orizont Meknesul» (orașul în care a locuit și și-a oficiat profesiunea); «Ambianța marocană» (la care s-a adaptat ca un om doritor de cunoaștere). Pitorească apare viața la țară; radioase se conturează cele patru capitale: Rabat (capitala politică), Fez (cea spirituală, religioasă), Casablanca (economică) și Marakech-ul (turistică), împreună cu șirul de porturi și alte localități din interior. Vibrantă de nostalgie, ne mișcă o frază din «Adio, Maroc»: «Nu vă mai dau detalii despre duișia sentimentelor, pe care momentul despărțirii le dezlănțuie încă de pe acum, în inimile celor în cauză, a celui ce se va duce, și a celor ce l-au cunoscut... Într-adevăr: „Partir c'est mourir un peau...” Sinteza acestor simțăminte este sincer redată în patru frumoase poezii incluse în text.

În ce mă privește, ca unul ce sunt iubitor de călătorii, citind cartea colegului meu, am avut o deosebită plăcere, și o stare de plăcută tensiune romantică, urmărindu-l pe medicul nostru prin Maroc, captivat de talentul de transmitere a imaginilor, ca și a sentimentelor autentice, emoționându-mă, într-o situație sau alta, la întâlnirea cu Sahara, sau a Munților Atlas, în bazarul unei medine, în răcoarea unei moschei, la povestirea unor vitejii arabe sau maure, la unda oceanului, dând țărmlui o amploare și mai consistentă... sau alte aspecte din mulțimea situațiilor pe care trăirea în direct i le-a prilejuit.

Pentru că, trebuie să laud la dl George Petrescu faptul că, urmărind o idee sau un plan făcut chiar la venirea în Maroc, în perioada petrecută în această frumoasă țară, nu a lăsat nimic să-i scape din ce este important și valoros peisagistic, social, cultural, medical și întotdeauna uman, elemente pe care le-a amplificat prin informare ad-hoc, la fața locului, sau după aceea la locul de reședință, prin lecțiuni sau convorbiri cu cei cu care lucra și trăia, localnici, personal medical sau sanitar, prin vizitări la muzee, școli etc. Iar convorbirile a căror descriere parcă te încălzește și odată cu sentimentul de plenitudine al trăirilor autorului în umblările sale printr-o țară plină de diversitate pentru a o cunoaște, oferindu-ne și nouă cititorilor – și acesta este motivul principal pentru care trebuie să-i mulțumim – din prea plinul sufletului său, în limpezi imagini de neasemuită frumusețe exotică și căldură umană.

Mai trebuie să spun, și o spun cu plăcere, că în tot ce a făcut în Maroc – și a făcut multe – n-a uitat niciodată că este în primul rând medic, că a plecat acolo să-i ajute pe oameni, să-i apere, să-i trateze și să-i vindece de o boală necruțătoare – ftizia, dar și că este reprezentantul unei mari școli – «Școala medicală clujeană», a cărei una dintre caracteristici a fost tocmai lupta împotriva Tuberculozei, cu important conținut social, cu care s-a confruntat în primul



rând și din greu, la fel ca și cu alte racile. Ea nu se vedea în frumusețea arhitecturală a moscheelor, nici în răcoarea lor mângâietoare ori în multicolorul îmbelșugat al bazarelor, sau în grădinile și parcurile de vis ale fanteziei arabe, dar care exista și mai există încă pe întreaga noastră planetă și mai ales în țările dezmoștenite.

O boală ce are ca însemn suferința, așteptând alinare, pentru care strădania medicului nostru, bazată pe știință, cu inimă și conștiință, s-a dovedit extrem de fructuoasă. Fapt pentru care pacienții, colaboratorii și autoritățile l-au prețuit și l-au omagiat, despărțindu-se de el cu mult regret.

Dar să nu uit: în traiul de pe îndepărtatele meleaguri, doctorul George Petrescu n-a uitat niciodată că este român, făcându-i pe cei de acolo să afle și să știe cât mai multe despre România și despre români, cu urmele strămoșilor căroră – «cuceritorii romani» – s-a întâlnit la Volubilis, Roma Marocului, realizând captivante descrieri, pe care de altfel le-a transpus și în frumoase desene și picturi, și printre care dorul răsfrânt în întoarcerea cu gândul la locurile natale, Săcelul, din Maramureș, este pomenit cu discretă mândrie... Ceea ce dă volumului de scrisori din Maroc un surplus de căldură, iradiată și din părințeștile încheieri: «Vă îmbrățișează, Tăticu».



Regele Hassan II (1929-1999), șef al statului și al credincioșilor (1961-1999)



Discuție critică



Garda Regală



Cursa încheiată

Și cu aceasta termin ceea ce socotesc a fi doar câteva rânduri de recomandare adresate cititorilor, de a călători pe aceste primitoare meridiane.

Drum bun cititorilor călători!”.

Referitor la cartea Scrisori din Maroc și dna Prof. Univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu i-a făcut o frumoasă prezentare la expoziția de pictură de la Muzeul de Artă din Cluj-Napoca și în „Maramureșul medical” în anul 2008.

În legătură cu această carte, în „Marocul pitoresc”, Profesorul George Petrescu a scris o prefață, intitulată: Lumină, peisaj și omenie... Iată textul acesteia: „Într-adevăr, lumina puternică a acestui colț nord-african cu regim pluvial redus (irigații...), conferă peisajului și oamenilor, arhitecturii și turmelor, de la Mediterană până la Munții Atlas și de la Atlantic și până la pustiul Saharei, o transparență strălucitoare. Lumina acționează odată cu căldura climatului stimulativ asupra oricărei retine sensibile. Și mai ales, a acelor pasageri sosiți aici de pe latitudini nordice.

Munții înalți, câmpiile mănoase și platourile Marocului acoperite cu lanuri de grâu, pădurile și apele ce-l brăzdează și-l înconjoară scaldându-i porturile, nisipurile fierbinți ale deșertului și plajelor, satele și orașele de pe litoral, podișuri, totul este ocrotit de locuitorii acestei țări, oameni de o calmă hărnicie și caldă omenie.

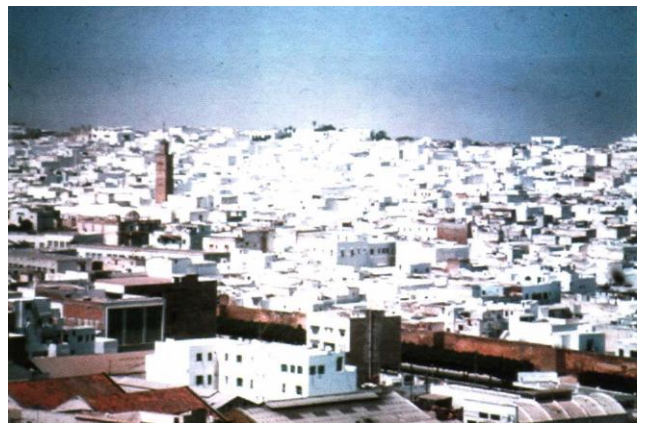
De pe brazda ogorului și până în furnicarul medinelor și al orașelor moderne, pe toți acești oameni și meleagurile lor îi revăd nu numai în lumina soarelui african, dar și aceea a unui viitor luminos; îl merită după truda și asiduitatea pe care și-o dovedesc de secole și după chipul și asemănarea profilului lor etnic, cultivat în puritate morală și simț de solitudine umană...

Neputându-mă substitui geografului avizat sau etnografului pedant, ori istoricului erudit ale căror opere despre Maroc alcătuiesc lungi liste bibliografice, am considerat că impresiile culese «pe viu» și fără influență de pregătire anterioară vor putea fi mai sincer redată, fără a căuta repere de control sau atenuare a ceea ce este în realitate atât de cuceritor sau frapant.

Priviți aceste pitorești imagini dragi cititori, meditănd totodată la frumusețea vieții de pretutindeni, dacă omul își face timp să caute.



Cavalerie berberă



Rabat, orașul vechi (Medina)



Garda Mausoleului Mahomed V

La Cartea sa de mare valoare, intitulată Tuberculoza pulmonară clinică, tratament, epidemiologie, control și prevenție, ediția a V-a), doamna Prof. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu i-a făcut o recenzie apărută în revista „Maramureșul medical”, nr. 37 din septembrie 2009. Iată conținutul acestei recenzii: „Se cunoaște faptul că evoluția tuberculozei în țara noastră a reprezentat un nivel mai ridicat decât în țările nord și vest europene, ceea ce a impus în anul 1995 instituirea unui «program național pe termen lung de prevenire și combatere a ei», în cadrul Ministerului Sănătății.

Scăderi în evoluția sa au avut loc în continuare și după această dată. Însă în anii din urmă indicatorii epidemiologici, în special incidența și prevalența baciliferilor au început să stagneze, și până la urmă chiar să crească într-un număr mare de județe, dând din nou un semnal de alarmă. În consecință, au fost foarte necesare măsurile de intensificare a principalelor acțiuni antituberculoase – depistarea mai precoce a cazurilor noi, chimioterapia lor sterilizantă, vaccinarea cu BCG la un grad mai eficient, chimioprofilaxia grupelor de risc crescut de îmbolnăvire, care reprezintă acțiuni de largă aplicare în populație. Dar aceste acțiuni complexe nu pot să fie acoperite de un număr restrâns de specialiști, ci impun integrarea lor în rețeaua sanitară generală și anume: în primul rând în dispensarele medicale de circumscripție. În special în mediul rural, cât și în spitalele și policlinicile de medicină internă, pediatrie etc. aceasta presupune o largă informare și antrenare în programul de combaterea tuberculozei, a tuturor medicilor de medicină generală și a specialiștilor, cărora li se adresează bolnavii în primă instanță.

Cartea extrem de importantă ca temă este scrisă cu înaltă competență, dăruire și pasiune de Prof. Dr. George Petrescu, de la Clinica Pneumologică „Leon Daniello” din Cluj-Napoca, conținând într-o formă clară datele esențiale despre epidemiologia, patogenia, diagnosticul, clinica, terapia și profilaxia actuală la nivelul necesității de informare și cunoaștere a medicilor nespecialiști, care prin natura profesiei și activității lor sunt angrenați în una sau mai multe din acțiunile antituberculoase amintite anterior.

Autorul este bine cunoscut ca un vechi luptător în combaterea tuberculozei. A fost cadru de răspundere cu o mare experiență didactică și practic-organizatorică, un remarcabil erudit în domeniul pneumologiei și un pasionat al problematicei tuberculozei, pe lângă talentul de grafician cu care ilustrează volumul.

Prefațată de Academician Constantin Anastasatu încă la prima ediție (1992), cuprinde: cronologia cunoașterii și combaterii tuberculozei, dezvoltarea ftiziologiei spre pneumologie, patologia generală a tuberculozei, tuberculoza primară, tuberculoza secundară, tratamentul tuberculozei, epidemiologia tuberculozei, metodologia de control a tuberculozei, organizarea luptei antituberculoase în țara noastră, iar în ultimul capitol, se referă la «Ghidul metodologic de implementare a programului național de control al tuberculozei 2007-2011» insistând asupra tuberculozei într-o țară în curs de dezvoltare.

În încheiere sunt evocate figurile reprezentative ale școlii românești de ftiziologie, începând cu marele maestru Iuliu Hațieganu și elevul acestuia Leon Daniello, apoi M. Nasta și mulți alții.

Prin această lucrare științifică, de mare utilitate practică, s-a realizat o operă foarte utilă, menită să înarmeze medicii generaliști și de alte specialități, cu cunoștințele de actualitate necesare în scopul antrenării lor eficiente, în sarcinile de mare urgență și răspundere a combaterii edemiei tuberculoase.”

Personalități clujene, precum Prof. Crișan Mircioiu, Academician Constantin Anastasatu și mulți alții, s-au exprimat prin calde cuvinte despre activitatea Prof. George Petrescu. Cu ocazia investirii sale ca Cetățean de onoare al municipiului Cluj-Napoca și al comunei natale Săcel s-au făcut multe aprecieri frumoase.

Un articol valoros a apărut sub pana doctorului Felix Marian, intitulat: „Conferențiar

Dr. George Petrescu, pneumoftiziolog de renume, în volumul La început a fost Hipocrate, Editura Gutinul, Baia Mare, 1999.

O prezentare frumoasă exhaustivă a fost făcută și de distinsa doamnă Michaela Bocu. Această prezentare a fost intitulată „George Petrescu la 75 de ani: medicul, artistul plastic, cetățeanul” și a fost publicată în „Adevărul de Cluj”, 13-14 octombrie 2001.

Profesorul George Petrescu a apărut și în Dicționarul specialiștilor Who's Who în știința și tehnica românească, vol. I, Ediția 1, Editura Tehnică, București, 1995, pag. 278-279.

Senatul i-a acordat titlul de Conferențiar onorific drept recompensă pentru munca sa de o viață, făcută cu multă dăruire pentru oameni.

Înainte cu 10 zile de a deceda, Profesorul George Petrescu mi-a dat un telefon să mă roage ca să-i trimit un exemplar xerografiat din recenzia făcută de dânsul, la cartea „Kinetoterapia pacienților cu boala Parkinson”, exprimându-și bucuria și aprecierile frumoase în legătură cu această carte cu caracter practic, venind în ajutorul pacienților suferinzi de această boală gravă, degenerativă a sistemului nervos central. Avea un tonus psihic bun prin vocea sa la telefon.

A decedat în 3 septembrie 2010, fiind regretat de toți oamenii care l-au cunoscut și i-au apreciat munca sa devotată, neobosită și plină de dragoste și dăruire pentru a ajuta omul suferind de tuberculoză, ca și de alte afecțiuni pleuro-pulmonare, luptând în mod ferm și consecvent, în întreaga sa viață, împotriva creșterii mortalității pe plan mondial, cât și la noi în țară, a acestor afecțiuni

Oamenii l-au apreciat mult, pe lângă omenia sa, și pentru cultura vastă (demonstrată prin lecțiile exemplare ținute la Universitatea Populară din Cluj-Napoca) și pentru talentul său ca pictor, lucrând pe pânză în ulei sau executând lucrări de grafică și acuarelă.

Printre anunțurile publicate în ziarul „Făclia” cu ocazia decesului Conf. Dr. George Petrescu s-au numărat și cele din partea conducerii Universității de Medicină și Farmacie din Cluj-Napoca, din partea Asociației Maramureșenilor din Cluj-Napoca, din partea colectivului Spitalului Clinic de Ftiziologie „Leon Daniello” din Cluj-Napoca și din partea prietenilor și cunoscuților care l-au apreciat, stimat și iubit.

Profesorul George Petrescu va rămâne de aci înainte mereu în memoria noastră, primind lumina veșnică a eternității.

Necroza aseptica de cap femural, tratata prin acupunctura

Dr Marius Dan Pop – Baia Mare

O altă temă medicală, care din punctul de vedere al medicinei occidentale, beneficiază de tratamente cu rezultate modeste, care duc inevitabil la protezarea articulației coxofemorale interesate.

Cauzele unei astfel de afecțiuni sunt idiopatice. De obicei durerea lancinantă apare în plina stare de sănătate.

În alte cazuri însă, necroza aseptică de cap femural apare datorită unor traumatisme.

Și într-un caz și în altul problema pacientului trebuie rezolvată.

Nu o să insistăm în această prezentare pe tratamentele medicamentoase, specifice ortopediei, care oricum am lua-o tot paleative se numesc.

Pe lângă infiltrațiile cu Dipropfos, care distrug și ultima rezistență osoasă locală, măcinând practic osul și așa lipsit de vascularizație, se mai citează intervenții chirurgicale de grefare a porțiunii afectate cu fragmente de os sănătos, de obicei recoltate de la aceeași

persoană afectată, dar și de grefe de la donator, unde apar destul de frecvent fenomene de respingere, ca non self.

Ca și conduită terapeutică, se ia în primul rând decizia protecției articulației coxo femurale interesate. Pacientul folosește carje și da repausul necesar refacerii articulației.

În cariera mea de medic de medicină tradițională chineză, am întâlnit mai multe cazuri de necroză aseptică de cap femural, toate au beneficiat de tratament acupunctiv ținut pe articulația afectată, dar și folosind puncte la distanță, conforme cu filozofia chineză.

În toate cazurile evoluția pacienților a fost neașteptat de bună, procentajul de videcare al articulației, atât clinic cât și radiologic apropiindu-se de remisie totală

Acum câteva noțiuni de filozofie medicală chineză fără de care nu se poate începe tratamentul acupunctiv.

Osul este considerat de medicina chineză ca aparținând de energia organului energetic rinichi.

Acesta are doua componente una de energie Yin și alta de energie Yang. La acestea se adaugă și energia ancestrală a genitorilor.

Perturbări în fluxul energetic enunțat mai sus duc în grade diferite la afecțiuni ale osului, care culminează cu întreruperea fluxului și a vascularizației osoase a capului femural ducând la ceea ce numim Necroza aseptică de cap femural.

Din acest moment, intervenția medicului acupuncturist devine salvatoare.

În toate cazurile tratate și acestea sunt în număr de 20, simptomatologia se remite de la primele ședințe. Durerea este dominantă, cu impotență funcțională.

De asemeni, calmarea durerilor este dublată de îmbunătățirea imaginilor radiologice, treptat până la remisie totală.

Aceste cazuri au fost prezentate la serviciul radiologic atât înainte, cât și după tratamentul acupunctiv, iar rezultatele radiologice au fost relevante, pe lângă remisii clinice indubitabile.

Un caz aparte a fost cel al unei sportive de lot național la gimnastică, care beneficiind de tratamentul de recuperare, acupunctivă, și-a reluat activitatea sportivă, dar la nu la performanțele obținute anterior.

Pentru puținii cunosători într-ale acupuncturii menționam aici și câteva puncte și meridiane energetice folosite cu mult succes.

Cele mai multe puncte folosite au fost extrameridian, puncte care au folosit la penetrarea articulației coxo femurale cu ace fine, până la nivelul membranei sinoviale. Prin excitarea mecanică a acesteia, asemeni unei păsări din deltă care atinge suprafața apei, membrana sinovială secretă din nou lichid sinovial, facilitând rotația capului femural, în toate axele biomecanice specifice articulației respective.

Reluarea vascularizației în zona afectată se datorează, folosirii punctelor de asentiment situate în zona dorsală, Ghesu, responsabilă cu apariția unei noi vascularizații în zonă.

Un alt punct important este Huantiao, VB21, responsabil cu stimularea terminațiilor nervului sciatic omonim.

Alte puncte importante sunt tot de pe meridianul energetic al vezicii biliare, VB 31 și VB 34 Yanglingquan responsabile de întreaga vascularizație a membrului inferior.

Toate cele prezentate până acum referitor la tratamentul prin acupunctură par a fi desprinse din tabloul unei cărți de aventuri science fiction. Dar oare câte din previziunile vizionarilor nu au ajuns astăzi realități.

Toate aceste informații pot fi înțelese doar dacă depășim teoriile retrograde ale materialismului și ale mecanicismului, și privim totul în ansamblul fizicii cuantice, ale energiilor organismului.

Rând pe rând afecțiuni nerezolvate ieri, devin azi finalizate pozitiv, doar iscodind tehnicile uitate ale civilizațiilor antice.

DESCHIDE, UȘA CREȘTINE

**Deschide ușa, creștine,
Deschide ușa, creștine
Că venim din nou la tine,
Că venim din nou la tine.**

**Drumu-i greu și-am obosit,
De departe am venit
Și la Viflaim am fost
Unde s-a născut Hristos.**

**Și-am văzut și pe-a Sa Mamă,
Pe care Maria-o cheama,
Cum umbla din casă-n casă
Ca pe Fiul Sfânt să-L nască**

**Umbla-n jos și umbla-n sus
Ca să nască pe Isus,
Umbla-sus și umbla-n jos
Ca să nască pe Hristos.**

**Cete de îngeri coboară
Staulul de-l înconjoară,
Îngerii cu flori în mână
Împletesc mândră cunună.**

**Pe cunună-i scris frumos:
Astăzi s-a născut Hristos,
Care cu puterea Sa
Mântui-va El lumea**

IA, SCULAȚI, BOIERI MARI!

**Ia sculați, boieri mari, Florile dalbe (bis)
Sculați voi, români plugari,
Că vă vin colindători
Noaptea pe la cântători.**

**Și v-aduc un Dumnezeu.
Să vă mântuie de rău;
Un Dumnezeu nou-născut
Cu flori de crin învăscut,**

**Dumnezeu adevărat,
Soare-n raze luminat
Sculați, sculați, boieri mari,
Sculați, voi, români plugari,**

Că pe cer s-a arătat
Un luceafăr de-mpărat,
Stea comată, strălucită,
Pentru fericiri menită.

Iată lumea că-nflorește,
Pământul că-ntinerește,
Cânt prin luncă turturele,
La fereastră rândunele.

Și-un porumb frumos, leit,
Dinspre apus a venit,
Floare albă a adus,
Și la căpătâi s-a pus.

El vă zice să trăiți
Întru mulți ani fericiți
Și ca pomii să-nfloriți
Și ca ei să-mbătrâniți!

MARAMUREȘENI ÎN DICȚIONARUL CHIRURGILOR ROMÂNI

Dr. Felix MARIAN
Baia Mare

În urmă cu câteva luni a apărut o carte unică în arealul publicistic medical românesc: “Dicționarul chirurgilor români” sub redacția prof.dr. Vasile Sârbu – președintele Societății Române de Chirurgie și a prof.dr. Florian Popa – rectorul UMF “Carol Davila” București, sub auspiciile Academiei Române - Secția de Științe Medicale și a Academiei de Științe Medicale condusă de acad. Laurențiu Popescu, la Editura Universitară “Carol Davila” București.

Este o lucrare monumentală în trei volume totalizând peste 1800 de pagini, care încearcă și în mare măsură reușește să prezinte biografiile slujitorilor de seamă ai specialităților chirurgicale “din tot spațiul românesc de la Baia Mare până la Chișinău, de la Suceava până la Severin, de la Oradea până la Constanța și Cernăuți” după cum caracterizează autorii acest dicționar.

Sunt cuprinși mii de oameni, care au practicat în trecut sau în prezent meseria de chirurg, majoritatea generaliști, dar și mulți în specialitățile conexe: toracic, urolog, neurochirurg, plastician, ginecolog, ORL, cardio-vascular, maxilo-facial, ortoped, pediatru, oftamolog, ș.a.

Parcurgând cu atenție cele trei volume se remarcă faptul că un loc binemeritat îl ocupă peste 120 de chirurghi de toate specialitățile din trecut și din zilele noastre, care-și au originea sau au lucrat în Maramureș. Întâlnim nume de prestigiu, binecunoscute nu numai în această zonă, dar chiar și pe alte meleaguri, cum ar fi: Prof. Dr. Nicu Ghergulescu – ilustru ortoped la Cluj, Prof. Dr. Emil Gherman, care a activat și în Maramureș, Conf. Dr. Ioan Bodea, născut în Țara Lăpușului, ajuns în Timișoara la Catedra de ORL sau Conf. Univ. Dr. Vasile Pop din Pribilești – cu o îndelungată activitate la Tîrgu Mureș – disciplina ORL.

Tot din generațiile mai vechi se remarcă: Dr. Virgil Crișan – remarcabil neurochirurg, care și-a desfășurat activitatea și la Sighetu Marmației, Dr. Bazil Perția, binecunoscutul chirurg din Baia Mare, Dr. Sever Rocsin – director al Spitalului sighetean și un renumit chirurg, Dr. Nicolae Rușdea – chirurg toracic, ani îndelungați conducător al Spitalului de Boli Pulmonare din Baia Mare, Dr. Ivan Bugov – un foarte bun specialist ORL din Baia Mare, Dr. Iuliu Dunca – ginecolog și Dr. Zoe Dunca – oftamolog din Sighetu Marmației, Dr. Radu Gherman – binecunoscut chirurg din Baia Mare, Dr. Vasile Rus -remarcabil ortoped baimărean, ca și Dr. Iuliu Pop – unul din vechii chirurghi care a lucrat la Baia Mare ani îndelungați. Și lista ar putea continua.

Dar Dicționarul prezintă bineînțelele și foarte mulți chirurghi din Maramureșul zilelor noastre, care au devenit cunoscuți și apreciați, ei ducând mai departe, în toate specialitățile chirurgicale, bunul renume și realizările înaintașilor. Ei constituie în același timp și un model demn de urmat pentru generațiile viitoare ale acestei discipline considerată a fi una dintre cele mai pasionante, mai consumptive și mai plină de satisfacții dintre profesioni.

REVISTA ROMÂNĂ DE BIOETICĂ NR. 3/2010

Dr. Felix Marian – Baia Mare

„Dreptul la sănătate: de la vulnerabilitate la protecție” se intitulează editorialul revistei și este semnat de As. Univ. Dr. Mihaela Cătălina Vicol (Iași).

Menționăm articolul „Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului. România. Finanțarea, organizarea și politica medicamentului. Soluții” (II) are ca autori pe prof. Dr. Cristian Vlădescu (Timișoara), Prof. Dr. Vasile Astărăstoae (Iași), Dr. Silvia Gabriela Scîntee (București). Deasemeni materialul: „Corelații privind creșterea economică și evoluția costurilor aferente maladiilor cronice” realizat de Prof. Dr. Grigore Tinică (Iași), prof. Dr. Ionel Bostan (Suceava), și Asist. Univ. Dr. Veronica Grosu (Suceava).

Vom mai releva articolul „ Conceptul de „demnitate” a ființei umane în bioetică și biodrept (II)” semnat de Prof. Dr. Aurora Ciucă (Iași), precum și „Bioetica și identitatea persoanei umane” autori: Prof. Dr. Mircea Gelu Buta (Cluj), Prof. Dr. Pavel Chirilă (Craiova) și Conf. Dr. Adina Rebeleanu (Cluj) ca și materialul „Stadiul implementării Legii privind Drepturile pacienților din Croația – studiu pilot” realizat de Dr. Ana Borovecki (Zagreb), dr. Sanja Babic-Bosanac (Zagreb) și dr. Henk ten Have (Olanda).

Dintre celelalte articole vom enumera: „ Percepția conceptului de drepturi ale pacienților în Turcia. Exemple din presă” – autori: Dr. Cemal Huseyin Guvercin și Prof. Dr. Berna Arda (Ankara), apoi „ Cardiot stimularea permanentă și melanomul malign acromic metastazat: o dilemă etică?” semnat de un colectiv din Iași alcătuit din: Conf. Dr. V. Ambăruș, Dr. Mariana Floria, Șef lucrări Dr. C. Rezuș, Dr. Ioana Asiminoae, Dr. Iuliana Dumitriu, As. Univ. Dr. Mirela Ciutea, Prep. Univ. Dr. Codruța Bădescu, Dr. Felicia Crumpei, Conf. Dr. Lucian Miron.

În cuprinsul revistei mai găsim articolul „Pacientul cu diabet zaharat de tip 1 și hipertensiune arterială: provocări de abordare” realizat de Dr. Claudiu Cobuz (Iași) și Prof. Dr. Georgeta Datcu (Iași), precum și materialul „ Când „cancer” nu înseamnă „ moarte”: celula germinală testiculară” autori: As. Univ. Dr. M. Marinca, Conf. Dr. Lucian Miron, Dr. Andreea Marinca și Conf. Dr. Ingrith Miron (Iași).

Vom mai releva „ Probleme de etică în comunicarea cu pacientul oncologic” semnat Asist. Univ. Dr. Laura Mazilu, Conf. Dr. Zizi Niculescu, Șef lucrări Dr. Andra Iulia

Suceveanu, Asist. Univ. Dr. Adrian Paul Suceveanu, Șef lucr. Dr. Doina Tofolean și Șef lucr. Dr. Tatiana Adam, de asemeni materialul „Premize etice în dermatologie. Dermatoetica” autori: Dr. Laura Gheucă Solovăstru (Iași), George Sorin Tiplică (Iași), Dr. Diana Diaconu (București), Dr. Adelina Hărăț-Batog (Iași), Dr. Dan Vătă (Iași), Dr. Beatrice Ioan (Iași), precum și articolul „Etica în experimentarea pe animale” realizat de medic veterinar Bogdan Marinescu și medic veterinar Cristin Coman (București).

Vom menționa că și acest număr – ca de altfel și toate celelalte - a apărut în ediție bilingvă: română și engleză.

RĂSFOIND REVISTE MEDICALE

PAGINI MEDICALE BARLADENE NR. 152 – 153/2010

Dr. Felix Marian – Baia Mare

Editorialul din acest număr al prestigioasei reviste condusă de Dr. Nicu Botezatu se intitulează „Știința medicală între bioetica și biotehnologie” și este semnat de Dr. Valeriu Lupu. O remarcă specială pentru rubrica devenita permanentă „Pilula la ceas de veghe” realizată de Dr. Nicolae Botezatu având ca subiect „Știința și morala”. Vom mai evoca studiul „Teoriile științifice medicale ale secolului XIX” având ca autori pe Dr. Valeriu Ardeleanu, Dr. Gica-Rumina Chebac, Dr. Ștefan Chicoș (Galați). Menționăm apoi articolul „Hipertensiunea arterială, Stroke-ul și riscul dezvoltării demenței” realizat de Dr. Iustinian Gr. Zegreanu (Cluj), precum și „Infecții nosocomiale” – autoare Dr. Doina Carmen Manciu (Iași).

Dintre celelalte materiale de specialitate vom releva: „Factorii de risc implicați în geneza leziunilor preinvazive ale colului uterin” alcătuit de un colectiv format din Dr. Cornelia Elena Pascu, Dr. Anca Brăila și Dr. Mihai Brăilă (Craiova). De asemeni mai menționăm articolul „Specificitatea și sensibilitatea modificărilor minore colposcopice în diagnosticul leziunilor precanceroase ale colului uterin” având ca autori aceași tripletă olteană.

„Biblioteca medicală” cuprinde o serie de noi apariții: „Istoria fiziologiei, biochimiei și biofizicii” – vol. I, (Conf. Dr. Cristian Bârsu), „Reconversiunea duodenului” (Prof. Dr. Al. Ionescu), „Medicina Internă” – ediția a III-a (Dr. Leonard Domnișoru), „Kinetoterapia pacienților cu boala Parkinson” (Dr. Marilena Kory Mercea, Prof. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu), „Momente din istoria ortopediei” ediția a II – a (Prof. Dr. Dan V Poenaru) precum și două volume având același titlu „Urgențe în endocrinologie”, dar doi autori diferiți (Prof. Dr. Carmen Vulpoiu și Prof. Dr. Eduard Circo).

Grupajul „Medicină și literatură” reunește câteva volume de literatură apărute în ultima perioadă cum ar fi: „Previziuni științifice în opera lui Eminescu” (Dr. Virgil Ene), „Reîntregirea” (Prof. Univ. Ion Gherman), „Arta fericirii în secolul XXI” (Carmen Tudor), „Cristale de Bucovina” (Dr. Ioan Iețcu, Dr. Elisabeta Strugariu, Dr. Simina Rădășan, Dr. Gheorghe Simionca, Dr. Vlad Rădășan, Dr. Alina Bardan-Strugariu), „Select clubul personalităților din Oltenia” (Emilia Popescu-Diculescu, Martin Popescu-Diculescu, Ana Teodorescu), „Odiseea unei pasiuni” (Dr. Ionel Câmpeanu).

Vom mai evidenția amplul material privind „Donația Marcel Guguianu – O moștenire culturală pentru bârlădeni - II” purtând semnătura Nicoletei Arnăutu.

Revista mai cuprinde și versuri ale unor poeți dintre care amintim: S. Esenin, Nicolae Gorun, Claudia Voiculescu, Liliana Grădinaru, Petruș Andrei. O mențiune pentru articolul semnat de Dr. Victor Lotreanu „În vizită pe coasta de vest a Turciei”.

Sunt recenzate câteva reviste apărute mai recent: „Revista Medico-Chirurgicală” nr. 1/2010, Acta Neurologica Transilvaniae” nr. 1 - 2/2010, „Maramureșul Medical” nr. 41/2010,

„Clujul Medical” nr. 3/2010.

În final două materiale omagiale: „In memoriam” – Prof. Dr. Eusebie Zbranca” – clinician de excepție din Iași, semnat de Prof. Dr. Eugen Târcoveanu și „Stejarul dimineții noastre” închinat renumitului medic din Chișinău Prof. Dr. Nicolae Testemițanu propus membru de onoare post-mortem al Academiei de Științe a Republicii Moldova (semnat de Acad. Gheorghe Ghidirn).

Șocul anafilactic medicamentos; simptomatologie și tratament

Dr. Gheorghe Pop
Baia Mare

Șocul anafilactic apare în cursul reacțiilor alergice imediate, grave, încadrat în tipul I de reacții alergice, în clasificarea Combs și Gel. Reacția are ca urmare eliberarea de substanțe biologice active: histamină, SRS-A, serotonine, kinine. Aceste substanțe produc o creștere bruscă a permeabilității capilare, contracția mușchilor netezi și uneori a vasodilatației. În șocul anafilactic se produce o oxidare mare de lichid, în interstițiu care alături de vasodilatație determină prăbușirea tensiunii arteriale care poate fi responsabilă de moartea bolnavului.

Simptomatologie

Manifestări cutanate- cel mai frecvent întâlnite sunt erupțiile cu caracter acut, de diferite forme și dimensiuni ca: eriteme difuze, însoțite sau nu de prurit urticarie și edeme angioneurotice.

Manifestări respiratorii pot realiza, în cazurile grave, edem laringian, sindromul de insuficiență respiratorie acută sau în cazurile ușoare și de gravitate medie, criză de dispnee paroxistică de tip astmatic, provocate de bronhoconstrucție.

Tulburări cardiovasculare se caracterizează în esență prin: hipotensiune arterială constant prezentă în șocul anafilactic. Tensiunea arterială se prăbușește de multe ori brutal, pulsul tahicardic devine repede imperceptibil, zgomotele cardiace se asurzesc.

Se instalează o hipotermie constantă. Paloarea inițială este înlocuită de cianoză.

Tulburări clinice, nervoase, variază de la starea, de anxietate, acufene și vertiji, până la tulburarea stării de conștiență, cu stupoare, obnubilare și comă, în cazurile grave.

Tulburări digestive se instalează tot atât de rapid ca și cele descrise până acum. Bolnavii prezintă greață, vărsături uneori dureri abdominale violente, însoțite de diaree care, în rare cazuri, poate lua aspect hemoragic. Mai rar bolnavul pierde fecale și urină.

Sindromul biologic merge cu plasmoragie, leucopenie, eozinofilia nu este prezentă în toate cazurile. Rareori, la bolnavii la care se instalează purpura, se poate evidenția o trombocitopenie.

Manifestări electrocardiografice din cursul reacțiilor alergice imediate, grave, constau în supra sau subdenivelarea segmentului ST, aplatizarea sau inversarea undelor T ca și apariția unor tulburări de ritm, ca fibrilația atrială, ritmul extrasistolele, etc.

Reacția anafilactică cunoscută majoră, poate îmbrăca însă pe lângă aspectul cunoscut al șocului anafilactic de severitate maximă sau medie și forma de șoc anafilactic minim, stare care, de cele mai multe ori se trece cu vederea. Semnele de suferință (ca cele descrise mai sus) din partea organelor și aparatelor amintite, izolate sau în asociere dar de intensitate mică, durată scurtă și în prezența unor tulburări hemodinamice puțin zgomotoase, realizează tabloul clinic al șocului anafilactic frust.

Diagnosticarea acestuia, prezintă aceeași importanță și responsabilitate, deoarece în cazul șocului anafilactic medicamentos, repetarea medicamentului va declanșa șocul anafilactic medicamentos sever, posibil fatal. În raport cu predominanța anumitor semne și simptome, șocul anafilactic poate îmbrăca, mai multe forme clinice, importante de cunoscut, pentru evitarea confuziilor diagnostice.

Când predomină simptomatologia digestivă, suntem tentați să punem diagnostic de afecțiune abdominală acută sau de intoxicație. În alte cazuri predomină simptomatologia nervoasă (comă brutală, crize epileptice) precedate de o stare de rău, alteori cea de tip respirator sau cutanat. Este important de remarcat, de asemenea existența șocului anafilactic cu fenomene cardiovasculare în care brutalitatea instalării colapsului vascular nu mai permite manifestarea altor simptome.

Prevenirea șocului anafilactic

Șocul anafilactic poate fi prevenit prin următoarele măsuri:

Măsuri cu caracter general

Evitarea tratamentelor inutile (mai ales la persoane alergice)

Interzicerea aplicării locale de penicilină, (pomezi, paste, creme, pulberi, aerosoli, etc), renunțarea la asocierea șablon penicilină+streptomicină (riscul de sensibilizare se dublează) evitarea pe cât posibil a procain-penicilinei (efitard), în care caz șocul anafilactic poate apărea la procaină.

Măsuri cu caracter special individual (în scopul prevenirii șocului anafilactic la bolnavii deja sensibilizați: se va depista prin anamneză existența eventuală a unei sensibilizări anterioare, pe diferite căi la aceste antibiotice, în caz afirmativ penicilina va fi înlocuită cu alt antibiotic din altă grupă chimică, dar cu o activitate asemănătoare, ex. eritromicina.

Dacă totuși aceste antibiotice sunt foarte necesare pentru terapie, ca de ex., penicilina în endocardită lentă sau streptomicină în tuberculoză, se poate testa existența stării de sensibilizare prin următoarele probe:

1.Proba percutană: se aplică o picătură de penicilină(sau de streptomicină) diluată 1000 u/ml (în cazul streptomicinei, 1g = 1.000.000 u) peste o fină scarificație dermică (care nu a produs sângerare). Numai dacă proba percutană este negativă se ia proba intradermică: se citește la 15-30 de minute în cazul alergiei imediate, (tip I) și la 24 de ore la reacțiile de tip întârziat.

2. Proba intradermică: se injectează 0,2 ml, conținând 1000 u/ml de penicilină sau streptomicină. Aceste teste se efectuează cu maximă prudență, deoarece proba intradermică poate determina apariția unui șoc anafilactic, la bolnavii intens sensibilizați. Dacă rezultatul testării este pozitiv, se poate încerca desensibilizarea prin introducerea de cantități mici repetate, în doze crescânde de antibiotic, după procedeul folosit în desensibilizarea, la serul eterolog de cal. Este recomandabil ca orice injectare de penicilină sau streptomicină, la un

bolnav care a mai fost tratat anterior, în repetate rânduri, cu aceste antibiotice, să fie făcut pentru început în coapsă sau în braț (nu în fesă) spre a permite, în cazul instalării unui șoc anafilactic, aplicarea unui garou care să oprească resorbția.

Tratamentul șocului

Șocul anafilactic, la unele medicamente (penicilina, streptomina, procaine, aspirina, etc.) apare brusc la 15 secunde- 5 minute, după injectarea medicamentului, cu stare de rău general, agitație, dispnee (prin bromospasm, și laringospasm, uneori cu crize de asfixie (edem glotic), palpitații și instalarea rapidă a stării de colaps (prăbușirea tensiunii arteriale, răcirea extremităților, cianoză).

În fața tabloului clinic de mai sus, se iau, cu maximă rapiditate, următoarele măsuri:

a) Se întrerupe imediat injectarea medicamentului. În cazul în care inocularea alergenului s-a făcut la nivelul membrelor superioare sau inferioare, prin injecții subcutanate sau intramusculare, se aplică garouri deasupra locului inoculării. Garoul trebuie suprimat 2-3 minute, la intervale de 10-15 minute pentru evitarea efectelor nedorite ale stazei venoase.

b) Așezarea bolnavului în poziție Trendelenburg, ``în poziție de șoc`` trebuie executată rapid, pentru a împiedica ischemia și leziunile cerebrale ireversibile. Bolnavul este degajat de haine, într-o cameră cu ferestre deschise, cu extremitățile inferioare acoperite cu o pătură.

c) Concomitent, se injectează subcutanat; o fiolă de adrenalină 1% (1mg) și intravenos, o fiolă de efedrină și una de aminofilină (Miofilin), după care se introduc 200 mg de hemisuccinat de hidrocortizon.

Adrenalina este medicamentul de elecție în șocul anafilactic și administrarea ei este obligatorie, în șocul anafilactic cu prăbușirea tensiunii arteriale (când nu sunt contraindicații majore), substituirea ei cu antihistaminice de sinteză constituind o eroare medicală. Adrenalina împiedică eliberarea ulterioară de histamină și antagonizează acțiunea mediatorilor chimici la nivelul receptorilor terminali de organe. Administrarea intravenoasă în doză de 0,3-0,5 ml din soluția 1:1000 este rezervată cazurilor cu hipotensiune severă și se diluează 10 ml ser fiziologic, injectat lent 1 ml/minut. Dacă tulburările clinice persistă se va repeta administrarea după 10-15 minute. Dacă nici după repetarea dozei inițiale valorile tensiunii arteriale nu depășesc 90 mmHg, atunci se administrează noradrenalina (noradrenalina), în perfuzie intravenoasă continuă, o fiolă de 4 la 1000 sau 2 fiole de 2 la 1000 (adică 4-6 micrograme de noradrenalină) sub controlul tensiunii arteriale care trebuie menținută la valori de 100 mmHg (t.a.maximă).

d) Perfuzie intravenoasă rapidă continuă cu hemisuccinat de hidrocortizon, în doză de 500-1000 mg (20-40 fiole a 25 mg) din care 100 ca doză de atac- deci 4 fiole odată. Dacă administrată inițial adrenalina, urmată de perfuzia de noradrenalină, nu reușește să redreseze tensiunea arterială sau nu o stabilizează atunci este necesară creșterea volemiei prin perfuzia de substituenți coloidal de plasmă: Dexiran 70 în cantitate de 500-1000 ml, la care se adaugă o cantitate dublă sau triplă de ser glucozat 5%. Înlocuitorii de plasmă sunt necesari îndeosebi în acele cazuri care evoluează cu creșterea masivă a permeabilității capilare, cu extravazarea unei cantități mari de lichid plasmatic și cu hipovolemie marcată.

Oxigenul se administrează pe sondă nazală în doză de 6-8 l/minut îndeosebi în cazurile care evoluează cu cianoză.

Traheostomia- în caz de edem laringian

Antihistaminicele, au o importanță secundară în tratamentul șocului anafilactic, efectele lor având rol preventiv și nu curativ.

Prometazinat i.muscular 50 mg (romergan una fiolă);

Feniramin i. venos 50 mg(una fiolă).

Medicamente cu efect bronhodilatator

Novodrin de zece ori mai activ ca adrenalina.

Bronhodilatatin- coresp. românesc 1 tableta la 3 ore se sugerează sublingual. Spray de 4 -6 ori în 24 de ore; Asmopent, Alupent este mai slab, dar durata de acțiune este mai lungă.

Întrebuințarea nerațională a cortizonicelor predispozează la numeroase și, uneori, foarte grave accidente: decalcifierea scheletului care duce la fracturi spontane, retenție de apă și sare (ca urmare apar edemele), diabet cortizonic, ulcere gastrice și duodenale sau perforații ale acestor ulcere dacă le-au avut anterior tratamentul, hipertensiune arterială, crampe musculare, labilitate nervoasă etc

Cortizonul scade puterea de apărare a organismului, predispozează la infecții, întârzie cicatrizarea rănilor. Aportul continuu de cortizon inhibă glandele suprarenale, care nu mai fabrică cortizon propriu și cu timpul se atrofiază. Corticodependentul trebuie să-și suplinească deci, necesarul de cortizon prin medicație luată zilnic.

În mod obligatoriu cei care fac tratament cu medicamente care în orice moment pot provoca șoc anafilactic, sau dispensarul policlinic este obligat să fie dotat cu următoarea trusă pentru deșocare:

- aparat de tensiune
- seringi și ace sterile
- garou, vată, alcool
- 2 fiole de adrenalină 1 la 1000
- 2 fiole de efedrină
- 2 fiole de aminofilină (miofilin)
- 8 fiole a 25 mg de hemisuccinat de hidro cortizon
- pulverizator pentru aerosoli cu nafazolină (rinofug) sau o altă substanță care lizează, laringo- și bronhospasmul (Alupent, Bronhodilatatin)
- perfuzor steril din material plastic
- pungi de plastic închise cu soluții sterile electrolitice și înlocuitori de plasmă
- sondă sterilă pentru instituirea rapidă a oxigenoterapiei
- mască pentru respirație gură la gură
- fiole de noradrenalină (Norartrinal).

Medicamentul care a declanșat șocul nu va mai fi administrat niciodată, sub nici un motiv, bolnavului respectiv.

Vaccinurile, un miracol al științei medicale

Dr. Valer Dragoș
Medic primar – Baia Mare

Vaccinarea a reprezentat, la o anumită vreme, și reprezintă și acum, un miracol al științei medicale. Importanța vaccinurilor este copleșitoare în patologia umană. Fără vaccinuri am fi complet descoperiți în fața multor agresiuni microbiene și nu numai microbiene. Acest miracol salvează, zilnic pe tot globul pământesc, milioane de vieți omenești.

A nu accepta efectuarea acestui gest de procedură medicală este un act de mare iresponsabilitate.

Drumul parcurs, a fost plin de riscuri, eșecuri, și putem spune fără a greși, chiar de jertfe umane.

Nimic nu ilustrează mai pregnant, și în același timp mai dureros, valoarea preventivă a vaccinurilor, decât faptul că în regiunile sărace, acolo unde profilaxia este un deziderat, mortalitatea, în special cea infantilă este greu de imaginat. Ar fi suficient ca toți copiii să fie vaccinați pentru a salva milioane de vieți. Anual. Prețul ar fi derizoriu.

Copiii lumii ar trebui vaccinați! Toți. Dar numai o mica parte dintre copiii țărilor sărace, sunt protejați contra infecțiilor, prin vaccinuri. Este intolerabil ca în fiecare zi, să moară mii de copii, uciși de infecții banale.

Vaccinul modern a fost marea realizare a lui Pasteur. Lumea îi datorează enorm acestui om. A imaginat metode de o simplitate genială. De altfel majoritatea ideilor cu consecințe imense au fost idei simple!

Cu toate succesele imense realizate, există preocupări pentru îmbunătățirea calității vaccinurilor și extinderea utilizării lor. Medicina a experimentat și trebuie să experimenteze, aproape constant, din necesitate.

Astăzi se simte tot mai mult nevoia de noi generații de vaccinuri. Dar realizarea lor cere alte concepții și alte tehnologii. Se tinde spre introducerea în practica medicală a vaccinurilor sintetice!

Din nou medicina este obligată să exploreze alte zone ale patologiei umane.

Dacă vom reuși să producem vaccinuri împotriva tuturor bolilor infecțioase, dar nu numai a celor infecțioase, vom demonstra Universului că ne gândim la viitorul nostru.

Progresele realizate sunt încurajatoare, în acest sens. Iată că astăzi a venit rândul cancerului, boala necrutătoare să fie înfrântă prin vaccinare. Ma refer la cancerul de col uterin a cărui prevenire se pare că poate fi făcută prin acest miracol care se numește vaccinarea.

Miracolele științei medicale moderne, depășesc cu mult, miracolele mitologiei antice. Iar vaccinurile și salvarea nenumăratelor vieți prin vaccinare, este unul din campurile miracolelor.

MANIFESTĂRI ȘTIINȚIFICE

Oameni Rari și Bolile Rare: A doua Conferință Est-Europeană privind Sindromul Prader Willi

Dr. Dorin Triff,
Spitalul Județean de Urgență “Dr. Constantin Opriș”, Baia Mare

A doua Conferință Est-Europeană privind Sindromul Prader Willi s-a desfășurat pe parcursul a două zile, în perioada 29- 30 octombrie în Zalău, la Grand Hotel Severus urmând la un an după Prima Conferință Est-Europeană privind sindromul Prader Willi care a avut loc în Timișoara.

A fost de fapt mai mult decât o conferință est europeană. Fiind organizată de către Asociația Prader Willi din România în parteneriat cu Organizația Internațională Prader Willi, Asociația Prader Willi Norvegia, Centrul de Boli Rare Frambu – Norvegia și Catedra de Genetică Medicală a Universității de Medicină și Farmacie V. Babeș Timișoara, a reunit participanți din România, Norvegia, Italia, Franța, Marea Britanie, Danemarca, Germania și Slovacia, specialiști în domeniul maladiilor genetice rare, profesori și conferențieri universitari, alte cadre didactice, medici, asistenți sociali, asistente medicale, psihologi și pacienți, părinți și copii lor din 13 țări. “Un oraș nu foarte mare dar care are oameni cu suflet mare” după cum ramarca la ceremonia de deschidere, prefectul județului Sălaj, Vegh Alexandru care a acordat președintelui Asociației Prader Willi România, Dorica Dan, diploma de excelență pentru toată activitatea sa în găsirea de soluții pentru ameliorarea suferinței persoanelor care suferă de boli rare.

Propria experiență de viață, de a avea un copil suferind de sindromul Prader Willi, a motivat-o pe Dorica Dan, folosind-o ca argument în lupta cu bolile rare. Depășindu-și prin implicare drama personală, a fost membru fondator, devenind președinte încă de la înființarea, în 2003, a Asociației Prader Willi din România. A urmat în 2005 primul Centru de Informare pentru Boli Genetice Rare la Zalău iar în 2007 înființarea Alianței Naționale pentru Boli Rare care reunește organizațiile de pacienți cu anumite boli rare. Din 2007 Dorica Dan a devenit membru în board-ul director al organizației EURORDIS – European

Organization for Rare Diseases, care are aproximativ 400 de organizații din Europa, și în board-ul IPWSO – International Prader Willi Syndrome Organization, în prezent fiind membru al Comitetului de Experți ai Comisiei Europene pentru bolile rare.

Discuțiile din cadrul conferinței s-au axat în principal pe abordarea științifică a aspectelor clinice, genetice și epigenetice, a dietelor și gestionării creșterii în greutate a bolnavilor, pe managementul zilnic al bolii, pe terapiile comportamentale și serviciile pentru pacienți existente în țările est și vest europene și nu în cele din urmă pe modalitățile prin care societatea poate să contribuie la creșterea calității vieții pentru persoanele diagnosticate cu boli rare. Tematica Conferinței a cuprins: 1. Aspecte particulare în Sindromul Prader Willi; 2. Abordarea interdisciplinară, 3. Workshop – Strategii pentru sănătate, 4. Schimbări pe parcursul vieții, 5. Exemple de bune practice. Experiența și practica în tratamentul și îngrijirea bolnavilor cu sindrom Prader Willi a fost prezentată de specialiști de la Institutul pentru Boli Rare “M. Baschirotto” (B.I.R.D.), Centrul de boli rare FRAMBU din Norvegia, Fundația “Acasă”- Centru de Recuperare Tratament și Îngrijire din Zalău. A fost prezentată evoluția, în baza Parteneriatului Norvegiano-Român pentru progres în bolile rare privind constituirea Centrului Pilot de Referință pentru Bolile Rare de la Zalău.



De menționat câțiva dintre invitații speciali, membri în boardul Organizației Internaționale Prader Willi care au expus lucrări: Dr. Antony Holland, Universitatea Cambridge, Marea Britanie: “Aspecte psihiatrice în PWS”, Hubert Soyer, Germania: “Rezultatele Conferinței de la Taipei”, Dr. Susanne Blichfeldt – Danemarca: Sănătatea generală în SPW, Giorgio Fornasier, Italia, CEO IPWSO: "Stiri de la Conferința IPWSO Taiwan, Mai 2010". Alături de aceștia printre numeroasele lucrări prezentate de către autorii români menționăm câteva: Prof. univ. Maria Puiu “Cercetări în Sindromul Prader Willi- Împreună cu și pentru pacienți”, Conf. Dr. Vlad Gorduza: “Abordarea citogenetică înainte și postnatal”, Conf. Corin Badiu: “Obezitatea în Sindromul Prader Willi”.

Pentru 2 zile, într-o familie din voluntari, specialiști și pacienți, s-a împărtășit experiența în privința acestei boli genetice, pentru a se putea oferi tratament, recuperare, sprijin și înțelegere, consiliere și acces la informații pentru ca “nimeni să nu mai fie singur”.

FILE DIN ISTORIA MEDICINEI

RECLAME DIN PERIOADA INTERBELICĂ

DR. Valentin Băințan -
medic de familie - Borșa
As. Ioana Băințan

Pentru sporirea numărului pacienților și implicit a veniturilor, timp de sute de ani, medicii au folosit diverse metode, dintre care cea mai utilizată se baza pe sistemul DICOTOMIEI - adică onorariile se împărțeau cu alți medici, farmacisti sau alte persoane care trimiteau pacienți: portarii hotelurilor, patronii restaurantelor și cafenelelor, chelnerii, infirmierele etc. De asemenea companii de pompe funebre plăteau o primă medicului care semnală iminența unui deces. Odată cu creșterea tirajului ziarelor reclama și-a găsit un loc propice în paginile acestora. De remarcat prezent marilor companii farmaceutice: SANDOZ, GEDEON-RICHTER, etc.

'CALCIUM „Sandoz“ este sarea de calcium al acidului gluconic și conține 9,3% Ca. — Având aceeași acțiune fiziologică și terapeutică, este de 4 ori mai puțin toxic decât clorura de calcium și nu produce necroze ale țesuturilor sau sclerozarea venelor, fiind astfel **injectabilă subcutan, intramuscular și intravenos**. Este cu totul insipid și se poate administra per os în băuturi calde sau apă rece.

Indicații: Toate indicațiile calciului.

Forme farmaceutice: Pulbere granulată, solubilă.

Fiole conținând 10 cmc. soluție sterilizată de Gluconat de calcium 10%.

Posologie: *Per os:* 1 linguriță cu vârf sau o lingură rasă, de 3 ori pe zi cu 1/2 oră înainte de masă.

Injectii: 1 injecție de 10 cmc. la fiecare 2-3 zile.

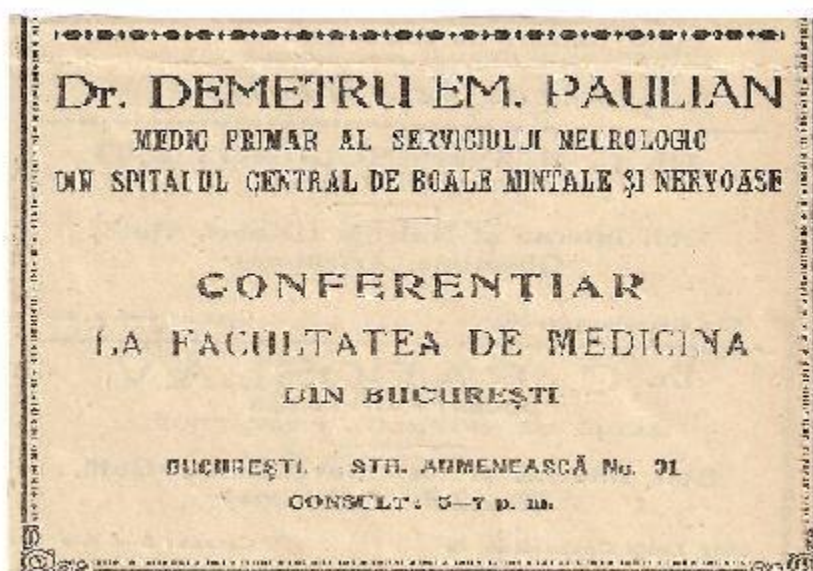
Fabricant:
Fabrique de Produits Chimiques ci-devant Sandoz
Basel (Elveția)

Representant:
OFICIUL ȘTIINȚIFIC SANDOZ, București
Str. Gr. Al. B. Sandrescu, 76. Telefon 223/02

Depozitari:
BUCUREȘTI, Drogh. D. Nestor, Calea Moșilor, 51.
BRAȘOV, Soc. „Amphora“

După un început onest, cum se vede și din reclama de mai jos, aparută în presa anilor 1920 (erau destui medici cu personalitate, care nu aveau nevoie de exagerări confirmând vechiul dicton "MULTI NOMINE MEDICI, RE PERPAUCI" - mulți sunt medici cu numele, puțini cei în fapt, reclama a luat un avânt extraordinar și așa cum îi stă bine unui popor plin de fantezie și inițiativă ca al nostru, curând s-a ajuns la situații ridicole care ar fi

facut-o invidioasa si pe „mama OMIDA”.



Dupa cum se vede lipseste „scoaterea argintului viu”

La inițiativa lui NICOLAE MINOVICI, COLEGIUL MEDICILOR a desfășurat un șir de acțiuni menite să contribuie la respectarea regulilor deontologice în ce privește reclama medicală. În ziarul „TIMPUL” din 18.02.1938 sunt publicate aceste norme:

- fiecare medic avea dreptul să aplice la locuința sa o singură firmă cu dimensiuni de maxim 40 x 20 cm, cu indicarea numelui, prenumelui, a specialității și a orelor de consultații;
- se interzicea înșiruirea afecțiunilor tratate, a metodelor folosite, botezarea cabinetelor cu nume pompoase (CLINICA, INSTITUT) sau denumirea acestora cu nume sugestive (TĂMADUIREA, VIAȚA, SĂNĂTATEA). Aceleași reglementări priveau și reclama în paginile ziarelor și revistelor.

FIBROMIALGIA 2010

Gabriela Ieremia¹, Raluca Alexandra Ieremia²

Fibromialgia este o condiție reumatologică caracterizată prin durere cronică generalizată și scăderea pragului dureros, cu hiperalgezie și alodinie. Asociază și alte suferințe, cum ar fi: oboseala, depresia, anxietatea, tulburările somnului, cefaleea, migrena, tulburările intestinale, urinare, durerile abdominale difuze (1). Progresele în înțelegerea aspectelor neuroendocrine și genetice din ultimii 10 ani stabilesc validitatea ideii că fibromialgia este o dezordine neurosenzitivă/ neuroendocrină, din grupul sindroamelor de senzitivitate centrală (CSS) alături de sindromul oboselei cronice, variate tipuri de cefalee, migrenă, sindromul intestinului iritabil, disfuncția temporomandibulară.



The Broken Column, Frida Kahlo

Frida Kahlo, celebră pictoriță din Mexic, a trăit de la vârsta de 18 ani cu simptome sugestive pentru fibromialgie, instalate după un accident de mașină, dar a pictat cu pasiune și determinare, cele mai multe autoportrete reflectând suferința violentă a propriului trup.

Numele de fibromialgie vine de la cuvintele fibro- însemnând țesuturi fibroase (tendoane și ligamente), myo- însemnând mușchi și algia-durere. FM nu cauzează durere sau tumefiere articulară, producând mai degrabă dureri în părțile moi, periarticular, la nivelul pielii, organelor.

Sinonime: fibrozită, sindrom fibromialgic, polienteziopatie, sindrom de durere difuză idiopatică, sindrom polialgic idiopatic difuz, etc. Cei mai folosiți termeni sunt fibromialgia și sindromul fibromialgic.

Fibromialgia poate exista independent sau în asociere cu alte condiții (2): boli autoimune reumatice (poliartrită reumatoidă, lupus eritematos sistemic, sindrom Sjogren, spondilartrite, alte boli ale țesutului conjunctiv), boala Lyme, HIV, hepatita cu virus C, hipotiroidia, anemia, afecțiuni neoplazice oculute, etc.

Efectele sociale, emoționale, economice și funcționale ale fibromialgiei sunt comparative cu acelea ale poliartritei reumatoide. Impactul socioeconomic al afecțiunii reiese din faptul că 1/3 din pacienți raportează schimbarea locului de muncă, diminuarea timpului de lucru, diminuarea șanselor de promovare în carieră sau în educație, a obținerii unui loc de muncă sau pierderea acestuia, cu impact direct asupra veniturilor, creșterea handicapului, impact

negativ asupra calității sociale și economice a vieții.

Simptomatologia fibromialgiei este dominată de durere, variabilă de la o persoană la alta, percepută în grade diferite, urmată de un simptom frecvent, oboseala (3). În adăție, există o serie de simptome și sindroame asociate frecvent cu fibromialgia, sugestive pentru diagnostic: redoarea corporală, cefaleea, durerile faciale, disfuncția temporo-mandibulară, depresia, anxietatea, dezordinile neurologice, confuzia vizuală, tulburările somnului, dezordinile cognitive, tulburările gastrointestinale, genitourinare, simptomele toracice, paresteziile în extremități, sensibilitatea senzorială, acuzele la nivelul pielii, mucoaselor (4).

Criteriile oficiale de diagnostic pentru fibromialgie au fost stabilite de Colegiul American de Reumatologie în 1990 (5) și includ:

Istoric de durere generalizată, cu durată de peste 3 luni, localizată în cele patru cadrante ale corpului, adică partea dreaptă, stângă, deasupra și sub centură, cu dureri scheletale axiale asociate (rahis cervical, partea anterioară a toracelui, rahis dorsal, lombar). În această definiție, lombalgia reprezintă segmentul inferior, iar durerea în umăr sau fesă corespunde unei părți a corpului.

Durere în 11 din 18 puncte sensibile (fig.1) la palparea digitală, cu o forță de aprox. 4 kg/cm², ceea ce în absența unui dolorimetru corespunde albirii pulpei unghiei examinatorului. Localizarea anatomică a punctelor sensibile este următoarea:

- occipital: bilateral, la inserția mușchiului suboccipital;
- cervical inferior: bilateral, la proiecția anterioară a spațiilor intertransverse C5-C7;
- trapez: bilateral, la mijlocul marginii superioare;
- supraspinos: bilateral, la originea mușchiului, deasupra spinei scapulei, lângă marginea medială;
- coasta a doua: bilateral, la a doua articulație costocondrală;
- epicondilul lateral: bilateral, 2 cm distal de epicondil;
- gluteal: bilateral, în cadranul fesier supero-extern;
- marele trohanter: bilateral, posterior de proeminența trohanteriană;
- genunchi: bilateral, pe fața medială, în țesutul gras, lângă interliniul articular.

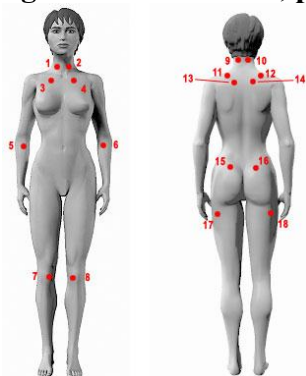


Figura 1.

Criteriile ACR reprezintă de fapt un sistem de clasificare, care asigură o sensibilitate de 88,6% și o specificitate de 81,1%, oferind un nivel acceptabil de acuratețe a diagnosticului.

Conform primului set de criterii de diagnostic, publicat în urmă cu 20 ani de Colegiul American de Reumatologie, pentru a fi diagnosticați cu fibromialgie, pacienții trebuie să îndeplinească ambele criterii, adică: durere în cele patru cadrane ale corpului, pentru cel puțin 3 luni consecutiv și prezența a cel puțin 11 din cele 18 puncte dureroase asociate.

Criteriile de diagnostic din 1990 sunt criticabile din mai multe motive. Este cunoscut faptul că diagnosticul de fibromialgie este precizat de medicul de familie, medicul specialist reumatolog și în proporție foarte mică de alți specialiști. S-a observat că la nivelul cabinetului medicului de familie nu se face o analiză minuțioasă a punctelor dureroase, fie din lipsă de timp, fie din omisiune, fie din necunoaștere. Astfel, de cele mai multe ori, diagnosticul de fibromialgie este un diagnostic de „impresie”. În al doilea rând, criteriile nu iau în considerare și celelalte simptome ale fibromialgiei, precum oboseala, tulburările somnului, dereglările neuroendocrine, redoarea, depresia. Din cauza variabilității intensității

simptomelor în timp, o persoană cu fibromialgie poate întruni criteriile de diagnostic într-un anumit moment, dar se poate îndepărta de acesta câteva zile mai târziu. Prin aplicarea vechilor criterii se pierdeau aprox. 25% din pacienții cu forme ușoare de boală.

În mai 2010, Colegiul American de Reumatologie (ACR) a publicat o actualizare a raportului din 1990 privind diagnosticul de fibromialgie (6).

Deși ACR recunoaște încă importanța punctelor dureroase, noul raport minimalizează semnificația lor în procesul de diagnostic.

ACR a propus pentru diagnostic un nou parametru de cuantificare a durerii, WPI (widespread pain index), ce implică o verificare a 19 arii ale corpului. Dacă pacientul resimte durere într-o arie specifică în ultimele șapte zile, se acordă scorul 1. Scorurile se sumează până la un posibil scor total între 0-19.

Al doilea parametru propus este SS (scorul severității simptomului), ce apreciază severitatea simptomelor în patru categorii nelegate de durere (incluzând oboseala, problemele cognitive, tulburările somnului și simptomele somatice), pe o scală de la 0 la 3, până la un scor total de 12.

Cele două scoruri se iau în considerare la precizarea diagnosticului de fibromialgie. Criteriile de diagnostic sunt satisfăcute dacă una din situațiile de mai jos sunt întâlnite și datează de mai mult de trei luni:

- scorul WPI >7 și SS>5;
- scorul WPI între 3-6 și scorul SS>9.

Noile criterii au fost testate, cu rezultate promițătoare. Cercetătorii consideră că noul proces diagnostic va depista mult peste 88% din cazurile de fibromialgie.

Pe de altă parte, nu se poate infirma faptul că depistarea punctelor dureroase constituie o trăsătură definitorie a fibromialgiei. Noile criterii includ însă celelalte simptome asociate durerii, care vor fi folosite în special în evaluarea longitudinală a pacienților cu marcată variabilitate simptomatică. Formularea celor două scoruri a avut la bază un studiu multicentric, în care au fost observați 829 pacienți anterior diagnosticați cu fibromialgie, comparativ cu grupul de control constituit din pacienți cu boli reumatice noninflamatorii, utilizându-se examinarea fizică și interviurile pacienților.

Rămâne de demonstrat dacă schimbările sugerate în definirea fibromialgiei nu vor subsuma unele cazuri de sindrom de oboseală cronică.

Sindromul fibromialgic este frecvent, afectând 0,5-5% din populația generală și este a doua sau a treia boală în practica reumatologică. 80-90% din pacienți sunt femei (7).

Conform concluziilor specialiștilor Centrului de Medicină Comportamentală din Atlanta, formulate în august 2010 la cea de-a 118 Convenție Anuală a Asociației Americane de Psihologie, femeile au o experiență de durere mai îndelungată, mai intensă și mai frecventă decât bărbații (8).

Durerea este considerată cronică dacă depășește 6 luni sau mai mult și dacă cele mai multe opțiuni de tratament au fost inefficiente. Condițiile de durere cronică, mai frecvente la femei decât la bărbați, includ fibromialgia, sindromul colonului iritabil, poliartrita reumatoidă, migrena. Este plauzibil ca femeile să fie victimele a multiple condiții dureroase simultan, care pot conduce la distres psihologic important și dizabilitate. Hormonii pot avea un rol important în diferențele între condițiile dureroase la cele două sexe. Estrogenul joacă sigur un rol în condiții precum migrena. Există diferențe și la pubertate, fetele experimentând frecvent dureri de cauze diverse. Percepția durerii este diferită în funcție de fazele ciclului menstrual la femeile cu durere cronică. De exemplu, durerea temporo-mandibulară (TDJ) este amplificată în perioada premenstruală și în timpul menstruelor. Există diferențe între cele două sexe și în ceea ce privește răspunsul la terapia analgezică și efectele secundare ale terapiilor. Dacă diferențele genetice și hormonale sunt determinantele ce conduc la diferențele legate de durere la cele două sexe, factorii sociali și psihologici acționează ca factori

importanți modulatori.

In ceea ce privește relațiile pacienților cu durere cronică, se pare că femeile sunt focusate pe aspectele emoționale ale durerii, în timp ce bărbații pe senzațiile fizice pe care le resimt.

Anul 2010 a adus date noi și în patogenia fibromialgiei.

Nivelele variabile ale neurotransmițătorului dopamină poate explica reducerile de materie cenușie la nivelul creierului la pacienții cu fibromialgie. Cercetările anterioare au confirmat asocierea între fibromialgie și reducerea materiei cenușii, dar cauza nu era cunoscută. In noul studiu, ale cărui rezultate au fost publicate în iunie 2010, s-a arătat că pacienții cu fibromialgie au o reducere semnificativă a materiei cenușii și există o corelație strânsă între nivelele metabolismului dopaminei și densitatea substanței cenușii în arii ale creierului unde dopamina este cunoscută a controla activitatea neurologică .

Studii avansate de imagistică (proton magnetic rezonance spectroscopy) sugerează că glutamatul (Glu), un neurotransmițător excitator cheie, poate fi prezent în concentrații crescute în creierul pacienților cu fibromialgie (9).Acest dezechilibru al neurotransmițătorului este prezent în numeroase regiuni ale creierului implicate în procesarea durerii. Totuși, nu s-a demonstrat dacă nivelele crescute ale glutamatului acționează la nivelul sinapsei. Sunt necesare investigații asupra acțiunii moleculare a glutamatului în fibromialgie și observarea acestor constatări în timpul tratamentului ce modulează neurotransmisia glutamatergică.

Obezitatea este legată de o creștere a riscului pentru fibromialgie, susțin rezultatele unui studiu publicat recent (10).Femeile ce practică exercițiile fizice de 4 ori pe săptămână au un risc cu 29% mai scăzut de a dezvolta fibromialgie, comparativ cu femeile inactive. Rezultate similare au fost găsite în analizarea informațiilor ce privesc frecvența, durata și intensitatea exercițiului fizic, femeile ce practică exerciții mai dificile având un risc scăzut pentru fibromialgie. Comparativ cu femeile cu greutate normală ce practică cel puțin 1 oră pe săptămână exercițiul fizic, femeile supraponderale sau obeze cu o activitate similară au un risc crescut pentru fibromialgie cu 72%. Există o similitudine parțială între factorii etiologici ai fibromialgiei și obezitate: citokine proinflamatorii, dereglarea axului hipotalamo-pituitar-adrenal, creșterea tonusului simpatic, reducerea reactivității simpatice.

Referitor la simptomele asociate durerii în fibromialgie, Journal Of Clinical Sleep Medicine a publicat în octombrie 2010 observațiile unui studiu ce a confirmat că adulții cu fibromialgie au o prevalență și un risc crescut pentru a dezvolta „sindromul picioarelor agitate”, comparativ cu subiecții sănătoși (11). Studiul sugerează că tratarea acestui sindrom conduce la îmbunătățirea somnului și calității vieții pacienților cu fibromialgie. Rezultatele au arătat că prevalența sindromului picioarelor agitate a fost de aprox. 10 ori mai mare în grupul cu fibromialgie. In acest grup, patologia somnului a fost mai severă la pacienții care au avut și sindromul picioarelor agitate.

Sindromul este o dezordine de mișcare legată de somn, se caracterizează prin mișcări ale picioarelor frecvent asociate cu o senzație neplăcută și disconfort. Simptomatologia începe sau se înrăutățește în timpul perioadei de repaus sau inactivitate, este parțial sau total rezolvată de mișcare. Este mai frecventă de 1,5-2 ori la femei, comparativ cu bărbații. Câteva aspecte ale celor două sindroame sugerează o legătură logică. Ambele dezordini implică anomalii senzoriale și o patofiziologie similară a sistemului ce implică neurotransmițătorul dopamină. Mai mult, sindromul picioarelor agitate poate fi indus de antidepresive, care sunt un tratament obișnuit pentru durerea și depresia din fibromialgie. Exercițiul fizic poate ameliora simptomele ambelor sindroame.

Cercetările în domeniu statuează faptul că pacienții cu fibromialgie prezintă alterări notabile ale parametrilor de mișcare, asociate cu o slabă performanță în alte variabile constituționale și psihosociale. Bazat pe aceste constatări, managementul fibromialgiei are în vedere atât abordări nonfarmacologice, cât și farmacologice. Opțiunile nonfarmacologice, cu

rezultatele cele mai concludente, includ: terapiile cognitiv-comportamentale, programele de exerciții aerobice și terapia acvatică. Un studiu efectuat pe 354 participanți, recrutați din 20 locații din Carolina de Nord și New Jersey, a sugerat faptul că practicarea Tai Chi ameliorează durerea, oboseala, redoarea și conferă o senzație de bine atât pacienților cu fibromialgie, cât și celor cu toate tipurile de artrită și artroză (12).

Referitor la tratamentul farmacologic, există în acest moment trei preparate aprobate de FDA (Food and Drug Administration) pentru tratamentul fibromialgiei, cu dovezi susținute de eficacitate: pregabalin (aprobat pentru tratamentul epilepsiei, neuropatiei diabetice, nevralgiei postherpetice), duloxetine (aprobat pentru depresie, anxietate, neuropatie periferică diabetică) și milnacipran, aprobat în Europa pentru depresie și în America numai pentru fibromialgie (13).

Antidepresivele triciclice se păstrează încă în arsenalul terapeutic al fibromialgiei, dar cu precauție la pacienții cu risc crescut pentru aritmii cardiace.

Tramadolul este de asemenea foarte eficace datorită activității sale de blocare a recaptării serotoninei și epinefrinei și activității opioid-agoniste a metabolizilor săi.

Cu siguranță, în următorii ani vom asista la acumulări remarcabile în cunoașterea sindromului fibromialgic, această până nu de mult Cenușăreasă a patologiei medicale.

Bibliografie:

Mease P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment, J Rheumatol 2005, 32:2063;

Atzeni F. Comorbidities, Les Entretiens du Carla 2008, 16: 60-66;

Späth M. Differential diagnosis of fibromyalgia- main symptoms of pain and fatigue, Les Entretiens du Carla 2008, 16: 54-56;

FM Monograph -Fibromyalgia: Symptoms, Diagnosis, Treatment& Research. National Fibromyalgia Partnership, Inc(NFP) 2006, 1-12;

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee, Arthritis Rheum 1990, 33: 160-172;

Wolfe F, Clauw DJ, Yunus MB et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res 2010, 62:600-610;

Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain în Europe: Prevalence, impact of daily life and treatment, Eur J Pain 2006, 10: 287-333;

Kelly Jennifer. Translating research on chronic pain in women to practice. Prezentare la cea de-a 118-a Convenție Anuală a Asociației Americane de Psihologie, San Diego, 12 Aug 2010;

Harris RE. Elevated excitatory neurotransmitter levels in the fibromyalgia brain. Arthritis Research& Therapy 2010, 12:141;

Mork PK, Vasseljen O, Nilsen TI. Association between physical exercise, body mass index and risk of fibromyalgia: longitudinal data from the Norwegian Nord-Trondelag Health Study. Arthritis Care Res 2010, 62(5): 611-617;

Saltzman Mari Viola, Watson NF, Bogart MS et al. High prevalence of restless legs syndrome among patients with fibromyalgia: a controlled cross-sectional study. J of Clinical Sleep Medicine 2010, 6:423-427;

Wang C, Schmid CH, Ramel Rones BS et al. A randomized trial of Tai Chi for fibromyalgia. The New England J of Med 2010, 363; 8:743-754;

Hauser Winfried, Petzke F, Sommer Claudia. Comparative efficacy and harms of Duloxetine, Milnacipran and Pregabalin in Fibromyalgia syndrome. J of Pain 2010, 11; 6:505-521.

UNITĂȚILE MINIERE ȘI INSTITUȚIILE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ DIN MARAMUREȘ, AU AVUT O BUNA CONLUCRARE.

Ing. Aurel PANTEA, ex Consilier-Expert
C.N. REMIN-S.A. Baia Mare.

1. Necesitatea conlucrării.

Despre mineritul din nord vestul României, vorbim la trecut. În perioada 1998-2007, în 10 etape, minele aflate în patrimoniul CN Remin-SA, SC Cuarț-SA Baia Mare și Mineral Radioactiv Măgurele SA, au fost trecute în conservare și aprobată închiderea.

Activitatea minieră este una din cele mai grele și solicitante activități practicate de om. Pentru obținerea unei tone de substanță minerală utilă, se excavează uneori zeci de metri cubi de rocă sterilă și efectuează o sumedenie de operații în procesul tehnologic, care necesită oameni și utilaje.

Din cele mai vechi timpuri, ansamblul de activități tehnice și organizatorice de securitate și sănătate a muncii, având drept scop protejarea vieții și sănătății salariaților și a integrității organismului uman, prin prevenirea accidentelor de munca și a îmbolnavirilor profesionale, tratarea bolilor și recuperarea capacității de muncă a personalului, a necesitat și putem afirma că s-a realizat, o strânsă conlucrare între unitățile miniere și instituțiile de sănătate publică.

Munca în minerit prezintă un grad ridicat de risc, datorită unor factori determinați de condițiile geo-miniere, dimensiunea locurilor de munca, schimbarea continuă a mediului de lucru, a debitului de aer, a parametrilor de microclimat minier (temperatura, umiditatea, presiunea și viteza de circulație a aerului), pulberile industriale, zgomotul produs de utilaje și mașini, explozii, incendii, focuri de mină, uneori inundații. Toate acestea influențează negativ asupra capacității de muncă, măresc probabilitatea accidentelor de muncă și conduc la formarea unui anumit profil psiho-moral al minerilor.

La angajare personalul era supus unui examen medical, accentul punându-se pe starea pulmonară, cardiacă, digestivă, sanguină și aparatului locomotor, în urma căruia era declarat apt sau inapt. Conducatorul unității avea obligația ca la angajare și repartizare la locurile de muncă, să verifice dacă cel în cauză avea cunoștințele profesionale corespunzătoare postului și să țină seama de cele prescrise în urma examenelor medicale efectuate în baza instrucțiunilor Ministerului Sănătății.

Cu ocazia instructajelor periodice de protecția muncii, un accent aparte se punea pe acordarea primului ajutor în caz de accidentare și intoxicații acute.

Unitățile miniere aveau obligația, să-și organizeze puncte și truse de prim-ajutor în subteran și la suprafață, iar în funcție de numărul de angajați din schimbul de lucru cel mai numeros să amenajeze încăperi pentru băi, vestiare, uscătorii, cantine, să asigure apa necesară pentru băut și întreținerea igienico-sanitară. Controlul privind respectarea normelor de igienă a muncii se realiza atât prin personalul medico-sanitar al dispensarelor medicale ale exploatarilor, cât și al Inspecțiilor teritoriale de sănătate publică (SANEPID).

Activitatea în condiții deosebite, create ca urmare a unor avarii în subteran și la suprafață și care puneau în pericol personalul sau bunurile materiale, unde datorită depășirii concentrațiilor de gaze, vapori și pulberi toxice sau asfixiante, ce impune folosirea aparatelor izolante pentru protecția respirației, se asigură prin stații de salvare minieră. Aceste stații erau încadrate cu salvatori operativi, personal de conducere, control, supraveghere și cadre medicale, care trebuiau să îndeplinească anumite condiții generale și de sănătate obligatorii. Cei în cauză în urma examinării de către Comisia medicală de specialiști – interne, cardiologie, oftalmologie, chirurgie, radiologie, otorinolaringologie, dermatologie și psihiatrie pentru a fi salvator trebuiau să fie apți din punct de vedere medical și psihologic.

Cadrele medicale încadrate în stațiile de salvare miniere aveau obligația de a efectua instructajul teoretic și practic, salvatorilor minieri, privind modul de acordare al primului ajutor cât și de a face verificarea privind modul de însușire a acestor noțiuni. Medicii încadrați la stația de salvare minieră aveau și sarcina de a acorda primul ajutor accidentaților transportați la baza subterană a salvatorilor.

Problema prafului rezultat în procesul tehnologic constituia o preocupare fundamentală în industria minieră, mai ales în legătură cu combaterea efectelor fiziologice. Pulberile industriale care conțin dioxid de siliciu liber cristalin (cuarț, ametist, granit, gresie, etc) produc pneumoconioza colagenă (silicoza). Abia de prin anii 1955 putem vorbi de măsuri tehnice de prevenire și combatere a prafului silicogen, de un program de profilaxie medicală a silicozei. Din anul 1970, la toate exploatările și uzinele de preparare, potrivit actelor normative emise de către ministerul sănătății, s-au organizat laboratoare pentru determinarea concentrațiilor de praf și stații de aerosoli. Personalul în cauză la ieșirea din mină, respectiv instalația de antezdrobire, timp de 10-15 minute, inhalau aerosoli cu ape alcaline sau bicromat de potasiu și sodiu, cu scopul de a favoriza eliminarea prafului, secreția bronșică și reducerea spasmului bronșic care diminuează capacitatea respiratorie.

Profilaxia silicozei a angrenat factorii cu responsabilitate în organizarea și asistența tehnică, protecția și securitatea muncii și asistența medicală.

2. Structuri medicale în cadrul unităților miniere și metalurgice.

Mulți ani minele și topitoriile (uzinele metalurgice) au funcționat împreună, sub conducerea aceluiași for tutelar și aveau în structura organizatorică și funcțională, personal medico-sanitar.

Potrivit fondului arhivistic Direcția Minelor și Uzinelor Metalurgice Baia Mare de la Filiala Maramureș a Arhivelor Naționale, în perioada 1748-1864, sub conducerea Inspectoratului Superior Minier Baia Mare, se aflau: Monetaria din Baia Mare, Oficiile miniere Baia Sprie, Borșa, Lăpușul Românesc, Oficiile miniere și al Topitoriilor Cavnic, Nistru, Oficiul Topitoriei de Cupru și al Pădurilor din Băița, Oficiul Topitoriei și al Pădurilor din Ferneziu, Judecatoriile rurale miniere din Baia Sprie, Borșa și Cavnic. La nivelul Direcției Minelor funcționa Oficiul de Inginerie Miniera, Oficiul Mecanic și de Construcții, Oficiul Medicului Șef Minier, etc.

În cadrul Oficiului Medicului Șef Minier, erau un șef și alți 5 medici, câte unul pentru: Baia Mare, Baia Sprie, Borșa, Lăpușul Românesc și Rodna Veche. În anul 1828 se arată că s-a înființat un Spital minier și medicul șef al Oficiului îndeplinea și funcția de șef al spitalului. Din statele de plată din anul 1931 ale direcției Regiei Publice Comerciale a Intreprinderilor Miniere și Metalurgice ale Statului din Ardeal (1919-1940), rezultă ca aceasta avea 3 medici.

În perioada 1949-1952, Combinatul Metalurgiei Neferoase Baia Mare, pentru minele Nistru, Băița, Valea Borcutului, Sasar, Valea Rosie, Dealu Crucii, Herja, Baia Sprie, Cavnic, Băiuț, Bălan, uzinele Phoenix și Firiza avea 13 servicii medicale, 15 cantine, 3 grădinițe, o creșă, 12 cluburi muncitorești și 10 baze sportive.

În anul 1952 s-a înființat Trustul Minier Baia Mare, fără unități metalurgice și s-au organizat Dispensare Medicale, în toate localitățile miniere. Spațiile și dotarea necesară s-a asigurat de către Trustul Minier, iar plata personalului medico-sanitar se făcea din bugetul de stat. Dispensarele medicale și cabinetele stomatologice asigurau asistență medicală atât pentru salariații din unitățile miniere cât și pentru restul populației.

Pentru întreaga populație a județului, s-au construit noi spitale în Baia Mare, Cavnic, Baia Sprie, Borsa, Viseu. Din fondurile de investiții ale mineritului s-au construit și dotat cu cele necesare Policlinica II Baia Mare, iar în Borșa un Centru de refacere a capacității de muncă a minerilor, care ulterior s-a transferat în subordinea Ministerului Sănătății, respectiv a Spitalului Orășenesc Borșa.

La Institutul de Cercetări și Proiectări Miniere Baia Mare, începând cu anul 1959 a luat

ființă un colectiv pentru cercetari tehnice și medicale de prevenire și combaterea pneumoconiozelor, încadrat cu personal tehnico-ingineresc și medico-sanitar, care au avut un rol esențial în domeniu.

Odată cu înființarea Companiei Naționale a Metalelor Prețioase și Neferoase Baia Mare „Remin” - SA, din anul 1998, în organigrama a fost inclus Serviciul de Asistență Medicală, care a coordonat activitatea Cabinetelor medicale. Personalul de asistență medicală fiind angajat și remunerat din fondul de salarii al Companiei.

3. Sprijin si ajutor reciproc.

Condițiile specifice ale muncii din minerit, fluctuațiile de personal, au condus la un număr mare de accidente și îmbolnaviri. Din datele statistice ale CN Remin, rezultă :

| Specificare | Anul 1964 | 1974 | 1993 | 2000 |
|---------------------------------|-----------|--------|--------|--------|
| Nr. salariați | 18.119 | 39.543 | 28.317 | 11.406 |
| Nr. accidente, din care: | 1.112 | 984 | 294 | 106 |
| -cu invaliditate | 11 | 72 | 7 | 2 |
| - mortale | 22 | 42 | 17 | 7 |
| Nr. zile incapacitate | 26.393 | 33.037 | 12.824 | 6.138 |
| Depistați silicoza | 499 | 347 | 208 | 135 |
| În evidență bolnavi silicoză | 1.964 | 1.485 | 569 | 310 |

În contextul celor de mai sus, și a importanței CN Remin, în ansamblul economiei naționale, a fost necesar sprijin și ajutor reciproc.

Pentru prevenirea îmbolnăvirilor și îmbunătățirea stării de sănătate a salariaților și a familiilor acestora, în baza unor contracte, unitățile miniere au beneficiat de Studii, lucrări de cercetare, asistență de specialitate, din partea Institutului de Igienă și Sănătate Publică Cluj Napoca, colectivului de cercetari medicale din Șimleu Silvaniei, Policlinicile I și II, Policlinica de Stomatologie Baia Mare, Spitalul Județean de Urgență, Spitalul de Pneumoftiziologie Baia Mare, Spitalele orășenești Borșa, Baia Sprie și Vișeu.

CN Remin în diversele ei structuri și denumiri, pe lângă cabinetele (dispensarele) medicale de întreprindere, a contribuit la dotarea cu aparatură medicală, în perioada 1972-1989 a Spitalului județean, pentru laboratorul de medicină nucleară și laboratorul central de analize medicale. De cele mai multe dotări au beneficiat policlinicile, cu aparate E.E.G, E.K.G, diversă aparatură pentru : Urologie, ORL, Chirurgie, Radiologie, Fizioterapie, Stomatologie, etc. Este de menționat că primul ecograf din Maramureș a fost achiziționat în anul 1985.

Spitalul din Borșa în perioada 1984-1986 a fost dotat cu aparatura pentru radiologie, terapie intensivă, explorari funcționale, fizioterapie și laboratorul de analize medicale. În 1989, Spitalul de Pneumoftiziologie Baia Mare a beneficiat de un aparat roentgen cu 2 posturi și lant TU EDR-700.

Fără teamă de a greși, se poate afirma că CN Remin cu unitățile sale, a sprijinit activitatea de cercetare științifică în diverse domenii și în calitate de furnizor de materii prime necesare ramurilor industriale, transporturilor, construcțiilor, etc, a influențat decisiv, viața economico-socială a Maramureșului.

CONSECINȚE

Dr. Nicolae Rednic

Prea' Naltul, Divinul, ceresc Împărat
Când vinu-l gusta din pocale,
Distrat,
A.D.N-ul din mâini l-a scăpat
Și câteva GENE-au luat-o la "vale".

Așa s-au născut ticăloșii și "monștrii"
Ce lumea o țin în teroare
Încât și din gropi, indignați strigă morții:
"Opriți, corecțați zeiasca eroare!"

Dar cine-i aude și cine-i ascultă?!
Ignorăm viitorul și nu vrem trecut,
Doar clipa-o trăim efemeră și surdă,
În rest după noi: POTOPUL – salut!!

Întristat mă gândesc,
Și mă tot socotesc;
Merităm denumirea de OM??!
Sau numai pe-aceea de FIARĂ sau POM?

Unde ești tu-ȚEPEȘ CRUDUL
Să ne vâri în dos o țeapă
Să-nțelegem că TRECUTUL,
Cu PREZENTUL nu se gată!
Ci din contra se sporește
Și-uitându-l ne pedepsește.

STUDIUL PRIVIND PREVENȚIA EVENIMENTULUI CORONARIAN ACUT ÎN AMBULATOR CORELATĂ CU EVOLUȚIA ULTERIOARĂ A SUBIECȚILOR

Drd. Rednic Meda Ioana

1. Material.

Având în vedere unul dintre primele obiective ale cercetării de față, am inițiat acest prim studiu referitor la prevenția apariției acutizărilor ischemice miocardice sau a reacutezărilor. Am urmărit alcătuirea unui lot de studiu format din două subloturi: primul, care să fie alcătuit din subiecți aderenți unui protocol de prevenție și un al doilea lot, neaderent aceluiași protocol, utilizat pentru comparație cu primul.

În primul sublot am inclus un număr de 184 de bolnavi diagnosticați (sau predispuși numai – peste 45-50 de ani, supraponderali sau obezi, stres psihic deosebit, etc.) cu boală coronariană. Structura lotului este următoarea:

bolnavi *diagnosticați* cu boală coronariană: 84 subiecți; *nediagnosticați* dar peste 45-50 ani, supraponderali sau obezi, cu stres psihic evident, etc. – 100 subiecți.

Considerând sexul: (Tabelul 1.)

Tabelul 1. Structura aliniată sexului subiecților.

| SEX | FRECVENȚĂ | PROCENT | PROCENT CUMULATIV |
|--------------|------------|-------------|-------------------|
| f | 75 | 41% | 41% |
| m | 109 | 59% | 100% |
| Total | 184 | 100% | - |

Din punctul de vedere al domiciliului: **rural** sau **urban**, eșantionul se grupează astfel: (Tabel 2.)

Tabel 2. Repartiția pe domiciliul bolnavilor.

| | FRECVENȚĂ | PROCENT | PROCENT CUMULATIV |
|--------------|------------|-------------|-------------------|
| R | 85 | 46% | 46% |
| U | 99 | 54% | 100% |
| Total | 184 | 100% | |

Structura vârstnică a lotului este: (Tabel 3.) observăm media de vârstă de aproximativ 51 de ani, vârstă considerată de existență pentru boala coronariană și de risc pentru evenimentul coronarian acut.

Tabel 3. Structura de vârstă a lotului.

| | |
|--------------------------|--------------|
| NR. SUBIECȚI | 184 |
| MEDIA | 51,14 |
| MODA | 44 |
| DEVIAȚIA STANDARD | 10,14 |
| VÂRSTA MINIMĂ | 33 |
| VÂRSTA MAXIMĂ | 78 |

Structura lotului de studiu pe categorii profesionale este următoarea (Tabel 4.)

Tabel 4. Structura profesională.

| PROFESIE | FRECVENȚĂ | PROCENT | PROCENT CUMULATIV |
|---------------------|------------|--------------|-------------------|
| AGRICULTORI | 75 | 40,7% | 40,7% |
| MUNCITORI | 80 | 43,4% | 84,1% |
| INTELECTUALI | 29 | 15,9% | 100% |
| Total | 184 | 100% | - |

De remarcat în această structură este faptul că, am căutat ca raportul activității fizice să fie aproximativ același pentru toți participanții, considerând că activitatea intelectuală poate fi asimilată consumului energetic al activității preponderent fizice.

Am căutat (și am reușit) să structurăm aproximativ în același mod și al doilea sublot, cel destinat controlului, comparațiilor și corelațiilor finale. Considerăm acest lucru cu atât mai important cu cât opoziția celor două subloturi se va face pe criterii generale, fără specificități legate de capitolele protocolului minimal de profilaxie a evenimentului coronarian acut, protocol prezentat imediat următor.

2. Metodă.

Din literatura de specialitate referitoare la prevenția și recuperarea bolilor cardiovasculare, am desprins strictul necesar de măsuri pentru prevenția reală a agravării bolii coronariene și a apariției evenimentelor acute ischemice:

- atitudinea față de fumat
- dietă
- sedentarism
- complianță la tratament profilactic.

Protocolul pe care l-am conceput extrage dintre recomandările generale o serie mai redusă de măsuri dar, o serie care ține cont de posibilitățile reale de aplicare la populația noastră, posibilități care nu implică eforturi materiale mari sau imposibile pentru subiecții incluși (cauză frecventă de necomplianță), și oferă posibilități ușor de implementat față de cultura generală sanitar-medicală actuală.

Pentru depistarea și includerea în studiu a subiecților de interes pentru cercetarea de față, precum și pentru identificarea comportamentului subiecților față de cerințele participării la studiu, am întocmit și aplicat un chestionar sociologic cu 16 întrebări standardizate și parțial deschise, parțial anonim (s-a folosit semnătura indescifrabilă pentru identificarea chestionarelor subiective cu aplicabilitate în faza a doua a studiului). Acesta a fost defalcat într-o parte preliminară pentru delimitarea la includere a subiecților și complianța acestora și, o a doua parte, de studiu prospectiv și retroactiv pentru identificarea subiectivă a rezultatelor aplicării Protocolului minimal de prevenție.

În finalul chestionarului am adresat câteva întrebări (tot standardizate) pentru a verifica parțial eficiența protocolului minimal precum și convingerea participanților față de eficacitatea unei asemenea modalități de influențare pozitivă a evoluției bolii coronariene, în general, și de rărire sau anulare chiar a producerii decompensărilor ischemice miocardice precum și a altor complicații ale stresului miocardic, în special.

În fapt, subiecții incluși în studiu au fost supravegheați continuu, monitorizându-se starea fizică a acestora, complianța la protocolul de prevenție, evoluția bolii coronariene și contabilizarea eventualelor evenimente coronariene acute apărute.

Voi prezenta în acest loc doar „Protocolul minimal de prevenție în sindromul coronarian acut”, chestionarul sociologic fiind redat în detaliu, în Anexa 1 a prezentării de față.

Pentru cel de al doilea sublot, am alcătuit un alt *chestionar sociologic* cu 5 întrebări standardizate și parțial libere (prezentat în detaliu tot în anexa 1 a prezentei lucrări) care, dorește investigarea subiectivă a motivelor neparticipării la studiu, precum și a modalității de evoluție a bolii coronariene, în lipsa aplicării Protocolului minimal. Din aceste motive l-am denumit „sublot de comparație și corelații”.

PROTOCOL MINIMAL PENTRU PREVENȚIA EVENIMENTULUI CORONARIAN ACUT

1. Atitudinea față de fumat:

- reducerea la 5-10 țigări pe zi (pentru cei care fumează mai mult)
- eliminarea fumatului (deziderat pentru toți subiecții)

2. Atitudinea față de dietă:

- adaptarea dietei la formula lipidică (acolo unde este posibil)
- dietă hipocalorică pentru supraponderali și obezi (calculată simplu, în raport cu consumul caloric diurn)
- dietă hipocolesterolică (pentru toți subiecții)
- dietă hiposodată pentru cei cu HTA asociată
- controlul, cuantificarea și scăderea consumului de alcool (nu neapărat eliminarea lui)

3. Atitudinea față de sedentarism:

- debut general cu ½ oră de mers activ pe zi;
- ½ oră de trei ori pe săptămână de exerciții fizice ușoare;
- ½ oră pe zi de exerciții fizice ușoare și mersul activ ½ oră zilnic.

4. Terapie de prevenție:

- Aspenter, 1 cp. 75 mg, pe zi, la prânz;
- Omega 3, 1 cps. pe zi, timp de o lună; o lună pauză; reluare până la șase luni sau chiar un an; sau,
- Ambele medicamente.

Pentru acest protocol am obținut complianța mării majorități a subiecților incluși în studiu, evident adaptat și particularizat la fiecare caz, în funcție de interes, cultură, încredere, rezultate subiective. Diferența între marea majoritate și totalul subiecților incluși a fost de 6 bolnavi care, au renunțat (inexplicabil) în ultimele doisprezece luni ale studiului. Au fost incluși în studiul prezent doar subiecții care au aderat la propunerile descrise, în totalitate sau numai parțial dar, majoritar. În legătură cu „angajamentele asumate”, subiecții au fost monitorizați sistematic, bisăptămânal, de autoarea studiului și colaboratorii săi. Controlul prin sondaj a fost deasemenea practicat pentru bolnavii mai izolați

3. Rezultate. Analiză și interpretare.

La întrebarea despre cuantumul fumatului și a atitudinii de urmat, rezultatele au fost următoarele:

- 86% dintre subiecți au aderat la eliminarea completă a fumatului;
- 14 % au aderat ideii de reducere a fumatului la 5-10 țigări pe zi.

Nu dorim o diferențiere semnificativă între cele două categorii, ambele acționând (de fapt) pentru prevenția evenimentului coronarian acut.

La întrebările referitoare la dietă, am primit aderențele următoare:

- dietă hipocalorică pentru supraponderali și obezi: - 65%
- dietă hipocolesterolică (pentru toți subiecții): - 100%
- dietă hiposodată pentru cei cu HTA asociată: - 78%
- controlul, cuantificarea și scăderea consumului de alcool (nu neapărat eliminarea lui)?: -92%

Se observă „rezistența” cea mai mare față de dieta hipocalorică pentru supraponderali (SP) sau obezi (OB). Având în vedere cuantificarea rezultatelor finale referitoare la acest aspect, am introdus în studiu întregul lot, considerând și variațiile pozitive de comportament apărute pe durata cercetării.

Am prezentat subiecților noștri un plan de activități fizice moderate, progresive și acceptabile pentru toată structura lotului cuprins în studiu, ca o alternativă la sedentarismul confirmat inițial de întregul lot. Surpriza mare a constat în *aderența 100% a subiecților față de programul fizic oferit.*

Va urma

AL 54-lea CONGRES UMEM
Plock, Polonia , 22-26 Septembrie 2010

Prof. Dr. Constantin BOGDAN
București

Cel de al 54-lea *Congres al Uniunii Mondiale a Scriitorilor Medici* a avut drept gazdă organizatoare în acest an, conform hotărârii luate la congresul anterior din 2009 de la Sofia, orașul *Plock* din *Polonia*, veche capitală a Poloniei în timpul dinastiei Mazovienilor, un fel de Târgoviște polonez, Târgoviște, fostă capitală a Țării Românești, înainte de cea actuală, București.

Actuala capitală a Poloniei, Varșovia este atestată documentar din secolul IX și a devenit capitală în secolul XVI.

Organizarea și-a asumat-o *Uniunea Poloneză a Scriitorilor Medici* – președinte *Prof. dr. Marek Pawlikowski* – și *Camera Regională a Medicilor* (corespunzător colegiului medicilor la noi) *Plock* – președinte *dr. Jaroslav Wanecki* și vicepreședinte al *Uniunii Poloneze a Scriitorilor Medici*.

Limbile oficiale ale congresului au fost franceza, engleza, germana, iar tema congresului (proponere a subsemnatului acceptată la congresul anterior) a fost: *Etica și Morala*.

Vechea Capitală a Poloniei care păstrează cu mândrie marturii ale trecutului său glorios, *Plock* este un oraș fermecător situat de o parte și de alta a fluviului *Vistula* la aproximativ 1,5 – 2 ore nord-vest de *Varșovia*, având în jur de 150.000 de locuitori. De fapt, cartierul general al congresului s-a aflat într-o mică localitate situată la circa 15 km de *Plock*, *Nowa Rumunki* într-un hotel modern – *Debowa Gora*, ascuns într-o pădure deasă de foioase, relieful Poloniei fiind dominat de câmpie, dar și de păduri pe care polonezii le conservă cu mai mare grijă decât noi.

Unul din scopurile valorificate de reuniunile prilejuite de Congresele anuale ale UMEM este și îmbogățirea participanților prin cunoaștere – civilizații, cultură, tradiții, istorie, specific național, natură și peisaje specifice, monumente, creativitate populară și cultă. De aceea, dincolo de programul sesiunilor de lectură, organizatorii se întrec în a pune la dispoziția participanților un program de vizite care include locuri pitorești din natură, localități, muzee, monumente, catedrale ș.a. în general, ceea ce consideră că le este specific, că le reprezintă cultura, istoria, tradițiile.

Acest aspect nu este un program social, facultativ, la alegere, așa cum se întâmplă la congresele medicale, ci face parte integrantă din program și atrage aprecierile participanților spre satisfacția și mândria gazdelor organizatoare. Mai mult, unele sesiuni se desfășoară în astfel de locuri – săli de muzeu, biblioteci, castele etc.

De adăugat că acest al 54-lea *Congres UMEM* a avut loc în patria marelui compozitor și pianist *Chopin*, întreaga *Polonie* fiind conectată la aniversarea bicentenarului nașterii compozitorului. *Muzica genialului compozitor* se auzea peste tot ca un leit-motiv, ceea ce contribuia la o atmosferă greu de descris în cuvinte, pentru că *muzica* trebuie ascultată fiind greu de povestit.

De altfel, în program participanții au putut audia un excepțional recital de pian susținut de una dintre cele mai repute pianiste poloneze, specializate în interpretarea creației chopiniene – *Joanna Lawrynowicz*, care a debutat la vârsta de 5 ani cu *Filarmonica Națională* și a devenit între timp multilaureată a concursurilor naționale și internaționale, profesoară de pian la “*Universitatea de Muzică Fryderyk Chopin*” din *Varșovia*. Concertul a avut loc într-una din sălile *Muzeului Mazovienilor* din *Plock* (*Muzeum Mazowieckie*).

Din programul vizitelor nu putea lipsi *Zelazowa Wola*, localitatea unde a văzut lumina zilei *Chopin* și unde se află casa natală și un modern muzeu foarte căutat de turiști.

Participanții la congres, reprezentanți ai societăților de scriitori-medici din țările lor, au descins la *Plock* din următoarele țări: *Elveția, Franța, Germania, Portugalia, România,*

Ungaria, la care s-au adăugat reprezentanții țării gazdă, Polonia. Cu certitudine, criza a împiedicat participarea confrăților din Grecia și Bulgaria, prezențe obișnuite la congresele UMEM, dar și Italia, țări din America de Sud, Ecuador, Brazilia prezente la multe dintre edițiile anterioare nu s-au mai numărat printre participanți, ceea ce ar îndreptăți să spunem, privind participarea – “prezență de criză”, ținând cont de costurile destul de mari suportate de participanți, reuniunile UMEM nereușind să atragă sponsori. Această prezență mai redusă nu a fost un obstacol pentru organizatori care au primit un sprijin consistent, financiar și logistic, de la Camera Regională a Medicilor din Plock și de la autoritățile Municipale, onorate să susțină o astfel de manifestare internațională medico-literară; nu a fost un obstacol nici pentru numărul și calitatea produselor literare – poezie, eseu, proză scurtă, fragmente de proză, memorii de călătorie, pagini de jurnal, aforisme prezentate de autori în cele patru sesiuni de lectură, trei afectate textelor de proză și una poeziei, circumscrise temei, generoase, a congresului, *Etică și Morală*; la acestea s-a adăugat o temă de lecturi libere, un fel de “Varia” a Congreselor de Medicină.

Municipalitatea a finanțat editarea volumului cu textele reproduse integral, în trei volume – unul în limba poloneză, un altul în limba natală a autorilor, un altul în limbile oficiale ale congresului, franceza, engleza.

Subsemnatului i s-a încredințat conducerea sesiunii de poezie.

Periodicul “Societății Române a Medicilor Scriitori și Publiciști”, *Fântâna din KOS*, ca și exemplare din *Viața Medicală* cu reportajul de la congresul anterior de la Sofia, au fost oferite participanților și primite cu interes. Fântâna din Kos va fi prezentată în paginile buletinului omolog francez.

În încheierea lucrărilor a avut loc Adunarea Reprezentanților Societăților membre UMEM, unul din punctele ordinii de zi fiind predarea ștafetei noii conduceri, urmare a încheierii mandatului celei precedente; au fost decise și unele modificări în componența conducerii; astfel, noul președinte este *Harald Rauchfuss* (Germania), Secretar General *Françoise Verrey Bass* (Elveția), trezorier *Emil Pinter* (Ungaria).

În sfârșit, s-a stabilit societatea și țara organizatoare a Congresului al 55-lea din 2011, acceptându-se oferta Franței, care a propus orașul Nisa, data precisă calendaristică (septembrie sau octombrie) urmând să fie comunicată ulterior. S-a mai propus ca România să organizeze congresul din 2012 (au trecut 8 ani de la congresul organizat la București, în 2003, Polonia, Ungaria, Bulgaria având organizate deja câte trei ediții) urmând ca propunerea să fie analizată în Comitetul Director al SMSPR și decizia să fie comunicată conducerii UMEM.

VITRINA CĂRȚII MEDICALE

Dr. Ligia Puiu: DISFUNȚIA ENDOTELIALĂ. STRESUL OXIDATIV. ATEROSCLEROZA...

Dr. Felix Marian - Baia Mare

Recent a apărut în prestigioasa editură EURO TIP din Baia Mare monografia “Disfuncția endotelială. Stresul oxidativ. Ateroscleroza...” purtând semnătura Doamnei Dr. Ligia Puiu medic primar pneumolog la Spitalul de Pneumologie din capitala Maramureșului.

Este absolventă a Facultății de Medicină Generală din Cluj, specializarea în pneumologie la Institutul de Pneumologie “Marius Nasta” București, unde a obținut și titlul de medic primar.

A urmat nenumărate cursuri de specializare, cu privire la Tabacologie și Somnologie

din țară (Craiova, București, Brașov, Constanța, Iași, Timișoara, Oradea). A participat la Simpozioane, Conferințe Naționale de pneumologie Alergologie, Tabacologie, Somnologie. De asemenea a mai participat la Congrese Internaționale ale Societății Europene Respiratorii și EACCI: Geneva, Paris, Glasgow, Copenhaga, Munich, Stockholm, Berlin, Viena, Sankt Petersburg, Londra, Barcelona.

Doctorand în pneumologie din 2006, tema: “Relația dintre disfuncția endotelială – stres oxidativ – fumat la pacienți expuși la noxe profesionale dintr-un bazin minier” și titlul de doctor în științe medicale din 29 octombrie 2010.

Este membru în Structurile Societăților Medicale sau a Organismelor Internaționale:

Societatea de Pneumologie din România, Secțiunea de Tabacologie, Somnologie, Bronhologie, Fiziopatologie Respiratorie, a Societății Române de Pneumologie, Societatea Europeană Respiratorie, (ERS), Societatea de Pneumologie Franța (SPLF), Academia Europeană de Alergologie și Imunologie. WASOG, ACCP.

Lucrarea de față este o monografie deosebit de valoroasă, foarte bine documentată și sistematizată. Concizia volumului reflectă puterea de analiză și sinteză a autoarei, o foarte bună cunoaștere a noțiunilor prezentate. Lucrarea este concepută în patru capitole, cu o prefață realizată de D-nul. Conf. Univ. Dr. Ovidiu Fira-Mlădinescu de la Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” - Timișoara – Disciplina de Fiziopatologie.

Cele patru capitole cuprind: Disfuncția endotelială; Stresul oxidant; Metabolismul lipoproteinelor, Ateroscleroza; Evaluarea funcției endoteliale.

Menționăm materialul iconografic care însoțește și completează textul precum și o bogată și consistentă bibliografie reprezentând 155 de autori din literatura de specialitate internațională.

După cum se precizează în Prefața acestui volum “Înțelegerea și aprofundarea noțiunii de fiziopatologie de disfuncție endotelială, proces inițial în succesiunea evenimentelor caracteristice dezvoltării plăcii de aterom, este absolut necesară, chiar și medicului clinician, pentru o abordare corectă, atât curativă, cât mai ales preventivă a acestei “maladii” a epocii moderne (...). Deși datele din literatura privitoare la aceste noțiuni fiziopatologice sunt exhaustive și uneori contradictorii, autoarea prezentei monografii reușește într-o formă sintetică și comprehensivă să surprindă chintesenta acestor concepte de mare actualitate și să prezinte într-o manieră accesibilă tehnicile de evaluare a disfuncției endoteliale”.

Prin lucrare de față autoarea se alătură celorlalți colegi maramureșeni care au publicat de-a lungul anilor o serie de cărți deosebite, contribuind în acest fel la ridicarea prestigiului medical al acestui colț de țară.

Sincere felicitări și multe succese pe viitor!

DOUĂ TEHNICI DE ÎNTERVENȚIE ÎN FORMAREA GÂNDIRII ”SĂNĂTOASE”

Lector dr. Monica Maier Universitatea de Nord Baia Mare

Milioane de oameni trăiesc uneori cu iluzia că nimic din ceea ce este rău nu li se poate întâmpla lor. Conduc cu viteză, consumă alcool sau fumează, mănâncă nesănătos și ignoră perioadele necesare odihnei mizând pe faptul că nici unul dintre efectele negative ale acestor comportamente nesănătoase nu-i vor atinge. Genul acesta de optimism nerealist poate fi, în aceste cazuri, dăunător sănătății.

Pe de altă parte, optimismul, gândirea pozitivă este asociată cu strategii bune de

automobilizare și cu obiceiuri bune pentru sănătate. Optimiștii sunt persoane care fac bine față situațiilor de stres și care încearcă să rezolve problemele și nu să le evite. Oamenii de știință realizează acum că optimismul poate crea sau poate fi asociat cu o stare a corpului care duce la sănătate sau la o recuperare rapidă a bolii.

Pornind de la aceste două perspective poate că merită să căutăm răspunsuri posibile pentru două întrebări ce ne pot oferi soluții pentru constatările de mai sus:

- Oare această controversă între concepțiile privind efectele benefice și cele distructive ale influenței gândirii pozitive asupra sănătății pot fi rezolvate printr-o abordare mai aprofundată a *gândirii realiste*?
- Care sunt limitele gândirii realiste?
- Unul dintre posibilele răspunsuri la prima întrebare ar fi acela legat de capacitatea individului de a lua *decizii*. El trebuie să hotărască dacă un argument este sau nu acceptabil și dacă o concluzie este sau nu bine fundamentată în mod creativ și pe baza reflecției. Nu este suficient să spui *"mie nu mi se pot întâmpla toate acestea"* doar pentru că nu ai confirmarea contrariului. Orice decizie cu privire la propriul comportament trebuie luată în mod realist, inventariind deopotrivă riscurile și avantajele unei anume conduite. Iată, spre exemplu, cum o persoană care trebuie să renunțe la fumant își găsește nenumărate argumente pentru a se justifica și pentru a-i convinge pe ceilalți că există foarte mulți fumători în vârstă care nu sunt sau n-au fost niciodată bolnavi. Aceste argumente vin în întâmpinarea luării deciziei de a fuma în continuare, mizând deopotrivă pe o gândire pozitivă distructivă dar și pe satisfacerea propriilor nevoi de moment (fumez pentru că mă simt confortabil, pentru că socializez mai bine etc.). În acest caz atât decizia de a fuma în continuare cât și modul distorsionat de a face raționamente cu privire la propriul comportament pot influența sănătatea fizică, dar și pe cea psihică, întrucât componente importante ale personalității au de suferit: voința, gândirea, motivația, atitudinile față de sine, față de ceilalți sau față de situația ca atare etc.

Un alt răspuns pentru prima întrebare ar fi importanța *autocontrolului* în acțiunile individului, asumându-și consecințele unui anume comportament, sau în alegerea modalităților de a-și atinge anumite scopuri. Chiar dacă primul impuls sau percepția de moment într-o situație dată ce implică anumite riscuri asupra sănătății ne face să spunem *"fie ce-o fi, eu tot fac asta"*, prin forța autocontrolului și a gândirii critice, realiste, putem evita eventualele repercursiuni negative ale acțiunii asupra sănătății noastre.

La cea de-a doua întrebare un răspuns cert îl putem primi în condițiile în care gândirea realistă nu ne demostrează întotdeauna succesul în plan personal. Putem ajunge uneori la concluzia că deși am gândit realist, deși ne-am controlat comportamentul sau am gândit cât se poate de logic și critic o anumită situație pentru a lua cele mai bune și mai sănătoase decizii, totuși, ne-am îmbolnăvit sau am greșit prin alegerile făcute. Desigur că și gândirea realistă are riscurile ei. Uneori se impune o decizie de moment, urgentă, pentru că nu avem răgazul necesar să analizăm situația mai în dealiu. Alteori riscăm să pierdem sau să suferim pentru că am zăbovit prea mult încercând să gândim realist. Totuși, orice asemenea pierderi sunt mai puțin dăunătoare sau mai puțin frecvente dacă învățăm să gândim realist și ne formăm deprinderea de a gândi realist.

Pe de altă parte, s-a demonstrat că bolnavii cu un optimism nerealist se recuperează mult mai repede decât cei pesimiști sau cei cu o gândire realistă. Este vorba, în astfel de cazuri, de un optimism constructiv, deoarece oamenii fac eforturi active pentru a-și proteja sănătatea și siguranța. Pericolele sunt mai evidente la optimiștii naivi, care cred că totul se va rezolva cu bine fără eforturi active din partea lor, sau la optimiștii cu risc ridicat de probleme de sănătate care se adaptează prin evitare.

Teoreticienii cognitiiviști consideră că tipul de atribuire al unei persoane sau explicațiile sale cauzale îi influențează reacțiile la stres. Oamenii care au tendința de a atribui evenimente negative unor cauze interne, stabile și globale sunt mai predispuși la apariția *sindromului de neputință învățată* și la îmbolnăvire, după trăirea unor astfel de evenimente.

În cele ce urmează voi prezenta două dintre tehnicile de intervenție utile în modelarea cognițiilor în sens realist, reducând efectele nesănătoase ale gândirii pozitive sau negative.

Psihodrama constituie o tehnică de intervenție adecvată pentru înlăturarea factorilor de stres, în grupurile mici: într-o sesiune vedem reunite între 3 și 12 persoane. Participanții la grup urmează să fie activați de psihodramatist/director într-o secvență de activități care face să circule energie, cunoștințe, emoții reciproce (tele pozitiv). Directorul, prin intermediul consemnelor sale, propune activități capabile să creeze secvențe de acțiuni care să provoace acel sentiment de încredere, acea dorință de intimitate, acel curaj de a experimenta roluri temute sau necunoscute, care sunt premisa pentru a intra în experiența psihodramatică; el ajută grupul să intre în sentimente cu polaritate pozitivă, care eliberează spontaneitatea și dorința de expansiune afectivă. Eventualele conflicte, tensiuni, suferințe urmează să fie focalizate asupra singurului individ care le poate înfrunța psihodramatic, și anume protagonistul. Grupul de psihodramă se configurează astfel ca o realitate psihologică "sui generis", în măsura în care se caracterizează - din punctul de vedere al trăirii - ca o situație care oferă privilegiul unei stări de bine, redirecționând aspectele de suferință la dimensiunea lor intrapsihică individuală, care va fi înfruntată în acel moment al muncii cu protagonistul. Astfel grupul se definește, prin experiența fiecăruia din componenții săi, ca o lume auxiliară în care membrii își oferă reciproc experiențe de susținere, contribuind în acest fel la nutrirea, întărirea și restabilirea sinelui fiecăruia.

În acest caz se folosește metodologia de acțiune pentru a se evidenția cum, în cadrul grupului de psihodramă, membrul P este perceput de colegi, astfel încât P se va localiza în centrul scenei, iar ceilalți se localizează la o anumită distanță față de el, cu o anumită postură (eventual ei pot exprima și un mesaj verbal) pentru a se arată cum se simt ei în raport cu P. Dacă vrem să evidențiem cum P își percepe colegii, el se va localiza în centrul scenei și tot el îi va localiza pe ceilalți, indicându-le atitudinea, postura și cuvintele. Acest tip de tehnică poate fi aplicat și în cadrul unui atom social din semirealitate.

Pentru ca activitatea de încălzire să fie eficace, e de dorit să includă și elemente-surpriză care să-i invite pe membrii grupului să se abandoneze acțiunii și nu să pregătească răspunsuri "corecte".

Pe parcursul încălzirii sunt favorizate (ca în general în psihodramă) relațiile intersubiective între cei din grup. Aceste relații permit autoexprimarea fiecăruia, fără să urmeze o evaluare sau o contra-replică a celorlalți. Se acreditează astfel ideea că fiecare are dreptul la propria viziune asupra lumii și că în contextul grupului e liber să și-o prezinte și să și-o exploreze. Relațiile interdependente, dimpotrivă, sunt construite în contextul dialogului care se poate transforma într-o luptă pentru impunerea propriului punct de vedere și pentru modificare perspectivei celuilalt. De aceea se utilizează în psihodramă "*suspendarea răspunsului*".

Putem face aici o analogie cu "*etapa luminii verzi*" din brainstorming în care se încurajează exprimarea liberă, oricât de fantezistă sau neobișnuită. "*Etapa luminii roșii*" care permite verificarea, probarea realității se realizează în psihodramă atunci când se trece din semirealitate în realitate, în care există niște date ale problemei care se cer respectate. Cu alte cuvinte protagonistul acceptă cerințele realității, dar vine din semirealitate cu noi resurse relaționale care-i permit să traiască relația mult mai confortabil. Catharsisul de integrare este indicatorul realizării acestei noi sinteze între cerințele realității și nevoile protagonistului.

2. În cadrul teoriilor referitoare la posibilitatea schimbării personale și a autodezvoltării, Powers vorbește despre *Terapia alegerilor realiste*, opusă teoriei controlului – obiectivul propus nu are nici o legătură cu un comportament observabil (ceea ce reglăm nu este comportamentul ci percepția noastră).

În același context, Glasser afirmă că *singura persoană pe care o putem controla suntem noi înșine. Încercarea de a-i controla pe ceilalți este o sursă de conflict*. Prin șantaj, pedeapsă, mituire, notă se poate controla comportamentul cuiva, dar imediat ce sursa dispăre și mijloacele de control încetează comportamentul își revine la normal, iar persoana practic

încetează să mai facă ceea ce vrei tu. Pornind de la această premisă, *Glasser* propune *terapia pentru realitate* – care ia în considerare realitatea. Astfel, în ierarhia sistemelor de autoreglare el identifică cinci elemente importante: nevoile, dorințele, comportamentul total și percepțiile.

• *a. NEVOILE sunt ierarhizate astfel:*

- Nevoia de dragoste
- Nevoia de supraviețuire
- Nevoia de putere (Sentimentul propriei valori: "pot să...")
- Nevoia de libertate
- Nevoia de amuzament și plăcere

• *b. DORINȚELE.* Modul agreat de persoană în a-și satisface dorințele formează anumite imagini interioare, numite și imagini mintale pe care le depozitează într-un fel de "album" ce cuprinde toate aceste imagini. Plecând de la nevoile sale omul ajunge să-și formeze aceste imagini pe care le depozitează în "albumul" personal, numit "o lume de calitate". (De exemplu, sticla pentru alcoolici este o imagine, un banchet este pentru el o lume de calitate; tot ce are un alcoolici în lumea sa de calitate este o sticlă).

Dacă răsfoim adesea acest album, putem să inventariem lumea dorințelor noastre, parcurgând traseul evoluției personale, cu împlinirile sau eșecurile prin care am trecut. O dorință neîmplinită poate constitui o bună experiență de învățare, dar și de autocunoaștere sau autodezvoltare.

c. COMPORTAMENTUL TOTAL este definit de Geisser prin:

- * Acțiuni – ce pot fi bine controlate de către subiect;
- * Gânduri – ce pot fi, de asemenea, bine controlate;
- * Simțăminte – sau sentimente ce sunt destul de slab controlate;
- * Reacții fiziologice – la fel ca și sentimentele, sunt destul de slab controlate.

Afirmatii pe care le facem uneori despre noi înșine denotă că avem controlul asupra acțiunilor noastre: "m-am deprimat", "îmi dau singur dureri de cap" etc. Ca urmare avem dovada că purtăm responsabilitatea a ceea ce am făcut – deci acțiunile pot fi și trebuie controlate.

În momentul în care controlăm una sau alta dintre acțiunile noastre, reușim, cu un anumit efort, să ne controlăm și sentimentele sau reacțiile. Pentru acest lucru este nevoie, însă, să cunoaștem toate resursele personale de care dispunem, pentru a ne mobiliza în vederea autoreglării.

• *d. PERCEPȚIILE* pot fi analizate raportându-le la cele două tipuri de filtre prin care acesta trec:

- * Filtrul jos (fizic) – (ex.: am nevoie de un scaun)
- * Filtrul înalt (valorizant) – (ex.: am nevoie de un scaun confortabil)

În întâmpinarea acestei teorii vin diferite tehnici de dezvoltare personală care-și propun întărirea sine-lui dar mai ales formarea unei gândiri realiste. Una dintre aceste tehnici este denumită simbolic "Scaunele", și are drept scop rezolvarea unor conflicte inter- și intrapersonale în sensul stabilirii limitelor individuale în relațiile cu ceilalți.

Această tehnică pare a fi destul de semnificativă printre modelele autoevaluative, deoarece surprinde cât mai multe elemente ale personalității. Este relaxantă, destul de obiectivă deoarece are loc într-o atmosferă de joc, reducându-se astfel posibilele erori de autoapreciere și autoevaluare.

Prin întrebări de genul: *Ce nemulțumiri sau ce conflicte domină repertoriul personal? Ce soluții se pot găsi în vederea rezolvării conflictelor interne sau externe? Ce nevoi și dorințe s-au conturat în sfera posibilului?* etc. se susține tăria psihică sau tendința de a privi evenimentele stresante ca pe niște provocări.

Trecerea de la joc la realitate presupune deopotrivă introspecție și analiza unor realități interioare și exterioare în relația cu sine și cu ceilalți. Dacă un "scaun" personalizat își identifică nevoile și rezolvă conflicte interne și externe, iar "ocupantul" acestui "scaun" se transpune într-un veritabil protagonist al situațiilor de viață care necesită acomodare și

adaptare la realitate, atunci jocul în sine nu este altceva decât un exercițiu prin care actorii învață cum să treacă de la imaginație la gândirea realistă.

Persoanele caracterizate de tărie psihică au un puternic simț al autocontrolului personal, ceea ce le face să fie protejate împotriva îmbolnăvirii în urma confruntării cu stresul. Oamenii care reușesc să găsească un sens într-un eveniment traumatic sunt mai puțin predispuși la probleme emoționale.

Desigur limitele dintre "a fi realist" și pesimism sau optimism naiv sunt destul de greu sesizabile, iar controlul acestora nu este ușor de învățat. Un lucru însă este cert: mintea și corpul se influențează reciproc, iar pentru a ne menține "în formă" avem nevoie, în primul rând, de o minte sănătoasă.