

# Academician Pius Brînzeu

În colaborare cu:

Academician Octavian Fodor

Prof. dr. Eduard Pamfil

Prof. dr. Mișu Anghelescu

Prof. dr. doc. Constantin Caloghera



Curs  
liber  
de  
cultură  
medicală  
generală

*Arta diagnosticului și simțul clinic*





**COLECȚIA:  
IN MEMORIAM**



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA

# CURS LIBER DE CULTURĂ MEDICALĂ GENERALĂ

## Arta diagnosticului și simțul clinic

**Academician Pius Brînzeu**

În colaborare cu: **Academician Octavian Fodor**  
**Prof. dr. Eduard Pamfil**  
**Prof. dr. Mișu Anghelescu**  
**Prof. dr. doc. Constantin Caloghera**

**Ediție îngrijită de Prof. univ. emerit dr. Dan V. Poenaru**

Editura „Victor Babeș”  
Timișoara, 2020



## **Editura „Victor Babeș”**

Piața Eftimie Murgu 2, cam. 316, 300041 Timișoara

Tel./ Fax 0256 495 210

e-mail: [evb@umft.ro](mailto:evb@umft.ro)

[www.umft.ro/editura](http://www.umft.ro/editura)

**Director general: Prof. univ. emerit dr. Dan V. Poenaru**

**Director: Prof. univ. dr. Andrei Motoc**

**Colecția: In Memoriam**

**Referent științific: Prof. univ. emerit dr. Dan V. Poenaru**

Ilustrația de pe copertă aparține versiunii în limba italiană a compendiului medical *Fascicula di medicina*, atribuit germanului Johannes de Ketham și tipărit la Veneția în 1494. Scena disecției este realizată în maniera lui Giovanni Bellini și Andrea Mantegna, doi artiști faimoși ai perioadei care și-au pus amprenta asupra reprezentărilor grafice. Imaginea combină convențiile clasice medicale cu inovațiile renascentiste. Unul dintre aceste volume rare se păstrează la Metropolitan Museum din New York, SUA, care oferă posibilitatea de reproducere în sistemul de *open source*.

© 2020 Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate.

Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport, fără acordul scris al autorilor este interzisă și se va sancționa conform legilor în vigoare.

### **Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**

#### **BRÎNZEU, PIUS**

**Curs liber de cultură medicală generală: arta diagnosticului și simțul**

**clinic** / acad. Pius Brînzeu ; în colab. cu acad. Octavian Fodor, prof. dr.

Eduard Pamfil, prof. dr. Mișu Anghelescu, prof. dr. doc. Constantin

Caloghera ; ed. îngrijită de prof. univ. emerit dr. Dan V. Poenaru. -

Timișoara : Editura Victor Babeș, 2020

ISBN 978-606-786-153-2

I. Fodor, Octavian (colab.)

II. Pamfil, Eduard (colab.)

III. Anghelescu, Mișu (colab.)

IV. Caloghera, Constantin (colab.)

V. Poenaru, Dan V. (ed.)

**Motto:**

*„Astăzi, situația nu mai este aceeași. Medicina s-a dezvoltat foarte mult, baza teoretică a devenit mult mai largă. Dar, mai ales, s-au perfecționat mijloacele de explorare, metodele de laborator. În acest mod, munca clinicianului s-a simplificat foarte mult. Se poate afirma că astăzi orice organ poate fi investigat prin metode din cele mai obiective. De la investigațiile curente de laborator, de la tensiometru și de la examenul radiologic obișnuit s-a ajuns astăzi la encefalografie, la catetismul cardiac, la explorări cu radioizotopi. Toate acestea riscă să îndepărteze medicul de bolnav. Dacă lucrurile merg astfel mai departe, diagnosticul va putea fi pus în viitor de un medic care nici nu va mai simți nevoia să examineze bolnavul. Va fi suficient ca cineva, după o scurtă discuție cu el, să-l îndrume spre laborator și spre cabinetele de explorări speciale. Apoi să se studieze dosarul și să se facă diagnosticul. Dacă nu, să se mai ceară câteva explorări de specialitate.”*

**Academician Pius Brînzeu  
(1967)**



## Notă

În anul 1966, Academicianul Pius Brînzeu, rectorul Institutului de Medicină Timișoara, a avut o inițiativă generoasă, instructivă și îndrăzneată, care s-a numit „Curs liber de cultură generală medicală”.

Acest curs s-a desfășurat până în anul 1972. Cursul se ținea în Amfiteatrul Mare (actuala Aula Magna) și auditoriul era format din studenți, cadre didactice și public din oraș, în număr foarte mare.

Temele abordate erau diverse: „Jurământul lui Hipocrate”, „Limbajul medical”, „Importanța cunoașterii în medicină”, „Tradiție, actualitate și maestru în medicină”, „Simțul clinic și arta diagnosticului”, discuții despre transplantul de cord ș.a.

Cursul a fost susținut de cadre didactice de prestigiu din Timișoara, dar și din alte centre medicale, cum au fost Acad. Octavian Fodor, Acad. Șt. Milcu, prof. Roman Vlaicu, prof. Crișan Mircioiu, prof. I. Negoită și, nu în ultimul rând, prof. George Palade, viitor laureat al Premiului Nobel pentru medicină.

Volumul de față a fost reprodus după un volum apărut în noiembrie 1967 la Litografia Institutului de Medicină Timișoara, condusă de un foarte bun specialist tipograf, domnul Nicolae Szehi.

**Prof. univ. emerit dr. Dan V. Poenaru**

**Membru al Academiei de Științe  
Medicale din România**



## Cuvânt înainte

„Omul nu este decât ceea ce știe”

Fr. Bacon

*Cogitationes de scienta hamana*

(1605)

Criteriul de apreciere a omului pe care părintele materialismului englez îl formulează în cugetarea de mai sus nu este altceva decât un omagiu adus cunoașterii. Sub acest aspect, oamenii generațiilor de astăzi sunt mai valoroși decât cei din generațiile trecute. Ei știu infinit mai mult. Dar cunoștințele lor nu mai au caracterul universal care constituia nimbul enciclopediștilor de altădată. În prezent, se merge în mod implacabil spre specializare, volumul informațiilor crește într-un ritm prodigios, iar sub povara datelor particulare omul riscă să își piardă echilibrul.

Această evoluție inexorabilă spre însușirea unui volum mare de cunoștințe, într-un domeniu din ce în ce mai restrâns, se observă și în medicină. Progresele înregistrate în ultimii ani, în toate domeniile de activitate medicală, au făcut

să crească extraordinar de mult cantitatea de cunoștințe pe care trebuie să și-o însușească viitorul medic. De aici eforturile generoase care se fac peste tot pentru o cât mai bună și mai economicoasă organizare a învățământului medical.

Pregătirea profesională singură nu poate însă duce decât la un orizont limitat, care nu este în măsură să satisfacă cerințele pe care societatea actuală le formulează la adresa tuturor membrilor săi. Cultura medicală propriu-zisă însumează date de ordin medical, cu caracter general, care nu sunt cuprinse în programa analitică. Este vorba de subiecte de mare actualitate sau de perspectivă, încă nesistemate în literatură, de probleme medicale în strânsă corelație cu domeniile din afara medicinei, cu literatura și artele plastice, cu istoria medicinei, de probleme de etică medicală. Conducerea Institutului de Medicină din Timișoara acordă o mare atenție și acestei laturi a pregătirii medicale și în acest scop a inițiat un curs liber, deschis studenților din toți anii de studii, care s-a desfășurat săptămânal și la care și-au dat concursul cadre didactice cu experiență din institutul nostru și din afara lui.

Această inițiativă s-a dovedit trainică și a găsit un larg ecou în rândul studenților. Acest lucru ne-a determinat să mergem pe aceeași cale și în anul care vine, iar lecțiile să le edităm, pentru a le pune la dispoziția acelor care vor să le revadă sau nu au putut participa la expunerea lor. În acest volum apar primele lecții, dintre care o parte sunt grupate în

jurul diagnosticului clinic (ce este simțul clinic, spiritul de observație și metoda observației în medicină, baza logică a diagnosticului...). În rest, tematica este dispartată, ceea ce intră, de altfel, în caracterul acestui curs.

Inițiativa conducerii institutului nostru s-a dovedit fericită și din două alte considerente. Mai întâi, în acest mod, studenții pot audia și cunoaște mai bine dascălii lor, indiferent de anul pe care îl urmează sau de facultatea căruia aparțin. Apoi, studenții au ocazia să asculte personalități proeminente de la alte institute medicale din țară. Participarea acestora la un curs liber din alt centru universitar onorează și în același timp subliniază înțelegerea deosebită față de o problemă de ordin educativ, tangență doar cu preocupările lor directe.

În al doilea rând, acest curs a constituit și constituie un stimulent pentru cadrele noastre didactice. Nicăieri vechiul dicton al lui Seneca „învățând pe alții, înveți” nu este poate mai valabil decât aici. Ideea aceasta, pe care o găsim în scrisorile adresate lui Lucilius, este profundă și perenă, pentru că din hrana pe care o aduni pentru alții te hrănești și din ce dai, devii bogat.

Asupra acestui lucru invit la meditație și studenții și cadrele didactice.

**Prof. Dr. Pius Brînzeu**  
**Rectorul Institutului de Medicină Timișoara**



## **Simțul clinic și arta diagnosticului**

Despre simțul clinic s-a vorbit și se vorbește foarte mult. De scris însă, nu s-a scris practic nimic. Se spune despre un medic că are simț clinic, despre un altul că nu are. Se consideră simțul clinic ca un element care este tot atât de necesar unui clinician, precum îi este necesar artistului talentul. Fără el, medicul riscă să rămână un simplu meșteșugar.

În trecutul medicinei există numeroase exemple de medici care au impresionat printr-un simț clinic, aparent cel puțin, cu totul ieșit din comun. În jurul lor s-au creat adevărate legende. Astfel, și simțul clinic a ajuns să fie considerat ca ceva misterios, greu de definit și, într-o măsură tot atât de mare, greu de explicat.

Este surprinzător faptul că această problemă nu a fost încă abordată ca subiect de sine stătător, în literatura de specialitate. În medicină s-au scris multe și despre multe, dar despre simțul clinic nu s-a scris, deși este vorba de o problemă pe care o poate trata și cel mai modest clinician, bazându-se pe propria lui experiență chiar.

Personal, socot că este vorba de o atitudine de simplă reținere în fața unui subiect spinos, greu de abordat și de tratat în mod exhaustiv. Perspectiva unei opere care se anunță de la început ca incompletă și foarte imperfectă explică aceste rezerve, chiar și acolo unde există experiență și simț clinic din plin.

Asemenea rezerve nu se justifică însă deloc dacă privim toată această problemă de pe altă poziție, aceea a medicului care crește cadre. Față de dumneavoastră, care vă formați pe băncile facultății și care veți păși în viață cu ezitățile inerente oricărui început, avem o datorie de ordin educativ. Trebuie să vă arătăm cum se explică marile succese și, în același timp, unele dureroase eșecuri ale înaintașilor noștri. Și făcând acest lucru, vă voi arăta că simțul clinic nu are nimic nenatural, că oricine se dedică medicinei poate să și-l însușească în gradul în care îi este necesar pentru practica de toate zilele.

În aceste condiții, încercarea de definire a simțului clinic merită să fie făcută deoarece, în ciuda imperfecțiunii sale, ea se anunță utilă. Iar faptul că o asemenea încercare riscă să se destrame puțin aureola de legendă țesută în jurul unor mari clinicieni nu trebuie să ne facă să ezităm. Pentru noi, aceștia rămân tot atât de mari, prin sensul vieții lor, prin excepționalele lor realizări, prin toată opera lor scrisă și nescrisă.

În acest ciclu de prelegeri am legat simțul clinic de diagnostic. Am procedat astfel deoarece am vrut să concretizez, de la început, această noțiune. Desigur, simțul clinic se poate manifesta în toate domeniile patologiei clinice. Dar manifestarea cea mai pregnantă se referă la diagnostic. De aici derivă posibilitățile noastre de a prevedea evoluția, de a face un prognostic just, de a institui o terapie corectă. Medicul cel mai bun rămâne întotdeauna acela care face diagnostice mai exacte.

Dar, referindu-mă la diagnostic, am folosit termenul de artă. Am vrut prin aceasta să subliniez că orice diagnostic reprezintă un act de creație, legat de persoana aceluia care îl realizează. Desigur, astăzi, posibilitățile de a face un diagnostic exact sunt mai mari decât oricând. Examenele clinice pot fi făcute mai temeinic, deoarece cunoștințele noastre privind patologia bolilor sunt mai bogate decât altădată, iar laboratorul ne oferă un ajutor de care nu dispuneau vechii clinicieni, sau dispuneau de el într-o măsură mult mai redusă. Cu toate acestea, chiar și în condițiile actuale de lucru, în fața aceluiași caz clinic diagnosticul poate să difere de la un medic la altul. Acest lucru se explică prin faptul că un diagnostic rămâne numai o ipoteză, bazată pe interpretarea unor date clinice și de laborator și aici, desigur, intervine elementul personal.

În evoluția unui medic, posibilitățile de a face un diagnostic exact cresc pe măsură ce el acumulează experiență și își îmbogățește cunoștințele. Cu alte cuvinte, pe măsură ce își dezvoltă simțul clinic, care rămâne baza practicii medicale. Spre aceasta trebuie să tindă medicul, în tot momentul.

În acest sens îmi propun doar acest obiectiv de a contribui la formarea voastră și de a insufla dorința spre continuă perfecționare.

În fine, în aceste lecții mă voi folosi de numeroase citate și voi face largi incursiuni în istoria medicinei. Citatele sunt ca și figurile într-un text: ilustrează ideile, fac lectura mai plăcută și îi dau mai multă claritate. Pe de altă parte, citând pe alții, nu facem altceva decât să le expunem părerile și prin aceasta îi facem și pe ei să participe la discuție. Cât despre incursiunile în domeniul istoriei, personal le consider foarte utile, pentru că trecutul permite întotdeauna o mai bună înțelegere a prezentului. Realizările de astăzi se fundamentează pe realizările înaintașilor noștri, iar cele viitoare se profilează pe propriile noastre realizări. Și, așa cum nouă ne face plăcere să gândim că urmașii noștri vor ține seama de ceea ce spunem și facem azi, și noi trebuie să ținem seama de tot ce este bun în gândul și fapta predecesorilor noștri. Acest lucru îl exprimă foarte frumos bătrânul Hipocrate. Vorbind despre principiul și metoda medicinei referindu-se la înaintașii săi, el spune: „... cu aceste elemente de îndrumare,



numeroase și excelente descoperiri au fost făcute de-a lungul secolelor, iar restul se va descoperi dacă oameni capabili, instruiți de descoperirile vechi, le vor lua ca punct de plecare a cercetărilor. Dar acela care făcând abstracție și disprețuind trecutul va încerca alte metode și va căuta alte căi și va pretinde că a găsit ceva, acela se înșeală pe sine și înșeală pe alții: pentru că acest lucru este imposibil”. Cu alte cuvinte, din nimic nu poți face nimic.



## **Lecția 1**

### **Ce este simțul clinic?**

Ca punct de plecare al discuției cred că metoda cea mai potrivită este de a alege câteva exemple de ordin practic, destinate să reflecte cel mai bine ceea ce se înțelege prin simțul clinic. În acest scop voi alege trei exemple: unul aparținând unui vechi clinician, din perioada când se poate spune că a înflorit clinica, celălalt aparținând maestrului meu, prof. Leriche, iar cel de al treilea cules din propria mea practică medicală. Am ales aceste exemple deoarece din analiza lor se degajează câteva idei deosebit de importante pentru subiectul adus în discuție.

Primul exemplu aparține lui Trousseau. Marele clinician a fost chemat într-o zi de un confrate să vadă o fetiță suferind de o afecțiune renală. Trousseau a însoțit medicul tratant la domiciliul micuței bolnave, a intrat cu el în cameră și a exclamat imediat: „Cred că este vorba de o nefrită scarlatinoasă”. Examenul care a urmat a confirmat ușor această afirmație și fetița s-a vindecat fără sechele.

Cel de al doilea exemplu aparține lui René Leriche. Într-o zi, la contravizită, mai mulți din colaboratorii lui erau adunați în jurul unui copil care prezenta o tumoră abdominală. Erau de față Fontaine, Kunlin, De Bakey, Cid Dos Santos și alții mai tineri, printre care mă număram și eu. Copilul avea 6-7 ani și prezenta o tumoră relativ voluminoasă. Cei mai mulți dintre participanții la discuție erau de părere că este vorba de o tumoră renală care, știm, că sunt foarte frecvente la această vârstă.

În acest timp, trece pe acolo și Leriche, căruia i se expune în câteva cuvinte observația cazului. Leriche ascultă cu atenție, după spune foarte laconic: „Vedeți să nu fie cumva un seminom pe un testicol ectopic”. Această supoziție s-a arătat a fi exactă. A fost vorba de o voluminoasă adenopatie preaortică, însoțind un seminom pe testicul ectopic. Tumora s-a topit sub influența radioterapiei, dar evoluția ulterioară a fost, din păcate, nefavorabilă.

Cel de al treilea exemplu se referă la un caz pe care am fost rugat să îl văd într-o clinică din București, sunt peste 10 ani de atunci. Era vorba de o persoană mai în vârstă, care prezenta o tromboflebită recidivantă a membrului inferior. Mi se cerea să mă pronunț asupra originii acestei tromboflebite, mai ales că era vorba de o persoană care slăbise mult și pe care acest diagnostic o afecta în mod deosebit. Am stat de vorbă cu bolnavul, i-am palpat cu atenție abdomenul și am comunicat apoi celor din jurul meu, ca o concluzie a

examenului făcut, că, după părerea mea, este vorba de un neoplasm de coadă de pancreas. Din nefericire pentru bolnav, diagnosticul s-a adeverit exact.

Aceste trei exemple merită să fie acum discutate pentru a se arăta elementele care au permis diagnosticul în fiecare caz luat în parte.

În primul caz, diagnosticul i-a fost sugerat lui Trousseau de o observație pe care a făcut-o înainte de a intra în camera bolnavei. În curtea din fața casei o fetiță se juca cojindu-și palmele. Astăzi, orice medic știe că după scarlatină se produce o descuamație care la nivelul mâinilor este foarte caracteristică, prin faptul că se pot detașa lambouri mari de epiderm. Este tocmai ceea ce făcea fetița noastră. Trousseau înregistrează acest lucru și cei câțiva pași pe care îi face până la bolnavă îi permit un raționament foarte simplu. Cele două fetițe sunt rudenii sau, cel puțin, prietene, și s-au jucat împreună, și-a zis el. Una din ele este convalescentă după scarlatină și această boală fiind foarte contagioasă, se poate presupune că și cealaltă fetiță, la care fusese chemat, a făcut tot o scarlatină. Cum, pe de altă parte, una din complicațiile frecvente după scarlatină este nefrita, Trousseau și-a permis să enunțe acest diagnostic, înainte chiar de a examina bolnava.

În cazul de mai sus au intervenit deci trei elemente care au făcut posibil diagnosticul: un element de observație clinică, un raționament și o bună documentare de

specialitate. Exemplul este foarte simplu, ne dă dovada că Trousseau avea spirit de observație, deoarece a prins în fugă un element pe lângă care un altul ar fi trecut fără să recepționeze nimic, că știa să gândească logic, dovadă raționamentul care l-a dus la diagnostic și că era documentat, adică știa ce este scarlatina și care sunt complicațiile ei. În acest caz, punctul de plecare al ipotezei de diagnostic a fost un fapt de observație fortuit. El ar fi făcut acest diagnostic și fără să observe fetița care își jupuia palmele, deoarece ar fi cules datele necesare din interogator, dar în acest din urmă caz diagnosticul său nu ar fi lăsat mut de admirație pe tânărul său confrate.

Aceleași elemente le întâlnim și în exemplul următor. Și aici punctul de plecare al raționamentului care a dus la diagnostic a fost un simplu fapt de observație. În timp ce i se refera cazul, Leriche privea bolnavul și cugeta. Și ceea ce a scăpat celorlalți, nu i-a scăpat lui: una din burse era goală. La acest copil în decubit dorsal, cu penisul puțin dezvoltat, bursele erau accesibile privirii și, în stânga, nu se observă proeminența pe care testiculul o determină în partea opusă. Și noi ceilalți am făcut această observație, dar numai după ce Leriche ne-a pus pe calea diagnosticului.

De la această observație au urmat toate celelalte deducții care au dus la diagnostic. Noi știm din patologie că un testicol ectopic poate degenera. La adult, în special, pericolul este mare. De aceea majoritatea chirurgilor

recomandă castrarea, deoarece coborârea nu se mai poate face, iar pericolul de a lăsa pe loc testicolul este foarte mare.

La copil însă degenerescența malignă este excepțională. Dar ea rămâne posibilă. În această situație apar repede metastazele, sub forma unor voluminoase mase preaortice.

Astfel, în timp ce ceilalți judecau pornind de la cunoștințele lor teoretice în materie de tumori abdominale și de la unele date privind cazul adus în discuție, care s-au dovedit însă neesențiale, Leriche a pornit de la o observație de mare importanță în cazul dat. În raționamentul pe care l-a făcut, el a mers pe un drum mai scurt și mai sigur. Chiar dacă presupunem că toți cei prezenți erau la fel de documentați în această problemă, Leriche este acela care a dat dovadă de un spirit de observație mai ascuțit, surprinzând un element care l-a pus imediat pe calea diagnosticului.

Un lucru care merită să fie remarcat în mod deosebit este acela că Leriche, în fond, nu a formulat un diagnostic. El s-a mulțumit să atragă atenția asupra unei posibilități: „...vedeți să nu fie cumva...” Aceasta sună mai mult a recomandare, în vederea verificării unei ipostaze, și nicidecum ca o negare a diagnosticelor puse eventual de colaboratorii săi. De aici reiese delicatețea și tactul șefului de școală și, în același timp, modestia lui.

În cel de al treilea exemplu lipsește faptul de observație clinică care orientează imediat spre diagnostic. Acesta a fost însă posibil grație unui pur raționament, bazat el însuși

pe o bună cunoaștere a problemei. Dar și aici ipoteza, bazată pe cunoaștere și gândire logică, a fost confirmată prin observație.

Personal, ori de câte ori am fost chemat într-un consult, am cerut imediat unele lămuriri pentru a fi informat cât mai din timp asupra cazului. Astfel, am început să meditez asupra situației patologice date, cu mult înainte de a examina bolnavul.

În cazul pe care urma să-l văd era vorba de un bolnav de 65 de ani, care prezenta o tromboză a membrului inferior stâng, o formă mai degrabă trenantă decât recidivantă. Bolnavul era foarte afectat, deoarece timpul trecea și, în loc ca să se facă mai bine, el continua să slăbească, și-a pierdut pofta de mâncare, iar local, nu numai că fenomenele nu prezentau tendință la retrocedare, dar cu puțin înainte de a-l vedea, s-a produs chiar o recrudescență.

În acest caz, primul la care trebuia să mă gândesc era posibilitatea apariției unei tromboflebite ca prima manifestare a unui cancer visceral. Orice tromboflebită are o cauză. Uneori, aceasta este ușor de pus în evidență: tromboflebită postoperatorie, o tromboflebită postpartum sau tromboflebita la un traumatizat, la un cardiac, într-un caz de infecție. Alteori, cauza este mai greu de identificat. Întotdeauna însă, mai ales dacă este vorba de o persoană în vârstă, care prezintă micile semne de impregnare neoplazică, trebuie să ne gândim la un cancer. De cele mai



multe ori este vorba de un cancer abdominal, organele mai frecvent interesate fiind ficatul și pancreasul. Apoi, ca frecvență, vin localizările digestive, pelviene, cele toracice, ca de exemplu cancerul pulmonar.

Toate acestea le știam. Cunoșteam boala de care a suferit însuși Trousseau, pe care l-am citat cu puțin înainte. Acesta, în prezența unei flegmații alba dolens, și-a pus singur diagnosticul de cancer de stomac, de pe urma căruia a și sucombat. De aceea mulți autori, în prezența unei tromboflebite simptomatice la un canceros, vorbesc de semnul lui Trousseau.

Dar, unde putea fi localizat cancerul la bolnavul pe care urma să-l examinez, în caz că exista un cancer? Aici, ipotezele de formulat erau foarte puține la număr. Era vorba doar de un bolnav internat de mai multă vreme într-o clinică mare de interne, unde el a fost văzut de mai mulți medici și supus la numeroase investigații de laborator. Trebuia deci, în acest caz, să presupun o localizare greu de precizat clinic, unde explorările de laborator nu sunt hotărâtoare. Astfel, era evident că s-ar fi pus un diagnostic complet și nu ar mai fi fost nevoie să fie chemați și alții să vadă cazul.

Meditând mai mult asupra lui, am revenit la ideea unui neoplasm de ficat sau de pancreas. Un neoplasm de ficat poate fi multă vreme latent, dar nu este nici el chiar atât de greu de diagnosticat, dacă te gândești la această posibilitate. Tot așa stau lucrurile și cu neoplasmul de pancreas,

mai ales în localizările cefalice sau la nivelul corpului, care se manifestă clinic prin icter sau dureri de tip celiac. Neoplasmul de coadă de pancreas se manifestă mai tardiv, atunci numai când tumora devine accesibilă palpării.

Astfel, când am mers la consult, eram convins că este vorba de un neoplasm, deoarece nu putem pune pe seama tromboflebitei tulburările de ordin general pe care le prezenta bolnavul. Rămânea numai să îl gădesc. Tromboflebita asupra căreia eram chemat să mă pronunț mă interesa prea puțin.

La examenul pe care l-am practicat am găsit o împăstare profundă în flancul stâng, sub rebordul costal. Bolnavul era slab, iar eu am palpat cu multă grijă schimbându-i poziția și m-am convins că este vorba de o tumoră profund situată, care corespundea cozii pancreasului.

În acest caz, punctul de plecare al diagnosticului a fost raționamentul, bazat pe o bună documentare. Elementul de observație clinică este acela care a confirmat diagnosticul. Ne regăsim deci aici în fața aceluiași elemente care stau la baza simțului clinic: documentare teoretică, observație practică, raționament. Pe acest trepied se fundamentează diagnosticul, care constituie factorul cel mai important în practica medicală.

\*

Dacă încercăm acum să dăm o definiție a simțului clinic, acesta ne apare ca o aptitudine a clinicianului de a evalua cât mai repede și cât mai complet o situație patologică. Este vorba de o aptitudine care constituie una din laturile cele mai importante ale personalității medicale și care se bazează pe cele trei elemente majore menționate mai sus. Orice medic trebuie să posede simț clinic, dar acesta apare în unele specialități mai necesar decât în altele. Astfel, internistul sau chirurgul se găsesc mai des în situația de a da dovadă de simț clinic, decât un medic de laborator sau un igienist. De aceea, în definiția de mai sus simțul clinic este considerat ca o aptitudine caracteristică clinicianului, adică medicului care vine în contact nemijlocit cu bolnavul. Tot din definiție reiese că această aptitudine se referă la posibilitățile de evaluare a unei situații patologice. Prin aceasta am vrut să înțeleg că simțul clinic nu este legat numai de diagnostic. Desigur, diagnosticul constituie factorul cel mai important în practica medicală și din modul cum un medic pune diagnosticele se reflectă cel mai bine simțul său clinic. Dar, de simț clinic poate da dovadă medicul și atunci când stabilește cauza unei boli, când apreciază evoluția și prevede o complicație, când formulează prognosticul.

În fine, se poate considera că orice clinician posedă simț clinic. Altfel, el nu ar putea practica medicina. Dar un medic evaluează mai repede situația patologică în fața căreia este pus și în mod mai complet decât un altul. Cu alte

cuvinte, un medic posedă mai mult simț clinic decât altul, pentru că și-a însușit mai multe cunoștințe, are mai multă experiență practică și judecă mai bine lucrurile. Trousseau a dat dovadă de mult simț clinic, pentru că a pornit de la o simplă observație, care l-a dus aproape instantaneu la diagnostic. Dar el a verificat acest diagnostic, practicând în continuare un examen foarte amănunțit, astfel că nu poate fi acuzat de superficialitate.

Simțul clinic nu este deci ceva înăscut. De acest lucru trebuie să fim astăzi convinși cu toții. Ideea aceasta o formulează foarte precis H. Roger, într-unul din cele mai clasice tratate de medicină: „Pentru a clasa și a interpreta tulburările patologice nu este deloc necesar, așa cum se repetă adeseori, un dar deosebit, un fel de însușire divinatorie. Artă de a face un diagnostic nu este înăscută; ea se câștigă prin studiul teoretic al patologiei, prin examenul repetat al bolnavilor”.

Aceasta este părerea clinicianului. Să vedem acum și părerea unui om de știință în această problemă. Iată, de exemplu, ce spune Claude Bernard: „Am auzit adeseori medici, cărora li se cerea explicația unui diagnostic pe care l-au pus, răspunzând: știu cum recunosc un asemenea caz, dar aceasta se vede; sau dacă erau întrebați de ce administrează anumite remedii, ei răspundeau că nu ar putea explica exact, ceea ce nici nu trebuie să li se ceară, pentru că tactul lor, intuiția lor, le servesc drept ghid. Este ușor de

înțeles că medicii care raționează astfel omoară știința. Dar, în afară de aceasta, nici că s-ar putea protesta cu prea multă forță împotriva unor asemenea idei, care sunt rele nu numai pentru că înăbușă la tineri orice germene al științei, dar mai ales pentru că favorizează lenea, ignoranța și șarlatanismul. Eu înțeleg perfect ca un medic să afirme că nu își dă întotdeauna seama, în mod rațional, de ceea ce face și admit ca el să presupună că știința medicală este cufundată în întunericul empirismului, dar ca el să pornească de aici și să își ridice tactul său medical sau intuiția la înălțimea unui criteriu pe care să pretindă apoi a-l impune, fără altă dovadă, iată ceea ce este complet antiștiințific”. Tot Cl. Bernard spunea următoarele: „Un practician desăvârșit trebuie nu numai să fie foarte instruit din punctul de vedere al științei, dar el trebuie să mai fie încă om cinstit, dotat cu mult spirit, cu tact și cu bun simț”.

Primul citat din cele de mai sus l-am ales pentru că el precizează, fără niciun echivoc, poziția omului de știință în problema care ne interesează. Este profund antiștiințific să vorbim de simț clinic ca de ceva înăscut, ca de un dar al naturii, pe care unii îl au, iar alții nu.

Cel de al doilea citat l-am ales pentru că aici Cl. Bernard vorbește despre tact și despre bun simț ca despre două calități care, între altele, sunt necesare medicului care vrea să devină un practician desăvârșit. Asupra acestei probleme trebuie să ne oprim puțin, deoarece textele de mai sus au

fost scrise de mult, sunt peste 100 de ani de atunci, într-o vreme când conținutul semantic al acestor cuvinte nu era așa de bine precizat ca astăzi. Confuzia între aceste noțiuni este mai veche, mai ales între simțul clinic și tactul medical, ea datând din vremea când clinica propriu-zisă era abia pe cale de formare. Iată, de exemplu, cum se exprimă Corvisard, în anul 1808: „Ce este deci această privire medicală care depășește adeseori cea mai vastă erudiție și cea mai solidă instrucție, dacă nu rezultatul exercițiului, metodic și just, al simțurilor, de unde derivă ușurința de aplicare, rapiditatea în stabilirea raporturilor, vioiciunea și siguranța în judecată, astfel că toate actele par simultan, ansamblul lor fiind cuprins sub numele de tact”. Acest tact despre care vorbește Corvisard nu este altceva decât simțul clinic, care a existat chiar și înaintea clinicii de astăzi.

De altfel, între tact, bun simț și simț clinic se fac și în prezent confuzii. Să încercăm deci să degajăm semnificația lor.

Tactul este un simț al măsurii, care ne permite să adoptăm în orice moment atitudinea cea mai potrivită privind comportarea noastră în societate. În esență, tact înseamnă atitudine plină de grijă față de cei din jurul nostru. Tactul medical reprezintă priceperea medicului de a se comporta față de bolnavi și se bazează pe o bună cunoaștere a psihologiei omului suferind. El se învață din exemplul altora, dar mai ales tactul reprezintă un produs al disciplinei

conștiente, ea însăși consecința unei educații temeinice, sub aspect intelectual, etic și estetic.

În aceste condiții, conținutul noțiunii de tact ne apare foarte clar. Să ascultăm și părerea a doi mari clinicieni, Paul Savy și Noël Fiessinger.

„A avea tact înseamnă pentru medic a ști să țină seama de caracterul și de starea socială a bolnavului, înseamnă a asculta plângerile sale cu bunăvoință și a-l dirija apoi cu autoritate, fără bruschețe și cu bunătate, fără slăbiciune; înseamnă a-l lămuri suficient asupra gravității stării sale, pentru a obține de la el să se supună regulilor prescrise, fără a înceta niciun moment a-l liniști și a-l încuraja; înseamnă ca în cursul interogatorului și al examenului să nu îl atingem nici în susceptibilitate, nici în pudoare, nici în prejudecățile sale, fără a neglija totuși vreo chestiune, vreun mijloc de explorare de care ar depinde diagnosticul. În realitate, tactul este înnăscut, el nu se poate lua de-a gata, dar el se poate dezvolta și aceasta prin educație și cultură generală”, ne spune P. Savy.

Aceste observații, foarte juste, dar care necesită un mic corectiv, le completează foarte frumos N. Fiessinger: „Medicul care trebuie să împingă până la extrem un interogator, descoperă ușor întrebări care nu trebuie puse, la care el este acela care trebuie să ghicească răspunsul. Tânărul student crede de datoria lui să întrebe orice, și vrute, și nevrute, fără să țină seama de reacțiile posibile. Puțină

experiență îl corectează repede. Astfel se ajunge ca unele subiecte dificile pe care bolnavul le ține secrete, ca viața sa particulară sau unele sentimente mai intime, să fie abordate printr-o muncă de circumlocuție. A descoperi, de exemplu, în unele împrejurări vârsta unei bolnave este tot atât de greu ca și a căuta un ac într-un car de fân”. Mai departe, Fiessinger vorbește despre depistarea sifilisului, mai ales la femeie, și despre alte informații, care toate trebuie obținute cu tact, prin muncă de ocolire, prin perifrază, urmărind în tot momentul să menajăm bolnavul.

Din cele de mai sus reiese că tactul este o trăsătură de caracter care nu trebuie confundat cu simțul clinic. El nu este înăscut, cum spun Savy, ci se câștigă în familie, în școală, în societate. De tact dispune orice student, în grad variabil, desigur înainte de a începe studiile universitare, iar tactul medical și-l însușește repede, deoarece este vorba doar de o problemă de adaptare la specificul unei anumite munci. Simțul clinic este o aptitudine, pentru care unul poate avea mai multă înclinație decât altul, dar care se câștigă mai greu, deoarece presupune cunoștințe bogate, experiență multă, idee clară.

Bunul simț, la rândul său, reprezintă tot o trăsătură de caracter. Din punctul de vedere care ne interesează aici, bunul simț reprezintă capacitatea medicului de a se orienta în viață, în multiplele probleme pe care le ridică activitatea sa medicală, unde nu este vorba numai de patologie. Bunul



simț și judecata sănătoasă reprezintă calități necesare și valabile în toate domeniile de activitate: „Fără bun simț și fără judecată, spune Morache, medicul nu va putea face o operă utilă; de cele mai multe ori el va vedea și va păși alături, ori, mai nenorociți decât astigmații vizuali, astigmații intelectuali nu găsesc lentile care să le corecteze tulburarea de vedere. Pentru ei, studiul este aproape fără folos, iar timpul și experiența nu fac decât să adâncească mediocritatea lor deplorabilă”.

Bunul simț reprezintă o calitate de o incomparabilă valoare pentru om. „El este stăpânul vieții umane”, după Bossuet, „prima calitate a geniului” după Montesquieu. Cu el se naște omul, dar și el se dezvoltă, ne spune Emile Sergent: „Bunul simț este un dar înăscut, dar poate fi dezvoltat. El presupune inteligență suficientă, adică o inteligență de bună calitate, care să nu inspire însă aceluia care o posedă atâta încredere în superioritatea lui, încât să nu se îndoiască niciodată de puterea lui și, socotind că ezitarea este proprie inferiorității, să își adjuge dreptul de a formula axiome, de a decreta legi și de a erija dogme intangibile. O astfel de mentalitate este în opoziție cu exigențele clinicii și incompatibilă cu simțul practic care trebuie să stea la baza ei”.

Activitatea de toate zilele, educația, dezvoltă bunul simț, dezvoltă tactul. Chiar și inteligența, care reprezintă un numitor comun, se dezvoltă și ea în activitatea practică. Ne-o spune, în spiritul vremii sale, Malgaigne, care a strălucit

poate cel mai mult prin inteligență: „... inteligența este un dar de la Domnul și dacă ea ar ajunge, numai lui i s-ar cuveni laude. Ceea ce aparține însă în întregime omului, pentru că el este liber, e modul cum știe să o folosească; noi știm, de altfel, că cea mai frumoasă inteligență se epuizează și rămâne sterilă, într-o rușinoasă inacțiune, în timp ce exercițiul o fortifică, iar munca o fecundează. Adăugați deci binefacerii divine a inteligenței o voință fermă și generoasă, o perseverență pe care nimic să nu o descurajeze, o muncă susținută, dusă cu tenacitate – *labor improbus* –; în acest mod ajungem stăpânii destinului nostru, în acest mod se fac lucrurile mari, se formează oamenii mari”.

Mai rămâne de discutat, la acest capitol, o ultimă problemă, aceea a intuiției și a simțului clinic, două noțiuni care se confundă de foarte multe ori în vorbirea de toate zilele. Am văzut ce este simțul clinic, să vedem acum ce trebuie să înțelegem prin intuiție.

Prin intuiție, în sensul la care ne referim aici, se înțelege descoperirea în mod brusc, în aparență fără nicio judecată anterioară, a unui adevăr, a unei idei, a unei soluții la o problemă oarecare. S-a spus despre intuiție că este o capacitate superioară proprie unor anumite persoane, de a pătrunde în esența lucrurilor și a fenomenelor, fără vreo elaborare logică prealabilă. În realitate, ca și simțul clinic, nici intuiția nu are nimic mistic, nimic irațional, ea nu este decât

rezultatul experienței, al cunoștințelor câștigate, al activității anterioare a gândirii.

În medicină, intuiția permite diagnostice dintr-o singură privire, așa cum o să vedem în alt capitol. Ea ne permite uneori să evaluăm gravitatea unei situații patologice în clinică, sau natura unor modificări organice în cursul unei operații, cu viteza cu care un bun șahist, de exemplu, evaluează o poziție din cele mai complicate pe tabla de șah.

Din cele de mai sus reiese că intuiția și simțul clinic reprezintă două noțiuni foarte apropiate. Amândouă sunt abstracte, au un caracter general și prezintă raporturi de concordanță. Ele coincid chiar, parțial. Noțiunea de intuiție are însă o sferă mai largă, deoarece ea cuprinde ansamblul proceselor de reflectare senzorială a obiectelor și fenomenelor realității, din toate domeniile de activitate, în timp ce simțul clinic se referă la un singur domeniu de activitate, la medicină. În schimb, noțiunea de simț clinic are un orizont mai bogat. Simțul clinic cuprinde toate însușirile esențiale pe care le posedă intuiția, adică posibilitatea de rezolvare a diagnosticului în mod subit, de înțelegere nemijlocită a situației, fără niciun raționament prealabil. În plus însă, el cuprinde și notele esențiale ale diagnosticului clinic, unde intervine gândirea logică, unde impresionează calitatea și viteza raționamentului. Intuiția este *Blick* – diagnosticul autorilor germani, în timp ce simțul clinic este *flair-ul* autorilor francezi.

În fine, spre deosebire de bun simț și de tact, ucenicul în arta medicinei nu dispune când își începe studiile de simț clinic și nu are încă posibilitatea să aprecieze unele situații pe cale intuitivă. El trebuie să se formeze, să-și însușească cunoștințele necesare, să câștige experiență, să învețe să judece. Dar simțul clinic trebuie să se situeze în contextul celorlalte calități care formează personalitatea medicului. Unele trăsături de caracter, ca tenacitatea, perseverența și, cu deosebire, interesul pe care medicul îl acordă îngrijirii bolnavilor, contribuie la dezvoltarea simțului clinic. Acesta rămâne o aptitudine de ordin special, legată de activitatea medicală, dar și ea, ca și aptitudinile generale, este profund influențată de calitățile individului, de dragostea și de puterea lui de muncă.

Acest lucru îl exprimă foarte frumos Iacobovici și citatul său va putea servi ca încheiere la această lecție: „Să vă pregătiți sufletul pentru tot ce este mai bun și mai frumos, să căutați să vă faceți o cultură generală temeinică și să căutați apoi să vă formați spiritul, așa ca să fie analitic și sintetic, căci prin observație și experiență se poate dobândi un nou simț: simțul clinic”.

Într-adevăr, la baza simțului clinic stă cultura medicală, judecata sănătoasă, dar acuitatea lui este direct legată de observația clinică și de experiența practică.

## **Lecția a 2-a**

# **Spiritul de observație și metoda observației în medicină**

Din lecția care precede reiese că la baza simțului clinic stă observația bolnavului, cunoașterea medicală și gândirea logică. În cele ce urmează voi discuta problema observației, ca latură a pregătirii medicale. Pentru a sublinia, de la început, importanța observației medicale și a avea un punct de plecare pentru discuție, mă voi folosi de două citate. Primul aparține lui Laënnec, căruia îi revin merite cu totul deosebite în dezvoltarea clinicii și în fundamentarea ei pe baze anatomice. Iată ce spune el: „Nu ajungi la un rezultat în medicină decât prin observații numeroase și destul de apropiate pentru a putea stabili ușor comparația între fapte, singura capabilă să le reducă la justa lor valoare și să permită găsirea adevărului în mijlocul erorilor pe care le generează în mod continuu lipsa de experiență a observatorului (aptitudinile lui inegale), iluzia simțurilor sale, ca și greutățile inerente metodei de explorare pe care o folosește”.

Celălalt citat aparține lui Trousseau, urmașul direct al lui Laënnec: „Medicina, spune el, este arta de a vindeca, ea nu este decât atât; vindecarea este scopul nostru și toate metodele pe care le folosim duc, până la urmă, la terapeu-tica medico-chirurgicală. Se prezintă mai multe metode, dar toate, fără excepție, în toate timpurile și în toate școlile, sunt fundamentate pe observația prealabilă a faptelor. A fost necesar ca să se privească, să se vadă, ori de câte ori s-a pus problema să se câștige o noțiune, sau să se sistematizeze cunoștințele... Astfel, orice medic, în lumea întreagă, a privit, a văzut, a comparat...”

Aceste citate ne duc înapoi, spre Sydenham, care cu 200 de ani înainte spunea că a judeca fără a observa înseamnă a clădi în aer, ne duc spre medicina antică greacă, care a fundamentat practica medicală pe observația bolnavului, punând astfel medicina pe baze științifice. Privind lucrurile prin prisma istorică, prima problemă care se pune pentru noi este aceea de a stabili începând din ce moment putem vorbi de spirit de observație în medicină și când a fost pusă la punct metoda observației.

Din acest punct de vedere distingem trei perioade în evoluția medicinei: o primă perioadă a medicinei empirice, când nu se poate vorbi decât de spirit de observație, o a doua perioadă a medicinei științifice, când a fost fundamentată metoda observației, și a treia perioadă, care a început odată cu Renașterea, dar care devine evidentă abia spre

sfârșitul secolului al XVIII-lea și începutul secolului al XIX-lea când, sub impulsul metodei anatomo-clinice, a înflorit clinica propriu-zisă. Este, după părerea mea, foarte instructiv să ne oprim puțin asupra acestor perioade deosebit de importante în evoluția medicinei clinice, care ne interesează aici.

Dintre toate, desigur, cea mai lungă este perioada medicinei empirice. Omenirea datează de multe milenii și odată cu ea au apărut primele boli, au survenit primele răniri. Astfel a apărut și medicina, bazată pe observația bolnavilor și a răniților. Se poate deci afirma că spiritul de observație a stat ca temelie primelor începuturi ale medicinei. Fără observația manifestărilor patologice sau accidentale, fără compararea lor și reținerea a ceea ce se repetă, nu s-ar fi putut constitui medicina.

Desigur, medicina comunei primitive era o medicină empirică, aservită în întregime religiei. Cei care se ocupau de tratamentul bolnavilor erau reprezentanții divinității, preoții, vrăjitorii, magii. Boala era o pedeapsă a zeilor, bolnavul – un păcătos. Pentru vindecarea lui se aduceau jertfe, se practicau descântece, iar pentru prevenirea bolii se fabricau talismane, amulete.

Această interpunere a unei divinități între bolnav și medic, în măsura în care se poate vorbi de medic în epoca aceea, reprezintă un element frenator în calea dezvoltării medicinei. Atâta timp cât medicul nu simțea nevoia să stea de vorbă cu bolnavul, să îl examineze, să urmărească eviden-

țierea unei cauze a tulburărilor, medicina nu putea progresa decât într-un ritm foarte lent. Cu toate acestea, foarte multe boli erau cunoscute. Unele documente de pe vremea faraonilor, cum este papyrusul lui Edwin Smith, care precede cu 2500 de ani scrierile lui Hipocrate, atestă că exista în epoca aceea o practică medicală, că medicii examinau bolnavii, că le aplicau diferite tratamente. Personal, am văzut într-unul din muzeele din Philadelphia prima rețetă sumeriană, a cărei vechime este de 3000 de ani. Un alt exemplu este codul Hammurabi, care reglementa practica medicală în Mesopotamia și în care se arată pedepsele ce trebuie aplicate medicilor în caz de greșeală.

Aceste exemple, ca și multe altele care pot fi culese din medicina veche chineză sau indiană, sunt dovada unei practici medicale a cărei latură pozitivă o reprezintă tocmai observația bolnavilor. Spiritul de observație a permis identificarea unor simptome, izolarea unor boli, verificarea unor gesturi terapeutice. Astfel, observația de zi cu zi a dus la constituirea unei zestre teoretice a medicinei, foarte săracă desigur, în care cunoștințele cele mai precise se refereau la patologia externă, la traumatisme, plăgi sau infecții. Aceste cunoștințe erau transmise de la om la om, de la tată la fiu. Din nenorocire, modul de a gândi, practicile mistice și intervenția supranaturalului la tot pasul au împiedicat emanciparea medicinei.



Situația se schimbă în bine odată cu progresele pe care le face medicina antică greacă. Simbolul acestei medicine este Hipocrate. Vorbind despre el, noi ne gândim la o anumită epocă, la progresele înregistrate în acea epocă, la toți aceia care au contribuit la mersul înainte al medicinei.

Hipocrate pornește și el de la observația bolnavilor, de la examenul lor amănunțit, dar elimină supranaturalul. El pune medicina pe baze reale, interpretează rațional fenomenele și fundamentează astfel medicina științifică, materialistă.

Hipocrate pune la punct o metodă care trebuie să stea la baza practicii medicale și care constă în mai multe operații:

- prima operație constă în recunoașterea bolilor prin simptomele pe care le prezintă,
- a doua operație constă în cercetarea cauzelor,
- a treia operație constă în stabilirea prognosticului,
- a patra operație reprezintă tratamentul, care ne apare ca o concluzie logică a operațiilor care preced.

Această metodă este fundamentată pe observația bolnavilor, pe care o fructifică un raționament logic. Aici nu este deci vorba numai de spirit de observație. Avem de-a face cu o metodă mai complexă, asupra căreia este necesar să ne oprim puțin.

Punctul de plecare al metodei îl constituie evaluarea precisă a elementelor prin care se manifestă boala, față de starea de sănătate. Iată cum se exprimă Hipocrate, referitor

la principiul metodei sale: „A examina dintru început asemănările și deosebiriile cu starea de sănătate și cele mai importante prin efectele lor și cel mai ușor de recunoscut și cele pe care ni le furnizează toate mijloacele de observație; a urmări ceea ce se poate vedea, atinge, auzi; ceea ce se poate percepe privind, atingând, mirosind, gustând și aplicând inteligența; în fine, ceea ce se poate cunoaște prin toate mijloacele de cunoaștere”.

Este vorba aici de folosirea observației, sub toate formele, dar și a tuturor mijloacelor de cunoaștere pe care ni le oferă rațiunea. Aceasta însemnează că nu poți recunoaște bolile decât prin simptomele pe care le prezintă. Trebuie să observi, să reții și să compari. Când Hipocrate vorbește, de exemplu, despre luxația umărului, el recomandă să se compare partea bolnavă cu partea sănătoasă. În general, el se extinde foarte mult asupra semnelor, asupra interogatorului, dar subliniază faptul că acesta trebuie să fie urmat de examenul bolnavului. Aici, el critică școala rivală din Cnidia, care se mulțumește numai cu interogatorul, nu examinează bolnavii și merge prea departe în subdivizarea bolilor.

Observația bolnavului stă și la baza celei de a doua operații, aceea a cercetării cauzelor. Pornind de la elementele obiective ale observației, Hipocrate arată că bolile au cauze naturale. El studiază acțiunea anotimpurilor, a vânturilor, a climatului, a solului și a apelor. El vorbește despre condițiile de viață, despre alimentație, despre

surmenajul intelectual, despre excese și despre abținere, despre hereditate și despre contagiune.

Cea de a treia operație, stabilirea prognosticului, pornește tot de la observație. Hipocrate, în opoziție cu marii clinicieni de mai târziu, atribuie prognosticului o importanță mult mai mare: „Cel mai bun medic mi se pare, spune el, acela care știe să cunoască dinainte... El va trata cu atât mai bine bolile cu cât va ști, pornind de la starea prezentă, să prevadă viitorul”. Aceasta înseamnă tot observație. De altfel, el precizează acest lucru: „Acela care vrea să învețe să prevadă cum trebuie care bolnavi se vor vindeca și care vor muri, la care boala va dura mai multe sau mai puține zile, acela va trebui să judece lucrurile prin studiul semnelor și prin comparația valorii lor reciproce”. Aceste semne pe care Hipocrate le descrie pe larg în tratatul asupra prognosticului sunt luate din aspectul obrazului, din atitudinea bolnavului, care doarme sau delirează, care suferă sau nu, din starea lui febrilă, din examenul respirației, a vărsăturilor și a sputei, a urinei și a scaunului, din examenul gâtului, a toracelui și a abdomenului.

În fine, tratamentul se bazează și el pe observație. Medicul trebuie să urmărească boala, să intervină cât mai puțin, ca să nu facă rău bolnavului, mai ales atunci când evoluția merge spre vindecare, prin intervenția naturii însăși.

Toate acestea ne arată că metoda pe care Hipocrate o introduce în medicină este o metodă complexă, în care primează observația bolnavului.

Să vedem acum în ce măsură această metodă a fost utilă, cu alte cuvinte, să ne oprim puțin asupra unor realizări deosebite, la baza cărora stă metoda observației.

Iată un prim exemplu, sub forma unui citat cules din tratatul asupra plăgilor capului: „Când un medic uită să descopere și să trepaneze în caz de plagă a capului, unde acest lucru ar fi necesar, se va declara febra; plaga se va decolora, va deveni vâscoasă, va lua aparența saramurei, având o culoare puțin lividă. Convulsiile vor apare în cele mai multe cazuri într-o parte a corpului; dacă plaga este în partea stângă a capului, va fi cuprinsă de convulsii partea dreaptă a corpului; dacă plaga este în partea dreaptă, convulsiile vor fi în stânga corpului. Unii vor cădea într-o stare de apoplexie. Astfel, moartea va surveni înainte de 7 zile vara sau înainte de 14 zile iarna”.

Citatul de mai sus este impresionant prin precizia descrierii și prin exactitatea indicației operatorii. Tot atât de frumos este și următorul citat din micul tratat asupra vederii: „Dacă cineva, ai cărui ochi sunt de aspect normal, își pierde vederea, el trebuie vindecat incizând în vârful capului, trepanând și lăsând să iasă hidropizia și astfel ochii vor redeveni normali”.

Această frază este foarte bogată în conținut, deoarece ea ilustrează în mod clar o tehnică terapeutică din cele mai moderne, trepanația decompresivă în sindromul de hipertensiune intracraniană însoțită de amauroză. Și astăzi, în unele cazuri de tumori intracraniene inoperabile, se practică această intervenție paliativă, care duce la recuperarea, temporară desigur, a vederii bolnavului.

Hipocrate descrie și paraplegia pe care o observă în unele cazuri de compresiune medulară prin abces rece și în fracturile complicate ale coloanei vertebrale. „La acești răniți, spune Hipocrate, rana și scaunele dispar adeseori, picioarele și membrele inferioare, în întregime, sunt mai reci, lovite de neputință și de stupoare. În cazul când sediul este mai apropiat de părțile superioare, neputința și stuporea ocupă tot corpul”.

În tratatul asupra fracturilor și luxațiilor, Hipocrate vorbește, între multe altele, despre metoda extensiei, care se folosește încă și astăzi în reducerea fracturilor de femur. Iată ce spune el cu o amară ironie, la adresa medicilor care nu tratează corect aceste cazuri: „Punctul capital în extensie este ca aceasta să nu fie insuficientă..., pentru că este foarte rușinos și e păcat să rămână coapsa prea scurtă. Scurtarea membrului inferior îl face pe om să șchioapete, astfel că ar fi mai avantajos pentru acela care urmează să fie tratat incorect să aibă amândouă picioarele rupte, decât unul singur, pentru că astfel și-ar păstra echilibrul”.

Exemple de observație corectă, care ilustrează gradul avansat al medicinei hipocratice, se pot da și din patologie. Hipocrate descrie precis febrele malarice, oreionul cu manifestările parotidiene și complicațiile testiculare, descrie dizenteria și holera, anginele și gripa, icterele și epilepsia. El descrie și supurațiile pleuro-pulmonare, dar confundă pleurezia cu peripneumonia. În schimb, este impresionant de precis în redarea clinică a empiemului, a semnelor generale de supurație, care permit diagnosticul de supurație pulmonară, a complicațiilor acestora, ca unghiile hipocratice și vomica. El identifică chistul pulmonar și face analogia cu tumorile lichide de acest gen, care se observă la bou, câine și porc.

Pentru a pune diagnosticul unei afecțiuni pleuro-pulmonare, Hipocrate a completat observația simplă cu mijloace speciale de investigație. El ascultă toracele, reține frecăturile pleurale, comparându-le cu pielea nouă care se frânge. Pentru a identifica lichidul în pleură, el descrie o manevră care este cunoscută încă și astăzi sub numele de sucusiune hipocratică: pacientul este așezat pe un scaun bun, apoi un ajutor îl scutură, ținându-l de umăr, în timp ce medicul ascultă să vadă în ce parte a toracelui se produce zgomotul pe care el îl compară cu sunetul pe care îl produce lichidul într-o oală scuturată.

În fine, merită să fie reținută descrierea trăsăturilor obrazului, în unele afecțiuni grave, cum ar fi peritonitele, pe

care el le grupează într-un tablou, cunoscut astăzi sub numele de faciesul hipocratic, a cărui importanță prognostică este de netăgăduit.

Avântul pe care îl ia medicina hipocratică cu aproape patru secole înaintea erei noastre a continuat în veacurile următoare. Observația bolnavului este în onoare la școala din Alexandria, unde se practică și disecții, ceea ce dă un impuls deosebit anatomiei. În ceea ce privește clinica, Herophil și Erasistrat studiază pulsul, a cărui importanță clinică a neglijat-o Hipocrate. Ei arată varietățile lui, apreciază forța bătăii, viteza, caracterul bondisant sau nu, aducând prin aceasta o importantă contribuție la semiologia bolilor.

Din acest punct de vedere putem cita două diagnostice celebre, unul aparținând lui Hipocrate, celălalt lui Erasistrat, interesante pentru că s-a ajuns la clarificarea cazurilor pe două căi diferite. Hipocrate a fost chemat să-l îngrijească pe Perdicas al II-lea, regele Macedoniei, care era îngrijit de mai multă vreme, dar fără de succes, deoarece nu i se găsea cauza bolii. Chiar și cei mai cunoscuți medici, aparținând școlii din Cnidia, eșuaseră. Hipocrate îl studiază pe îndelete și își dă seama că nu este vorba de ceva organic. El îl observă în continuare, în diferite situații și stabilește până la urmă că este îndrăgostit de Phila, una din favoritele tatălui său. Odată cauza aflată, vindecarea a fost obținută în mod foarte simplu.

Erasistrat, la rândul său, un secol și ceva mai târziu, vindecă în mod miraculos pe Antiochus, fiul regelui Seleucos, care și el era îngrijit pentru o boală foarte misterioasă. Diagnosticul a fost pus mai repede și mai simplu de Erasistrat, care a constatat o impresionantă accelerare a bățăilor pulsului la apariția Stratonei, cea de a doua soție a tatălui său.

Aceste observații reprezintă documente clinice de valoare, dar sunt interesante și prin faptul că ilustrează moravurile din vremea aceea.

Tot în această epocă se descrie diabetul, ascita, arătându-se că în acest caz ficatul este mic și dur.

Sub influența lui Hipocrate se situează și cunoscutul medic roman Celsus, care, în secolul I al erei noastre descrie poliomielite, elefantiaza, inflamația. Denumirile pe care le folosim astăzi de tumor, rubor, dolor, calor îi aparțin lui. Pe el îl interesează mult latura practică a medicinei, contribuie la terapeutila medicamentoasă, în special prin extrase de plante, descrie numeroase operații, ca operația de cataractă, de hernie, de varice.

În secolul următor, medicina face un pas mare înainte cu Galenus, care a fost un mare practician și a lăsat o operă scrisă de proporții neobișnuite. În primul rând trebuie să remarcăm contribuțiile aduse de el în domeniul anatomiei, mai ales în osteologie, artrologie, miologie și angiologie. Au rămas foarte multe descrieri exacte privind diferitele regiuni



anatomice și organele pe care le conțin, încât ne este greu chiar ca să le menționăm. În al doilea rând trebuie remarcat faptul că Galenus este fondatorul medicinei experimentale: el a practicat secțiuni nervoase, secțiuni ale măduvei la diferite nivele, experiențe pe vase, descriind rezultatele cu o rară precizie. În ceea ce privește recunoașterea bolilor, Galenus reia studiul pulsului și al diabetului, descrie ozena, tumorile benigne și maligne, arătând incurabilitatea cancerului de uter și altele. El urmărește depistarea bolii prin identificarea și gruparea semnelor clinice, caută apoi să precizeze sediul lor, raportându-se la diferitele organe și numai după aceea trece la depistarea cauzelor. Dar Galenus se pierde prea mult în teorie.

Odată cu el se poate face și o evaluare globală a medicinei greco-romane, sub aspectele ei pozitive, pe care le-am văzut deja, și a aspectelor negative, despre care trebuie să spunem câteva cuvinte.

Hipocrate și urmașii săi au fundamentat medicina, așa cum am văzut, pe observația bolnavului și pe interpretarea rațională a manifestărilor bolii. Astfel a luat naștere medicina științifică, materialistă în esența ei. Aceasta a rămas însă o medicină de suprafață și acest lucru trebuie subliniat. Existau cunoștințe precise în ceea ce privește patologia externă. De asemenea au fost notate cu precizie unele manifestări externe ale bolilor interne. În rest, persistau

lacune mari în cunoașterea bolilor și în unele domenii ale patologiei confuzia era totală.

Dar medicii greco-romani nu s-au mulțumit numai cu descrierea simptomelor și izolarea bolilor. Ei au căutat să explice natura tulburărilor, au formulat teorii patogenice, au căutat să interpreteze starea de boală. Astfel, ei au ajuns să emită ipoteze explicative care astăzi ni se par puerile.

În această privință trebuie să facem o deosebire între Hipocrate și Galenus, care rămân cei doi mari corifei ai medicinei antice.

Hipocrate a observat foarte mult și a scris mult. Colecția hipocratică numără 65 de volume. În opera lui primează însă elementele de observație, de aceea de la el s-a păstrat mai mult. Ne-a rămas o metodă, valabilă și astăzi, și o multitudine de fapte de observație clinică. A rămas, și aici stă meritul său suprem, orientarea pe care el a dat-o medicinei.

Dar, ce a rămas din teoriile lui asupra bolii? El susținea că omul este constituit din patru umori: sângele, cu sediul în inimă, bila albă cu sediul în ficat, bila neagră cu sediul în splină și pituita sau flegma, cu sediul în creier. Acestor patru umori cardinale le corespund patru calități: sec, cald, rece și umed. Echilibrul umorilor, adică starea lor de crasă, asigură sănătatea. Dezechilibrul este starea de boală sau discrazia.

Ce a rămas din doctrina lui privind coacștiunea umorilor și evoluția spre moarte, sau evoluția spre criză și vindecare?

Ce a rămas din unele considerații privind influența climatului, a regimurilor, asupra sănătății și asupra bolii?

Nimic, sau vagi amintiri!

Galenus a scris și el foarte mult, aproape 80 de lucrări. În opera lui însă proporția interpretărilor, a teoriilor explicative este mai mare. După el, viața se datorește unui suflu vital, sau pneuma, care pătrunde în organism prin plămâni și prin porii pielii și care se divide în trei forțe: pneuma sau suflul animal, care asigură căldura și care se răspândește în corp prin inimă și artere, pneuma sau suflul fizic, care asigură viața vegetativă, își are sediul în ficat și circulă prin vene, și pneuma sau suflul psihic, care asigură sensibilitatea și mișcărilor, cu sediul în creier și care se răspândește în organism pe calea nervilor. Acțiunea acestor forțe se conjugă cu acțiunea umorilor și determină starea de boală sau de sănătate. Explicațiile sunt însă mult mai complexe, fanteziste, discuțiile nu se mai sfârșesc, astfel că încercările lui de a armoniza totul într-un sistem destinat să explice geneza bolilor ne apare astăzi ca cea mai pură expresie a teoretizării extreme, a dogmatismului în medicină.

Din păcate, opera lui Galenus a fost considerată, timp de aproape 14 secole, ca reprezentând adevărul în medicină. Dacă Galenus a spus, de exemplu, că plăgile se vindecă prin supurație, urmașii lui au provocat această supurație în mod artificial, prin cauterizări sau aplicații de lichide fierbinți. Dacă Galenus a decretat că există 38 de feluri de puls,

urmașii lui au acceptat acest lucru ca literă de lege. Ruptura dintre practică și teorie a început odată cu el, s-a agravat ulterior și a culminat, așa cum o să vedem, în medicina Evului Mediu, îmbâcsită de dogme, superstiții și prejudecăți. Metoda observației, pusă la punct pe Hipocrate, a fost complet uitată. Chiar și din opera lui Galenus, care prezintă atâtea laturi pozitive, nu arămas decât dogmatismul și spiritul de sistem.

Odată cu Renașterea se produce o puternică reacție, al cărei port-stindard este Paracelsus. Chemat să facă cursuri la Basel, în 1526, el dă foc în piața publică operelor lui Galenus. Paracelsus se ridică cu vehemență împotriva practicilor medievale, în general, cum sunt arderile pe rug, urăște spiritul scolastic și dogmele. El preconizează o medicină la patul bolnavului, bazată pe experiență și pe rațiune.

Suntem în plină Renaștere. Dezvoltarea forțelor de producție duce la dezvoltarea științelor și, alături de ele, face progrese și medicina. Vesalius reformează anatomia, Harvey clarifică pe deplin circulația sanguină. Hipocrate este reconsiderat și se revine la o medicină bazată în primul rând pe observația bolnavului. Exponentul acestei medicine este Ambroise Paré, părintele chirurgiei, care își începe activitatea ca ucenic de bărbier, își desăvârșește formația medicală în mijlocul bolnavilor din spitale și al răniților din campaniile militare pe care le însoțește. Toată opera lui se bazează pe practică și observație, iar rezultatele le comunică

în numeroase lucrări, scrise în limba franceză, pe care o înțeleg toți cei din jurul său. El acordă îngrijiri tuturor suferinșilor, și celor mici, și celor mari, reformează tratamentul plăgilor, perfecționează metodele operatorii, inventează noi instrumente chirurgicale, realizează proteze pentru amputați și pentru cei mutilați. Opera lui este excepțională, atât prin realizările și orientarea pe care o dă medicinei, cât și prin suflul cald de umanism care se degajă din toată activitatea lui. Două exemple vor fi suficiente pentru a ilustra acest lucru.

În vremea aceea se considera că evoluția rănilor prin armă de foc era mai gravă decât a plăgilor prin armă albă, deoarece primele erau socotite ca fiind otrăvite. De aceea, orice plagă prin glonte era cauterizată cu fierul roșu, după care se aplica oleu fierbinte, pentru a produce supurația și a favoriza în acest mod eliminarea presupusei otrăvi. În campanie, lângă cortul chirurgului era un foc mare, care ardea permanent și la care se încălzeau instrumentele pentru cauterizare. Deasupra se găsea un cazan în care fierbea uleiul de soc. Acesta se turna cu o pâlnie în plagă.

Mișcat de suferințele răniților, A. Paré caută și găsește un tratament mai eficace. El renunță la cauterizare și recomandă tratarea plăgii cu un amestec rece de ulei de terebentină, cu oleu de trandafir și cu gălbenuș de ou, rupând astfel cu tot ce se făcea până atunci. Iată cum povestește el emoțiile prin care a trecut: „Noaptea nu am

putut să mă odihnesc, de teamă să nu găsesc morți prin otrăvire răniții pe care nu i-am cauterizat și cărora nu le-am pus oleu fierbinte și de aceea, dis-de-dimineată, m-am dus să-i vizitez; mai mult decât speranța mea, i-am găsit pe aceia cărora le-am pus din oleul meu simțind puține dureri și plăgile lor fără inflamație și fără tumori și chiar s-au odihnit bine noaptea; alții cărora li s-a aplicat oleu fierbinte i-am găsit febricitând, cu dureri mari și tumori în vecinătatea plăgilor. Atunci, ad-hoc, mă hotărâi ca niciodată să nu mai ard cu atâta cruzime sărmanii răniți de archebuză”.

Celălalt exemplu este tot atât de impresionant. Într-o zi, el este chemat de regele Carol al IX-lea, care avea nevoie de îngrijiri medicale.

- Sper, îi spune acesta, că vei îngriji mai bine pe regele tău decât bolnavii din spitale.

- Nu sire, este imposibil, îi răspunde Paré.

- Și, de ce, întrebă acesta surprins?

- Pentru că eu îmi îngrijesc bolnavii ca pe regi.

Revenirea la o practică medicală bazată pe examenul bolnavului și pe interpretarea rațională a semnelor, ilustrată de Paracelsus, Ambroise Paré, Sydenham și alții din urmașii lor, permit medicinei să facă progrese și creează premisele dezvoltării clinicii propriu-zise. Aici trebuie să ne oprim un moment pentru a arăta condițiile care au permis această dezvoltare, care a dus la medicina clinică așa cum se practică astăzi.

Mai întâi, a făcut progrese cunoașterea medicală și ca urmare s-a îmbogățit și metoda observației cu noi semne și cu noi mijloace clinice de investigație.

În vremea grecilor, izolarea bolilor se baza în cea mai mare măsură pe interogator. La acesta se limita școala din Cnidia. Școala din Cos, al cărei exponent era Hipocrate, practica și examenul bolnavului. Cele mai multe posibilități le oferea inspecția: aspectul bolnavului și, cu deosebire, faciesul, respirația, starea febrilă sau lipsa febrei permiteau concluzii din cele mai importante asupra bolii. Dar Hipocrate examina și urina, scaunul, tot cu ajutorul văzului și, așa cum am văzut, a făcut primele încercări de a asculta toracele. Grecii din Alexandria au studiat starea pulsului și acest studiu a fost îmbogățit, și în același timp complicat, de către Galenus.

Vechii autori apreciau pulsul și temperatura cu mâna. Primul care a avut ideea ca să se servească de un fel de orologiu pentru a număra pulsul a fost un medic italian, profesor la Padova, cunoscut sub numele de Sanctorius (1561-1636). El a denumit acest aparat „pulsilogium”. Tot el a încercat să folosească un fel de termometru, dar aceste instrumente au fost repede uitate în Italia.

În această epocă, un medic francez, Jean Rey, care lucra la țară, încearcă și el să pună pe baze obiective măsurarea temperaturii uzând de fenomenul de dilatare a apei sub influența căldurii. El folosea o mică fiolă, cu un gât

foarte subțire, pe care o puneă în mână febricitantului. Fiola era umplută cu apă până la gât. Sub influența căldurii se deplasa nivelul apei în gâtul fiolei.

Această metodă practică de Rey prima dată în 1632 nu s-a impus, din cauza confuziei ce exista în materie de febre. Buissier de Sauvage, de exemplu, aprecia în 1763 la 155 numărul diferitelor specii de febră. De altfel, practica termometriei a nu s-a generalizat decât în prima jumătate a secolului al XIX-lea, când bolile au ajuns să fie mai bine cunoscute. Termometrul cu mercur pe care îl folosim astăzi a fost pus la punct pe la mijlocul secolului trecut către germanii Traube și Wunderlich, care au publicat și primele curbe febrile.

Metoda observației, așa cum o să vedem ceva mai departe, când vom face o apreciere globală a ei, se baza în special pe simțurile medicului. Analiza de urină se făcea și ea prin simplă inspecție vizuală. I se spunea, de altfel, uroscopie. Primul care a încercat analiza ei chimică a fost Paracelsus, contemporan al alchimiștilor. El distilează urina, cântărește reziduul și caută să tragă unele concluzii, dar acestea sunt eronate, din cauza ignoranței care domnea pe atunci în patologie. Diabetul, de exemplu, era cunoscut din Antichitate, dar prezența glucozei în urină nu a fost descoperită decât în anul 1674, de către Thomas Willis, care a gustat urina și așa au procedat în continuare urmașii săi. Au trecut peste 100 de ani până când a fost pusă la punct de



către Pool și Robson reacția de laborator care permitea evidențierea zahărului în urină.

Dezvoltarea insuficientă a patologiei și necunoașterea leziunilor organice corespunzând diferitelor boli explică de ce nu s-a impus nici ascultarea toracelui, de care a încercat să se folosească însuși Hipocrate. Tot din această cauză nu s-a impus imediat nici percuția, preconizată pentru prima dată de către Avenbrügger, în 1761. Acest medic a plecat de la o experiență foarte simplă: percuția unui butoi ne arată nivelul până unde urcă lichidul. Avenbrügger spune textual: „Dacă într-un corp oarecare cavitatea sonoră a toracelui este umplută cu un lichid, cu ajutorul unei injecții, atunci sunetul de partea umplută va deveni obscur până la nivelul la care ajunge lichidul injectat”. Această observație este justă, dar matitatea poate fi dată de o tumoră pulmonară, solidă sau lichidă și de variate procese de condensare pulmonară, acute și cronice. Cum puteau fi deosebite acestea când nici nu erau cunoscute?

Primele lucrări de anatomie patologică apar încă în secolul al XVII-lea, dar fondatorul ei este considerat Morgagni, care în decurs de doi ani, între 1760 și 1762, la o vârstă de aproape 80 de ani, își publică faimoasele sale scrisori „De sedibus et causis morborum”. El caută să impună această metodă și luptă împotriva detractorilor ei. „Din ce școală sunt deci aceștia și din ce specie de oameni fac parte acest număr mic de medici care anunță cu voce

tare că nu trebuie avut mare încredere disecția cadavrelor?” se întreabă el. Și tot el răspunde: „Aceștia sunt semi-savanți, foarte prezumțioși, câțiva leneși, oameni delicați, sceptici, de la care nu mai poți spera nimic; poate sunt unii care nutresc această părere de teamă ca nu cumva prin acest mijloc să se descopere erorile lor în diagnosticarea bolilor”.

Morgagni este un anatomo-clinician, care fundamentează anatomia patologică pornind de la observația clinică. El arată că acela care vrea să distingă patologicul de sănătos trebuie să disece multe cadavre normale și să cunoască bine leziunile care se produc după moarte prin descompunere. De asemenea, el arată că trebuie deosebite leziunile care au cauzat boala de cele care sunt consecința ei. Astfel, el spune următoarele: „Ceea ce însoțește boala sunt simptomele și dacă se examinează cu atenție natura lor, succesiunea lor, durata lor și dacă sunt comparate cu leziunile observate pe cadavre și cu antecedentele bolnavului, nu va fi greu, de cele mai multe ori, să se distingă leziunile care au cauzat boala de acelea care sunt consecința ei”.

Astfel, ia naștere metoda anatomo-clinică pe care o dezvoltă Bichat, Laennec, Buillaud și alții. Aceștia pornesc de la constatările anatomice pentru a îmbogăți clinica.

Dintr-odată patologia se clarifică și metoda observației ajunge să dispună de o bază mult mai largă. Se descoperă simptome noi, iar cele vechi sunt mai corect interpretate, deoarece se știe acum care sunt organele afectate și se

cunosc leziunile pe care le produce boala. De asemenea pot fi fructificate acum unele metode de investigație clinică. Corvisard reia în 1808 percuția pe bazele pe care i le oferă anatomia patologică și metoda se impune repede. Iar Laënnec, în tratatul asupra ascultației medicale, pe care îl publică în 1819, pune la îndemâna medicilor o metodă care a rămas ca una din cele mai prețioase achiziții ale medicinei.

În acest mod s-a constituit clinica propriu-zisă. La baza ei rămâne metoda observației, dar o metodă mult îmbogățită și mult mai sigură.

După etapa anatomică, a urmat o altă etapă, care și ea a îmbogățit clinica, etapa fiziologică și experimentală, căreia i-a dat un impuls deosebit Claude Bernard. „Medicina experimentală, spune el, este ceea ce aș putea numi a doua perioadă a medicinei științifice, prima perioadă fiind medicina de observație. Deci prima condiție de a face medicină experimentală este de a fi mai întâi medic observator; aceasta înseamnă a pleca de la observația pură și simplă a bolnavilor, făcută cât se poate de complet... Dacă nu fac medicină clinică, eu trebuie să țin totuși seama de ea și să îi rezerv primul loc în medicina experimentală”. În fine, el spune: „Metoda experimentală, considerată în ea însăși, nu este altceva decât un raționament, cu ajutorul căruia noi supunem în mod metodic ideile noastre experienței faptelor”.

Cum vede această problemă clinicianul? Iată, de exemplu, ce spune Emile Sergent: „Medicina experimentală

caută în controlul faptelor exactitatea raționamentului său, în timp ce clinica interpretează rațional faptele pe care hazardul le supune observației sale și pe care experiența repetată și controlată le arată exacte sau eronate... Astfel se diferențiază și se completează, într-o colaborare care nu poate fi decât din ce în ce mai strânsă și mai fructuoasă, clinica pe de o parte, fiziologia și patologia experimentală pe de altă parte. Clinica nu își delimitează câmpul investigațiilor. Ea este supusă hazardului și face observații pasive. Fiziologia și patologia experimentală pot comanda direcția cercetărilor; ele fac experimentare activă”. Și, mai departe, Sergent caută să opună aceste două metode de investigație: „Experiența spontană este câmpul de observație al clinicii, experiența provocată este din domeniul fiziologiei și al patologiei experimentale. Clinicianul este un observator, fiziologul un experimentator. Dar și unul, și altul sunt strâns uniți și cu cât avansăm, cu atât putem constata că ei sunt adeseori personificați prin același om. Pentru că, efectiv, observația clinică poate face să se nască ideea cercetării experimentale, după cum rezultatele experienței pot sugera aplicațiile clinice”.

Această îmbinare a observației și a experienței este, de altfel, fructificată în toate domeniile științei. Bacon, acum câteva veacuri, formulează această idee într-un mod cât se poate de plastic: „Observația și experimentarea sunt cheile care trebuie să deschidă templul adevărului și să facă

cunoscute fenomenele naturii, care nu pot fi deduse nici din dogmele teologice, nici din concepțiile metafizice”. Tot atât de plastic și de concis se exprimă și Cuvier: „Observatorul ascultă natura, experimentatorul o interoghează și o obligă să se descopere”.

La dezvoltarea clinicii au mai contribuit două lucruri pe care trebuie să le menționăm: posibilitățile de observație pe care le-a oferit concentrarea bolnavilor în spitale și faptul că acești bolnavi au putut fi studiați în vederea învățământului medical. Aici însă trebuie să menționăm și unele greutăți care au fost întâmpinate în acest domeniu.

Spitalele au fost înființate odată cu leprozeriile, cu azilurile de bătrâni și aparțineau asistenței publice. Primele spitale care să merite acest nume datează de pe vremea lui Justinian și medicii arabi încearcă pentru prima dată să le folosească pentru învățământul medical.

În Evul Mediu nu existau decât puține spitale, în care domnea mizeria. Nu ajung în spitale decât nenorociții care sunt adunați de pe drumuri și care nu au familie. În spitale domnește infecția și ia naștere o patologie specială, de natură infecțioasă, culminând prin putreziciunea de spital. Astfel, toate bolile, interne sau externe, dar mai ales acelea unde există o poartă de intrare, se infectează, își modifică simptomatologia și ajung în același mod la deces.

Spitalele apar astfel ca un teren artificial unde boala, odată transplantată, își pierde identitatea. Tenon, de

exemplu, vorbește despre febra închisorilor și a spitalelor, caracterizată prin astenie musculară, limbă uscată, saburală, facies de plumb, piele lipicioasă, tulburări digestive, urine deschise, opresiunea căilor respiratorii și moarte din ziua a 8-a până în a 11-a, cel mai târziu în ziua a 13-a. În amestecul dezordonat al bolnavilor, natura bolii nu mai poate fi descifrată. Atunci, se întreabă Percival: „Cum să corectezi efluviul malign care se degajă din tot corpul bolnavului, din membrele gangrenate, din oasele cariate, din ulcerulele contagioase, din febrele putride?” A descifra mersul normal al bolilor devine imposibil, iar medicului de spital îi revine o sarcină foarte grea, spune Dupont de Nemours: „pentru a scăpa de pericolul falsei experiențe care rezultă din bolile artificiale pe care trebuie să le îngrijească în spitale, căci, efectiv, nicio boală de spital nu este pură”.

În aceste condiții înțelegem perfect lozincă lui Barère, care în 22 februarie, anul II al revoluției franceze, proclamă: „Nu mai vrem nici pomeni, nici spitale”.

Dar spitalele s-au dovedit totuși necesare. Ele se reorganizează, se despart de azile și marii clinicieni de la începutul secolului al XIX-lea dispun din belșug de materia primă pe care o oferă pentru studiul bolilor așezămintele spitalicești. Rămân însă câteva interdicții de ordin moral peste care trebuie să se treacă. Cum să dezbraci bolnavii pentru a-i examina, mai ales femeile, cum să pui obrazul pe pieptul lor, pentru a le asculta inima? Zimmermann, în 1774,

în dorința de a obține precizări asupra circulației sanguine, postulează „ca medicii să aibă libertatea de a face observații în această direcție, punând mâna direct pe inimă”, dar adaugă tot el: „Obiceiurile noastre delicate împiedică acest lucru, mai ales la femei”. Double, în 1811, critică această atitudine reținută, dar manifestă și el rezerve: „Această explorare, dacă se practică peste cămașă, poate avea loc cu toată decența posibilă”. Dar, nu numai pudoarea împiedică aceste explorări, ci și murdăria, mizeria bolnavilor din spitale. În fine, pe lângă toate acestea, menționează Laënnec, mai sunt și dizgrațiile fizice. Astfel, vorbind despre auscultație, el spune: „Aceasta este incomodă pentru medic, ca și pentru bolnav; numai dezgustul o face aproape impracticabilă în spitale, apoi ea abia poate fi propusă la cele mai multe femei, iar la unele chiar și volumul mamelelor constituie un obstacol fizic în folosirea ei”. Acestea sunt condițiile care l-au dus, de altfel, pe Laënnec la descoperirea stetoscopului. Iată ce povestește el: „Am fost solicitat să consult în 1816 o tânără persoană care prezenta simptomele unei boli cardiace și la care aplicarea mâinilor și percuția nu dădeau decât puține indicații, din cauza obezității. Vârsta și sexul bolnavei interzicându-mi modul de examinare despre care am vorbit, adică aplicarea urechii pe regiunea precordială, mi-am amintit de un fenomen de acustică foarte cunoscut: dacă se aplică urechea la extremitatea unei scânduri, se aude foarte distinct o zgârietură făcută cu un ac de gămălie

la celălalt capăt. Am luat un caiet de hârtie, din care am format un sul bine strâns, am aplicat una din extremitățile lui pe regiunea precordială și punând urechea pe cealaltă extremitate, am fost surprins să constat că aud bătăile inimii de o manieră mult mai netă și mai distinctă decât am auzit vreodată prin aplicarea urechii... Am presupus din acest moment că acest mijloc ar putea deveni o metodă utilă și aplicabilă nu numai studiului bătăilor inimii, ci și mișcărilor care pot produce zgomote în cavitatea toracică și, în consecință, explorării respirației, a vocii, a ralului”.

Trecerea peste restricțiile impuse de falsa pudoare caracteristică acelor vremuri, folosirea noilor mijloace de investigație, atât în practica particulară, cât și în activitatea spitalicească, totul fundamentat pe noile baze oferite de metoda anatomo-clinică au adus la înflorirea clinicii. La aceasta a mai contribuit și dezvoltarea învățământului medical, despre care va trebui să spun acum câteva cuvinte.

Multă vreme, învățământul medical se făcea de la maestru la elev, în prezența bolnavului. Elevii însoțeau maestrul peste tot, locuiau chiar cu el în unele cazuri. Această situație este caracteristică pentru medicina antică, pentru Hipocrate, în special.

După înființarea spitalelor, încă în imperiul roman de răsărit, s-au făcut încercări de organizare a învățământului medical. Spitalele nu au corespuns acestui scop, deoarece în ele se acorda mai multă asistență publică decât se făcea



medicină. Astfel, învățământul a ajuns să se desfășoare numai în facultăți și era axat mai mult pe teorie.

Prima școală clinică a fost deschisă în 1658 la spitalul din Leyden, de către La Boe, care publică în 1667 observațiile recoltate aici sub titlul de „Collegium Nosocomium”. Unul din urmașii săi este Boerhaave, care conduce această clinică și devine șef de școală. Elevii săi se împrăștie în Europa, înființează în 1720 o clinică la Edinburgh. Alte clinici iau naștere la Londra, la Oxford, la Viena, la Göttingen, la Paris, la Padova. Astfel, se constituie în secolul al XVIII-lea învățământul clinic, care se face paralel cu învățământul medical. Încetul cu încetul, spitalele din centrele universitare devin clinici, se formează catedre clinice, unde se face învățământ la patul bolnavului.

De la început învățământul clinic și-a arătat superioritatea asupra învățământului teoretic. Aici trebuie să distingem instrucția medicală la patul bolnavului și prezentările de cazuri clinice în amfiteatru. Acestea din urmă erau foarte instructive și foarte gustate de elevi, care le urmăreau în număr mare.

În ce mod decurgeau aceste lecții clinice? Iată cum descrie M.A. Petit lecțiile pe care Dessault, cunoscutul chirurg, le dădea în 1781, la spitalul Hôtel-Dieu din Paris: „Sub ochii auditorilor el lăsa să fie aduși bolnavi din cei mai gravi, analiza simptomele și clasa boala, trasa conduita de urmat, practica operațiile necesare, explica procedeele și justifica

folosirea lor, îi ținea apoi în curent cu schimbările survenite, făcând prezentări după vindecare sau demonstrând pe corpul lipsit de viață leziunile care au făcut inutilă intervenția artei”.

În acest mod maestrul făcea opera didactică pentru care trebuia să se pregătească. Dar, ceea ce este mai important, aceste lecții erau adevărate examene în fața unui juriu, constituit de astă dată din elevi. Aceștia puteau urmări dacă diagnosticul a fost exact sau nu, deci previziunile maestrului privind evoluția s-au adevărit sau nu.

Același lucru se poate spune și despre vizitele din spital. La Clinica din Edinburgh, de exemplu, studenții aveau caiete în care treceau diagnosticul, însemnau zi de zi starea bolnavului, ca și medicația folosită.

Astfel, maestrul era permanent preocupat să nu greșească. El se pregătea cu meticulozitate și prin aceasta își îmbunătățea metodele de examinare, își lărgea baza de cunoștințe teoretice. Învățând pe alții, învăța el însuși, făcând să progreseze în același timp medicina clinică. În acest mod, odată cu înflorirea clinicii au apărut și marii clinicieni: Dupuytren, Laënnec, Trousseau, Dieulafoy și mulți alții.

Sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea reprezintă perioada cea mai înfloritoare a clinicii. Prin munca pe care o presta zi de zi la patul bolnavului, prin necesitatea permanentă de a descurca cazurile grele care se internau în spital, clinicienii au ajuns să-și dezvolte la

maximum spiritul lor de observație și să ducă metoda observației la cele mai înalte culmi. Printr-un interogator bine dirijat, printr-un examen minuțios al bolnavului, ei adunau faptele de observație, pe care apoi clădeau diagnosticul și formulau indicațiile terapeutice. Toată această muncă era ușurată de o bună cunoaștere a patologiei și de o judecată sănătoasă, ea însăși consecința unei experiențe personale din cele mai bogate.

Astăzi, situația nu mai este aceeași. Medicina s-a dezvoltat foarte mult, baza teoretică a devenit mult mai largă. Dar, mai ales, s-au perfecționat mijloacele de explorare, metodele de laborator. În acest mod, munca clinicianului s-a simplificat foarte mult. Se poate afirma că astăzi orice organ poate fi investigat prin metode din cele mai obiective. De la investigațiile curente de laborator, de la tensiometru și de la examenul radiologic obișnuit, s-a ajuns astăzi la encefalografie, la catetismul cardiac, la explorări cu radioizotopi. Toate acestea riscă să îndepărteze medicul de bolnav. Dacă lucrurile merg astfel mai departe, diagnosticul va putea fi pus în viitor de un medic care nici nu va mai simți nevoia să examineze bolnavul. Va fi suficient ca cineva, după o scurtă discuție cu el, să-l îndrume spre laborator și spre cabinetele de explorări speciale. Apoi să se studieze dosarul și să se facă diagnosticul. Dacă nu, să se mai ceară câteva explorări de specialitate.

Această evoluție a medicinei prezintă numeroase aspecte negative, asupra cărora mulți autori s-au oprit în ultimul timp. Din punctul de vedere care ne interesează aici, trebuie să relevăm două pericole posibile. Primul privește însăși metoda observației. Stimulul care incita în mod permanent medicii de altădată ca să-și cultive spiritul de observație nu mai este atât de intens astăzi. Mulți medici practică examene sumare și se bazează pe rezultatele de laborator pentru a clarifica diagnosticul, ceea ce îi face să gândească mai puțin asupra cazului. Acesta este cel de al doilea pericol mare care stă în fața noastră în prezent. Numai observația bolnavului, numai efortul permanent pe care îl face medicul pentru a clarifica numeroasele situații patologice pe care activitatea de zi cu zi i le pune în față îi dezvoltă acea judecată sănătoasă, care stă la baza simțului clinic.

Pericolul acesta care se ridică în fața formării personalității medicale este acut și apare astăzi evident pentru toți aceia care se ocupă de ridicarea cadrelor medicale. El nu a scăpat nici predecesorilor noștri. Iată, de exemplu, ce spune Bard: „Este important ca medicul să pună în joc, mai întâi, toate resursele observației și ale dialecticii sale; interogatorul, antecedentele, studiul atent al fenomenelor obiective cu ajutorul simțurilor noastre rămân încă și vor rămâne, fără îndoială întotdeauna, legile fundamentale ale medicinei practice. Toate metodele de laborator, cele mai recente, ca și cele mai vechi, cele mai sigure ca și cele mai discutabile, nu

trebuie niciodată s-o ia înaintea metodelor tradiționale, a observației directe a bolnavilor și nici rezultatele lor nu trebuie niciodată considerate izolat. Ele trebuie doar să ia loc în mijlocul ansamblului de semne recoltate prin celelalte procedee de investigație, pentru a fi discutate și interpretate împreună, la fiecare caz în parte”.

În lupta cu mijloacele moderne de investigație, clinica rămâne fermă pe poziție. O spune foarte frumos un contemporan al nostru, Prof. Pasteur Valléry-Radot: „Clinica și-a păstrat toate drepturile. Ea nu se recunoaște neputincioasă în fața laboratorului, ea cere numai ajutorul de care are nevoie. Ea tratează de la egal la egal; examenul bolnavului rămânând pentru medic faptul inițial, faptul terminal, faptul capital”.

În fine, un ultim citat care, poate mai mult decât celelalte, ne invită la meditație. El aparține cunoscutului istoric al medicinei, Castiglioni: „Niciuna din minunatele descoperiri ale epocii noastre nu ar putea schimba postul de luptă al medicului, singurul care îi permite să prindă pe viu desfășurarea fenomenelor morbide și să urmărească cu atenție ritmul misterios al vieții și al morții. Acest post este la căpătâiul bolnavului, acolo se joacă eterna dramă”.

\*

Cele expuse până acum ne permit să reluăm în câteva cuvinte, sub o formă estetică, evoluția medicinei clinice și să caracterizăm pe scurt metoda observației.

Multă vreme, în medicină a domnit empirismul. Sub unele aspecte se poate spune că și medicina actuală mai conține elemente de empirism. Cu toate acestea, nu se poate vorbi de medicină pur empirică decât până la Hipocrate, care a fundamentat metoda observației și a pus medicina pe baza rațională. În toată perioada de timp care l-a precedat, medicina se baza numai pe spirit de observație, dar observațiile nu au putut fi fructificate, din cauza ignoranței generale și a modului de gândire mistic. În tot acest timp, cunoașterea medicinei era pur senzorială, ceea ce reprezintă forma inferioară a cunoașterii.

Medicina s-a emancipat odată cu Hipocrate și devine o medicină științifică. Faptele sunt mai bine observate, pentru că însăși metoda de observație este mai bine pusă la punct, dar, mai ales, intervine o judecată rațională care permite o mai bună fructificare a ei. Cu toate acestea, medicina nu merge înainte decât cu pași mici. Modul de producție, starea de înapoiere a celorlalte științe, insuficiențele majore ale anatomiei și ale fiziologiei explică această dezvoltare lentă. Mai mult chiar, în unele perioade cum este Evul Mediu, modul de gândire, în întregime aservit scolasticiei, a constituit o frână în calea evoluției. Schimbarea modului de producție și a modului de gândire a dat, începând cu Renașterea, un impuls

dezvoltării medicinei. S-a revenit la observație, metoda a fost îmbogățită, în special, prin punerea ei pe baze anatomo-clinice. Ochiul medicului a ajuns astfel să vadă mai departe decât îl ducea privirea. Punerea apoi a medicinei pe baze experimentale, dezvoltarea aparaturii de laborator și a mijloacelor speciale de investigație, dezvoltarea celorlalte științe și înflorirea tehnicii au permis medicinei moderne progrese la care înaintașii noștri nici nu ar fi îndrăznit să viseze.

Dar elementul de continuitate în dezvoltarea medicinei îl reprezintă contactul cu bolnavii, și aici observației îi revin mari merite. Mijloace moderne de investigație au ușurat mult sarcina clinicianului, dar acest lucru nu trebuie să ne îndepărteze de bolnav. Examenul bolnavului trebuie să rămână actul capital în medicina clinică și acest contact nemijlocit îl asigură metoda observației. Ea pune la contribuție, în primul rând, simțurile medicului. Asupra acestui lucru trebuie să ne oprim puțin.

Hipocrate este primul care insistă asupra observației și asupra tuturor mijloacelor pe care medicul trebuie să le folosească. El trebuie să înregistreze tot ce se poate vedea, auzi, atinge, mirosi, gusta. Același lucru îl susțin și clinicienii de la începutul secolului trecut. Ei nu admit ca teoria să se substituie practicii, care rămâne pentru ei observația și experiența, legate și una și alta de aportul simțurilor. Iată, de exemplu, ce spune Corvisard: „Teoria tace sau dispare aproape întotdeauna la patul bolnavului, pentru a ceda locul

observației și experienței; ei! pe ce se fundamentează experiența și observația dacă nu pe aportul simțurilor noastre? Și ce va fi și una și alta fără aceste călăuze fidele?”

Marii clinicieni din trecut cereau medicului să-și dezvolte simțul de observație și sensibilitatea, întocmai ca un artist căruia nu-i scapă niciun detaliu. Sydenham, cel mai cunoscut medic din a doua jumătate a secolului al XVII-lea, recomandă medicului să urmărească pictorii, care în timpul Renașterii se situau pe culmea artei: „Trebuie ca acela care scrie istoria bolilor... să observe cu atenție fenomenele clare și naturale ale bolilor, oricât de puțin interesante ar părea. El trebuie prin aceasta să imite pictorii care atunci când fac un portret au grijă să înregistreze semnele și cele mai mici lucruri naturale care se întâlnesc pe obrazul personajului pe care îl pictează”.

Același postulat al muncii migăloase și al antrenamentului orientat spre aplicare practică îl formula N. Fiessinger în modul următor: „Medicul nu este numai un savant, cunoștințele lui intelectuale nu îi ajung. El trebuie să rămână un bun muncitor sub raport tehnic. Măinile lui, ochii lui, urechile lui trebuie să-și păstreze întreaga sensibilitate. De aceea antrenamentul regulat este necesar. Pentru un medic, situația este aceeași ca pentru un violonist. Pentru a interpreta la perfecție opera unui mare maestru al muzicii, trebuie să faci game, să faci întotdeauna game”.

Dar, pe lângă toate acestea, un bun observator trebuie să dea dovadă de multe alte calități. Deasupra tuturor



rămâne inteligența. Hipocrate recomandă medicului să folosească toate mijloacele de observație, aplicând inteligența. Observația simplă nu este decât cunoașterea senzorială. Ea rămâne limitată, permițând numai o medicină de suprafață. Trecerea la medicina științifică a însemnat trecerea la cunoașterea logică, la baza căreia stă rațiunea.

Cu aceasta trecem de la observația simplă la metoda observației, care este mult mai complexă. După Hațieganu, observația nu este numai muncă perceptivă, ci și interpretativă. Aceasta însemnează că faptele observate trebuie adunate, grupate și interpretate critic, adică analizate cu ajutorul gândirii logice, totul fundamentat pe o bună cunoaștere a semiologiei și a patologiei bolilor. Nu este suficientă observația. Este necesar ca faptele observate să fie explicate fiziopatologic.

În această concepție, observația începe încă înainte de a lua contactul cu bolnavul, deoarece ni se pot comunica în mod anticipat unele date legate de suferința lui. În fond, anamneza este ceea ce știe bolnavul, dar și cei din jurul său, asupra bolii. Apoi urmează interogatorul, care furnizează informații foarte prețioase, deoarece bolnavul este cel mai în măsură să răspundă la întrebările noastre. Dar observație însemnează în același timp și examinare completă, ne spune Hațieganu. După el, în acest scop trebuie să folosim toate metodele, de la cele mai simple, ca inspecția, palparea, percuția, ascultarea, până la cele mai complicate analize de laborator.

Dintre marii clinicieni care s-au ocupat de această problemă, Emil Hațieganu este unul din aceia care au fundamentat cel mai bine metoda observației. „Observația, prin interogator și examinare integrală, armată cu toate mijloacele de investigare, condusă cu gândire științifică, se întregește în mod imperios printr-o cercetare foarte minuțioasă a mediului înconjurător”. Astfel înțelege că metodă în sine, metoda observației trece dincolo de bolnav și dincolo de clinician. „Observația, ne spune în continuare Hațieganu, este nu numai interogator și examinare, ci și experimentare. Observația experimentală vine să întregească, să verifice observația clinică. Această experimentare, în clinică și mai ales pe animal, necesită cunoștințe serioase de tehnică experimentală, ceea ce impune o colaborare a clinicianului cu fiziologul”.

Metoda observației concepută în acest mod a însemnat un important factor de progres. Ea a lărgit baza cunoașterii medicale. Noile cunoștințe teoretice, la rândul lor, au permis noi observații de ordin practic. În acest înțeles, observația clinică reprezintă practica medicală care se bazează pe teorie și în același timp o promovează.

În lecția următoare voi discuta deci despre importanța teoriei sau a cunoașterii în medicină.

## **Lecția a 3-a**

### **Importanța cunoașterii în medicină**

Progresele uriașe pe care le-a făcut medicina în ultimii ani impun astăzi medicului, oricare ar fi specialitatea lui, o pregătire teoretică mult mai temeinică decât altădată. Educația profesională în facultate nu urmărește alt scop decât să permită viitorului medic să-și însușească cât mai multe cunoștințe de specialitate. Programa analitică, în general, cursurile de patologie în special, prezentările de cazuri clinice, toate tind spre acest lucru. Cu cât studiile sunt mai temeinic făcute, cu atât documentarea este mai bună, cu atât tânărul medic este mai bine înarmat pentru viață.

Altădată, atunci când medicina era puțin dezvoltată, experiența de zi de zi era suficientă pentru a forma baza teoretică necesară practicii medicale. Astăzi însă patologia s-a dezvoltat atât de mult încât exercițiul medicinei necesită o pregătire teoretică mult mai vastă. Acest lucru a apărut evident încă în perioada când clinica era la primii ei pași.

„Cunoașterea maladiilor este busola medicului” spunea, foarte simplu, Frier, încă în 1789.

Cunoașterea teoretică a bolilor este necesară nu numai pentru a le putea identifica, ci și pentru a reuși un examen corect al bolnavului. Nu poți face o bună foaie de observație într-un anumit caz patologic fără a fi bine documentat asupra bolii respective. Aici voi cita o experiență personală care mi se pare foarte instructivă.

În 1935 eram proaspăt intern în clinica chirurgicală condusă de Leriche și, printre altele, îmi revenea și sarcina de a face foile de observație. Teoretic eram relativ bine documentat, deoarece pregătisem temeinic concursul de internat, la care concurența era foarte mare. Cu toate acestea, ori de câte ori aveam de a face cu cazuri deosebite, mă documentam din nou, înainte de a trece la redactarea foii de observație. Astfel, la un moment dat, s-au internat doi copii suferind de boala Volkmann. Este vorba de retracția ischemică a mușchilor flexori ai antebrațului, care se produce după unele traumatisme și care era atribuită pe atunci de către cei mai mulți autori unui aparat ghipsat prea strâns. Pe Leriche îl interesa în mod deosebit această problemă, deoarece el atribuia leziunile unei ischemii de origine arterială. Știind acest lucru, eu m-am documentat serios, citind ultimele lucrări apărute în domeniul respectiv. Apoi, am redactat două foi de observație foarte complete, fără ca vreun detaliu semnificativ să îmi scape.

Puțin după aceea, Leriche a adunat ultimele foi de observație pentru o nouă lucrare. A fost foarte impresionat de foile făcute de mine și din acel moment mi-a acordat un interes care ulterior nu s-a dezmințit niciun moment. De multe ori m-am gândit la aceste foi de observație, care mi-au adus un neprețuit folos, pe care în niciun caz nu le-aș fi putut redacta fără o serioasă pregătire teoretică. Câte detalii, oare, nu mi-ar ar fi scăpat.

Desigur, documentarea este mai necesară în unele cazuri decât în altele. Ca să faci un diagnostic de hernie inghinală nu ai nevoie de o documentare specială. Orice medic dispune de cunoștințele necesare. Dar ca să pui diagnosticul de hernie diafragmatică, pornind de la o stare de anemie și bazându-te numai pe examenul clinic, este o distanță foarte mare. Un medic bine documentat se va gândi la această posibilitate și va indica radiologului examenul care îi este necesar pentru confirmarea diagnosticului. Tot așa, ca să te gândești la un sindrom Zollinger-Elisson, adică la un adenom de pancreas în fața unui ulcer gastric recidivant, trebuie să cunoști problema.

Toate acestea sunt cazuri rare, dar un medic bun excelează tocmai prin faptul că face diagnostice care altora scapă. Bolile s-au înmulțit foarte mult, au fost descrise atâtea sindroame noi, încât a devenit necesară profilarea. Medicul nu mai este în măsură să cuprindă toată patologia și se documentează cu precădere într-un anumit domeniu, în

sânul aceleiași specialități chiar. Astfel, de exemplu, un chirurg profilat pe afecțiuni digestive va face mai ușor și mai repede un diagnostic de pancreatită cronică, decât unul care face chirurgie generală și care, în cazul dat, poate nici nu se va gândi la această posibilitate.

Chiar dacă volumul de cunoștințe necesare este mai mare în unele specialități decât în altele, se poate spune că documentarea este întotdeauna și peste tot necesară. Nu poți astăzi concepe un bun clinician fără o solidă pregătire teoretică.

Cu toate acestea, au fost unii care au spus că prea multe cunoștințe strică. Această afirmație, surprinzătoare la prima vedere, își găsește explicația în faptul că uneori medici foarte bine pregătiți teoretic nu sunt buni practicieni. Personal, pot da aici un exemplu, puțin cunoscut, dar foarte demonstrativ, care ne va permite să explicăm situația de mai sus.

Este cazul profesorului Ambard. Acesta a fost un mare savant, un cunoscut cercetător, care conducea o clinică de boli interne când l-am cunoscut. El este autorul celebrei formule matematice cunoscută sub numele de constanta ureosecretorie a lui Ambard, care ani de-a rândul a fost folosită pentru investigarea funcției renale. Ambard nu era însă un bun clinician, sau, cel puțin, nu era un clinician chiar atât de mare pe cât era mare savant. În clinica lui erau câțiva colaboratori mai tineri, care dădeau dovadă de mai mult simț clinic. Personal îmi amintesc de o autopsie, la care

asista toată clinica, în cursul căreia a fost infirmat în mod brutal diagnosticul șefului. Și nu se poate spune că Ambard nu avea bagaj teoretic cel puțin atât de bogat ca ceilalți.

Cum se explică atunci eșecurile lui Ambard în materie de diagnostic?

Explicația este foarte simplă. Ambard a făcut ani de-a rândul fiziopatologie. În tot acest timp, el a stat în laborator, departe de clinică. Apoi, când s-a vacantat o catedră de boli interne, el și-a pus candidatura și a reușit cu brio. Îi lipsea însă practica, experiența clinică, care te ajută să prinzi esențialul și să te descurci în cazurile clinice mai grele. Aceasta este perioada când l-am cunoscut eu, în primii lui ani de profesorat, la o vârstă când se apropia de 50 de ani.

Am aflat ulterior că Ambard a reușit să se impună și ca un excelent clinician. Și sunt convins de acest lucru. Era un intelectual foarte bine pregătit profesional, muncitor. Nu îi lipsea decât practica, care a venit și ea cu timpul, completându-i armonios formația medicală.

Această idee a neconcordanței care se observă uneori între pregătirea teoretică și posibilitățile practice ale medicului o subliniază și R. Cruchet. Vorbind despre pregătirea teoretică și despre elementele care stau la baza examenului unui bolnav, el spune: „Dar nu ajunge ca să ai o memorie impecabilă și să cunoști aceste elemente în modul cel mai perfect pentru a fi un excelent observator și un bun medic. Noi am cunoscut cu toții astfel de puțuri de știință, de oameni

știind totul, reușiți la concursuri pe primele locuri, pe care experiența i-a arătat, atât în materie de cercetare, cât și în practica propriu-zisă, ca fiind spirite foarte sărace. Le lipseau tocmai aceste calități de intuiție, de discernământ în ordinea fenomenelor, care este artă și nu numai știință. De aceea, un medic în toată viața sa profesională trebuie să facă operă de artist. Altfel, el este expus fără încetare la cele mai monumentale erori, cu toate cunoștințele lui teoretice, luate din cărți, oricât ar fi ele de vaste și oricât ar fi de sigură memoria lui”.

Exemplul lui Ambard, ca și pasajul de mai sus, ne arată că pregătirea teoretică trebuie să fie dublată de o experiență de ordin practic, pe care numai contactul de zi de zi cu bolnavii o asigură, și de unele calități intelectuale, cum este spiritul de observație, discernământul, judecata clară. Asupra acestora vom mai reveni. Pentru moment, este necesar de subliniat că pregătirea teoretică singură nu poate genera un bun clinician. Dar nici nu îi strică. În niciun caz nu se pot aplica medicinei cuvintele lui Descartes, care, după terminarea studiilor, la una din cele mai celebre școli din Europa, cum îi plăcea lui să spună, afirma următoarele: „Dar, de îndată ce am terminat acel curs de studii, după care în mod obișnuit ești primit în rândul doctilor, mi-am schimbat complet părerea: pentru că mă simțeam atât de încărcat de îndoieli și de erori, încât mi se părea că nu am tras alt profit, încercând să mă instruiesc, decât că am descoperit din ce în ce mai mult ignoranța mea”.



Aceste cuvinte l-au făcut pe René Cruchet să spună următoarele: „Această stare de spirit ar trebui să fie în primul rând aceea a medicului care, după ce a învățat totul, ar trebui să uite totul și să nu păstreze decât un spirit de curiozitate, deschis și fără partipri; acesta este cu atât mai indispensabil cu cât bolnavii nu se aseamănă niciodată complet între ei; este necesar ca practicianul să se debaraseze de cunoștințele inutile, care îi încarcă memoria, dacă vrea să ofere bolnavului maximul de servicii pe care i le poate da. Puțini medici, mai ales în vremea noastră, au știut să-și păstreze această independență și libertate a inteligenței”.

Afirmațiile de mai sus nu pot fi, de data aceasta, acceptate, așa cum ne sunt prezentate. Medicul nu trebuie să facă un efort de a uita, pentru că cunoștințele inutile dispar de la sine. Nu este însă mai puțin adevărat că este foarte important pentru medic să dea dovadă de simț critic și să nu aibă idei preconcepute. Aici stă pericolul unei pregătiri medicale axate prea mult pe teorie. Nu trebuie să pui la tot pasul același diagnostic, să forțezi cazul pe care îl examinezi ca să intre într-un anumit tipar, într-un sistem oarecare. Din acest punct de vedere poate fi citat Sydenham, care se ridică cu violență împotriva scolasticii care sufoca medicina din vremea sa: „Trebuie, spune el, să se renunțe la orice ipoteză și la orice sistem filozofic...; pe de o parte, autorii s-au încăpățânat să atribuie bolilor simptome care n-au existat decât în capul lor și care ar fi trebuit totuși să se manifeste dacă

ipoteza lor era veritabilă; pe de altă parte, când un simptom care însoțește cu adevărat boala pe care ei o discută cadrează cu teoria lor, atunci exagerează peste măsură acest simptom și fac, cum se spune, din șoarece un elefant, nici mai mult nici mai puțin decât parcă totul ar fi depins de el; dar dacă simptomul nu cadrează cu ipoteza lor, atunci ei nici nu îl menționează, sau spun puțin lucru, în afară de cazul că îl pot acomoda sau ajusta propriului lor sistem prin mijloacele unei subtilități filozofice oarecare... De aceea, medicina așa cum se exercită ea astăzi este mai degrabă o artă de a ține discursuri decât de a vindeca, nefiind susținută decât de sisteme vagi”. Opusă acestor concepții înapoiate, pe care le critică, apare concepția lui Sydenham, pe care el o formulează în cele două volume de medicină practică, al cărei miez reiese cu atâta pregnanță din următoarele rânduri: „Dacă aș fi început prin a raționa în loc să încep prin a observa, aș fi clădit în aer și aș fi fost tot atât de imprudent ca și acela care vrea să pună acoperișul pe un edificiu înainte de a-i zidi fundațiile”.

Din cuvintele de mai sus reiese concepția materialistă a lui Sydenham. Aici putem menționa că el era bun prieten cu celebrul filozof materialist englez Locke, tot medic și el și care, la rândul său, s-a ridicat de mai multe ori împotriva medicinei scolastice. Alături de ei îl putem situa pe Giorgio Baglivi (1668-1707), care, în aceeași epocă, cerea ca medicina să nu se clădească pe teorii prăfuite, ci pe examenul bolna-

vului, deoarece nu putem găsi niciodată o carte mai interesantă și mai bogată în învățăminte decât însuși bolnavul.

Gândindu-ne la toate acestea, nu trebuie să uităm o cugetare a lui George Călinescu, care exprimă foarte plastic aceeași idee: „urcă-te în nacela unui balon cu cărămidă, mortar și mistrie și atunci vei vedea că nu poți zidi în aer”.

Există deci un pericol al teoretizării excesive, dar acesta este prezent în pregătirea medicală numai atunci când cunoștințele teoretice se câștigă în dauna practicii. Un student care citește patologii în orele în care ar trebui să facă stagiul la patul bolnavului, sau un medic care studiază ultimele noutăți medicale în monografiile și reviste, în detrimentul practicii de spital, nu își dezvoltă în niciun caz simțul clinic. Și unul, și altul pot ajunge tobă de carte, dar formația lor va fi, așa cum am văzut, unilaterală. Situația nu se poate remedia decât prin activitate practică, care va putea fi însă fructificată, baza teoretică fiind acum asigurată.

Aici se poate face o precizare privind cunoștințele teoretice care se uită, fără ca medicul să trebuiască să facă un efort în această direcție. Din noianul de cunoștințe cu care își încarcă memoria un student care își pregătește examenele sau un medic care se prezintă la concursuri, se uită acelea pe care nu le fixează practica. Se uită multe date de etiologie, se uită teoriile patogenice, se uită unele date de anatomie, dar un semn care se învață din carte și care se întâlnește la unul sau la mai mulți din bolnavi pe care un student îi urmărește la

stagiul, acela rămâne. De aceea, o excelentă metodă constă în a relua studiul teoretic al unei boli în fața fiecărui caz clinic pe care îl întâlnești în cursul stagiului de spital. În acest mod se armonizează cel mai bine pregătirea teoretică cu pregătirea practică și se păstrează toate cunoștințele utile.

Ruptura dintre teorie și practică este tot ce poate fi mai dăunător în pregătirea profesională a medicului. Din acest punct de vedere poate fi citată medicina Evului Mediu, care constituie o experiență istorică de mari proporții. Întâlnim aici exemplele cele mai instructive de pregătire unilaterală care a dus la formarea unor medici pur teoreticieni, aserviți dogmelor și ruși de realitate, în timp ce medicina practică era pe baze pur empirice, efectuată de persoane fără nicio pregătire teoretică.

În Evul Mediu, timp de mai multe secole, pregătirea medicilor se baza pe studiul gramaticii în vederea însușirii limbii latine, pe studiul unor texte ale vechilor autori și pe unele cunoștințe de anatomie. Dar textele, reprezentate în primul rând de lucrările lui Galenus, erau eronate, confuze, iar cunoștințele de anatomie sumare, de multe ori fanteziste, bazate pe disecții rare, la care asista multă lume fără să vadă mare lucru. Învățământul la patul bolnavului nu exista pe atunci. De aceea, atunci când acești medici ajungeau în fața bolnavului, ei se mulțumeau cu un simplu interogator, priveau limba, cereau să li se arate borcanul cu urină și eventual scaunul, iar dacă puneau mâna pe bolnav, nu

urmăreau altceva decât să ia pulsul. Apoi discutau pe latinește și indicau o clismă sau o venesectie. Sângerarea era făcută după indicațiile zodiacului, pe o anumită venă, într-o anumită lună a anului.

Toate acestea seamănă mai mult a parodie a medicinei, decât a practică medicală propriu-zisă. Este cea mai pură expresie a teoriei ruptă de practică. Ceva mai târziu, Molière a stigmatizat această medicină, situând-o la locul care i se cuvenea.

În ceea ce privește chirurgii, aceștia erau împărțiți în mai multe categorii. Erau mai întâi chirurgii titrați, cu robă lungă, după chipul și asemănarea medicilor, care discutau și ei pe latinește, dar care nu ar fi acceptat să facă o intervenție chirurgicală, de teamă să nu-și compromită reputația în cazul unui eșec. Opuși lor erau chirurgii cu roba scurtă, sau bărbierii chirurghi, care nu erau deloc instruiți medical, nu știau nici să scrie, nici să citească. Aceștia erau în măsură să tundă, să radă, făceau extracții dentare, practicau sângerări, făceau pansamente, repuneau fracturile și luxațiile. Cu toată lipsa lor de pregătire, erau singurii care lucrau efectiv, care erau utili societății. Posibilitățile lor erau însă foarte reduse.

Între aceste două categorii se plasau chirurgii ambulanți. Aceștia se specializau într-o singură operație sau 2-3 operații, cum erau operațiile de hernie, talia vezicală pentru calculoză sau operația de cataractă. Ei erau bine pregătiți în domeniul respectiv și își transmiteau cunoștințele din tată în

fiu, iar numărul mare de operații practicate le conferea tuturor o bogată experiență. Astfel, ei realizau operații complexe, a căror reușită contrasta cu starea de înapoiere a medicinei din vremea lor. Din rândurile acestora s-au ridicat mulți mari chirurghi în epoca Renașterii.

Iată deci o adevărată experiență istorică. Pe de o parte, o chirurgie pur teoretică, îmbâcsită de dogmă și ruptă de practică, ale cărei rezultate sunt nule. Pe de altă parte, o chirurgie empirică, bazată numai pe practică, pozitivă ca rezultate, dar foarte modestă în ansamblu. În fine, o chirurgie cu realizări deosebit de frumoase pentru epoca respectivă, bazată pe oarecare cunoștințe teoretice și strâns legată de o activitate practică, care poate fi asimilată unei adevărate specialități.

Pregătirea teoretică singură îndepărtează de bolnav, duce la o medicină dogmatică, puțin utilă, plină de greșeli. Dar teoria este absolut necesară pentru practica medicală. Fără ea, cădem în empirism. „Când medicul practician este nevoit a acționa numai, iar despre înțelegerea bolii nici nu poate fi vorba, atunci medicina iese din granițele științei și intră în domeniul empirismului pur, care nu satisface nici pe bolnav, nici pe medic”, spune Inozemțev.

Un medic trebuie să se pregătească cu grijă, să citească, să învețe, să-și îmbogățească bagajul teoretic. Tot timpul el trebuie să se considere un școlar care învață la școală, deoarece viața este pentru el un permanent examen.

Mai ales medicul trebuie să citească. A citi înseamnă a învăța din experiența altora. Fiecăruia dintre noi i s-a întâmplat să diagnostiche unele boli rare, pe care nu le-a întâlnit în cursul studiilor, să identifice o leziune în cursul unei operații, bazându-se numai pe cunoștințele lui teoretice, câștigate din lecturi și studii de specialitate. La formarea bagajului teoretic contribuie însă în mare măsură și propria lui experiență. Urmărind bolnavii în spital, înregistrând modalitățile evolutive, atât de variate uneori pentru aceeași boală, notând cu grijă reacțiile la tratament, medicul își îmbogățește necontenit cunoștințele cu date noi, din cele mai utile. Dar, așa cum am văzut, oricât de bogată ar fi experiența personală, pregătirea teoretică rămâne unilaterală și foarte săracă, dacă nu este completată prin lecturi din literatura de specialitate.

Ar fi absurd să credem că un medic și-ar putea câștiga toate cunoștințele de care are nevoie numai din practica lui personală, chiar dacă și-a format o bază deosebit de solidă în facultate. Experiența lui nemijlocită, ca și posibilitățile de observație, sunt limitate, iar cunoașterea obținută în aceste condiții nu este decât o cunoaștere empirică. Apoi, trebuie să se țină seama de faptul că știința medicală face progrese neîntrerupte. Pentru a se ține la curent cu ultimele cuceriri ale științei în domeniul său de activitate, medicul trebuie să facă un efort continuu, să consulte literatura de specialitate, cu alte cuvinte să citească tot timpul. Altfel, rămâne în urmă.

„Un medic care nu citește deloc, chiar dacă ar poseda o experiență de un secol, ar fi numai un biet individ. Vanitatea lui nu ar avea ca egal decât propria lui ignoranță”, ne spune Noël Fiessinger.

Cunoașterea medicală se bazează pe experiența practică a medicilor de pretutindeni și din toate vremurile. Dar practica constituie și scopul cunoașterii. Împreună cu teoria, formează o unitate dialectică. Cunoașterea este latura teoretică a activității medicale și este reprezentată în activitatea de spital prin patologie. Ea se bazează pe practică, care este activitatea la patul bolnavului. Teoria promovează practica, care, la rândul ei, contribuie la dezvoltarea teoriei.

În medicină, teoria fără practică este tot atât de periculoasă ca și ignoranța sau empirismul, adică practică fără bază teoretică. Din acest punct de vedere poate fi citat Goethe, care spune: „Nimic nu este mai înspăimântător decât ignoranța în acțiune”. Același lucru și cu tot atâta forță îl exprimă și Cruveilhier când spune: „Știința este prima datorie a medicului; când este vorba de viața oamenilor, ignoranța este o crimă”.

În categoria ignoranților pot fi plasați însă toți medicii unilateral formați, și cei lipsiți de practică, și cei care nu dispun de bagajul teoretic necesar activității de toate zilele. Și unii, și alții sunt în aceeași măsură de periculoși pentru bolnavi.



## **Lecția a 4-a**

### **Baza logică a diagnosticului**

Diagnosticul reprezintă unul din cele mai importante capitole ale patologiei. În tratatele de medicină clinică i se acordă locul și extinderea care i se cuvin, în funcție de importanța și de gravitatea bolii aduse în discuție. Dar despre diagnostic, în general despre metodologia lui, s-a scris foarte puțin. Astfel, studenții în medicină și tinerii absolvenți sunt lipsiți de unele date de ordin general care, în practică, se arată utile pentru fiecare caz luat în parte. De aceea, am crezut de bine să abordez această problemă, să menționez în trecere câteva aspecte teoretice și să mă opresc ceva mai mult asupra condițiilor care stau la baza unui bun diagnostic. Intenția mea nu este ca să tratez diagnosticul ca problemă de gnoseologie, ci, cu pretenții mult mai modeste, să prezint câteva reguli și exemple de ordin practic, destinate să ducă la o mai bună înțelegere a problemei, mai ales sub aspectele legate de practica de toate zilele.

Prin diagnostic se înțelege procesul de identificare a bolilor pe baza semnelor clinice și a examenelor de laborator. Multă vreme însă medicii nu au fost în măsură să diagnostice bolile. Cunoașterea medicală prezenta lacune mari și din această cauză datele de observație nu puteau fi corect interpretate. Hipocrate spunea: „Mi se pare că cei mai mulți medici întâmpină aceleași greutăți ca și cârmacii nepricepuți”. În aceste condiții, când foarte puține boli erau identificate, medicii se mulțumeau cu un diagnostic simptomatic: stare febrilă, cefalee, melenă, icter. Odată cu înflorierea clinicii și cu folosirea noilor metode de investigație clinică, cum sunt percuția, ascultația și palparea, posibilitățile de diagnostic au crescut. Situația s-a îmbunătățit și mai mult grație ajutorului substanțial pe care îl oferă laboratorul. Cu toate acestea, clinicienii de la sfârșitul secolului trecut întâmpinau greutăți serioase în materie de diagnostic. Marele clinician rus P.S. Botkin spunea că ar fi foarte bucuros dacă 30% din diagnosticele puse de el ar fi juste.

Astăzi, situația este mult mai bună. Progresele pe care le-a făcut medicina în cunoașterea bolilor, noilor mijloace de investigație clinică, permit diagnostice mai sigure și de mai mare finețe. Dar pretențiile noastre sunt mai mari în prezent. Diagnosticul nosologic simplu nu mai mulțumește decât în rare cazuri. Când cineva răsfoiește un tratat de diagnostic, este surprins de numeroase subdiviziuni pe care le întâlnește în funcție, desigur, de natura diferitelor boli. În afară de

diagnosticul pozitiv, diferențial și etiologic, care nu lipsesc niciodată, se descrie diagnosticul topografic, diagnosticul de evoluție și complicații, diagnosticul radiologic și bacteriologic, diagnosticul formelor clinice, diagnosticul asociațiilor morbide și altele. Astfel, în afară de terapeutică, toate capitolele de patologie a bolilor sunt uneori reluate la diagnostic.

În aceste condiții, diagnosticul devine o problemă foarte complexă, dar care nu trebuie complicată și mai mult. De aceea, în cele ce urmează mă voi limita la diagnosticul pozitiv, la diagnosticul diferențial și la diagnosticul etiologic.

Diagnosticul pozitiv afirmă natura bolii. El nu poate fi însă considerat complet decât dacă boala este raportată la bolnav și se menționează eventualele caractere particulare, legate de teren și toate asociațiile morbide.

Diagnosticul pozitiv se clădește pe simptomele pe care medicul le recoltează în cursul examenului clinic folosind ca metodă de gândire metoda inductivă. Aici îl putem cita pe celebrul clinician englez James Mackenzie, care se exprimă într-un mod foarte plastic: „Simptomele, în accepțiunea de concepte, sunt ca materialele utilizate pentru construcția unui edificiu. Noi știm că, luate izolat și grupate, ele pot servi la construirea unei case, dar noi nu apreciem valoarea lor în esență și utilitatea practică decât în momentul în care vedem că ne este posibil să le transformăm într-un edificiu. În momentul în care simptomele sunt grupate în mod logic într-o

ipoteză, atunci abia cauza lor și valoarea lor relativă ne apar în mod clar”.

Diagnosticul pozitiv se confirmă prin diagnosticul diferențial. Acesta urmărește tot recunoașterea bolii, dar se bazează pe cunoștințele de patologie privind diferitele boli și uzează de metoda deductivă, adică procedează prin eliminare. În fine, diagnosticul etiologic urmărește să stabilească cauza bolii. Pentru aceasta se ține seama de datele de ordin clinic și, într-o măsură mai mare de cele mai multe ori, de rezultatele de laborator.

Astfel, diagnosticul luat global se bazează pe de o parte pe datele clinice și de laborator pe care le oferă bolnavul, pe de altă parte, pe experiența și pe cunoștințele medicului. Bolnavul este obiectul supus examenului, iar medicul – subiectul, care îl examinează și elaborează diagnosticul printr-o operație de gândire, care are la bază legile logicii.

În elaborarea diagnosticului, medicul participă deci cu armele personale, care sunt reprezentate de cunoștințele lui, de calitățile lui de observator, de modul lui de gândire. Această participare personală explică de ce într-o anumită situație un medic ajunge mai repede la diagnostic decât un altul, care ajunge mai încet sau nu ajunge deloc. Astfel, cu toate progresele medicinei, cu toată fundamentarea științifică a diagnosticului, acesta rămâne, în oarecare măsură desigur, legat de persoana medicului. De aceea, suntem îndreptățiți să vorbim despre arta diagnosticului. Medicina

este astăzi o știință din cele mai avansate, dar ea rămâne o artă în aplicațiile ei practice. În unele specialități medicale, culmea artei chiar poate fi reprezentată de un diagnostic de finețe.

\*

Să vedem acum ceva mai detaliat care sunt elementele de la care pleacă medicul și modul cum construiește diagnosticul. Punctul de plecare al diagnosticului îl constituie manifestările clinice ale bolii. Medicul le înregistrează în cursul interogatorului și al examenului pe care îl practică. Interogatorul poate furniza date importante asupra debutului și evoluției bolii care, în multe cazuri, orientează imediat spre diagnostic. Urmează apoi evaluarea semnelor bolii, a căror valoare rămâne însă inegală. De cele mai multe ori, interogatorul și examenul bolnavului permit recoltarea unui număr suficient de semne pentru a formula o ipoteză sau mai multe ipoteze de diagnostic. Sunt situații când, de la început, medicul identifică unul sau mai multe semne caracteristice, pe care le grupează apoi, ceea ce îi permite să formuleze o singură ipoteză, care apare foarte probabilă. În toate aceste cazuri, forma de raționament folosită este inducția. De la particular, care este simptomul, medicul ajunge la general, reprezentat de diagnostic, prin judecăți din cele mai simple.

Să luăm un exemplu. O persoană este adusă de urgență într-un serviciu de traumatologie. Este vorba de un bătrân de 75 de ani, care a alunecat pe marginea covorului și a căzut. A prezentat imediat o impotență funcțională totală a unuia din membrele inferioare. La examen, primul lucru care impresionează este rotația externă a piciorului. Apoi, examenul permite înregistrarea altor semne, dintre care reținem numai durerea provocată în regiunea inghinocrurală și scurtarea membrului. Durerea sus localizată, impotența funcțională totală, rotația externă și scurtarea de membru, iată câteva semne care fiecare orientează spre diagnosticul de fractură de femur. Gruparea lor, faptul că au survenit la o persoană în vârstă, după un traumatism minim, fac aproape sigur diagnosticul de fractură de col de femur.

Trecerea în acest caz de la particular la general prin inducție este foarte simplă, deoarece este vorba de semne caracteristice. Un medic cu experiență formulează diagnosticul imediat, înainte chiar ca bolnavul să se fi dezbrăcat, în momentul în care ajunge în prezența lui. Dar metoda de gândire care îl ajută în acest caz este metoda deductivă. Să vedem acum în ce mod decurge raționamentul în aceste condiții.

Medicul știe că sunt multe cauze care pot condiționa faptul că un bătrân care a căzut nu se mai poate ridica. El însă își spune că dacă ar fi fost o cauză de ordin general, o hemoragie cerebrală de exemplu, bolnavul nu ar fi fost adus

într-un serviciu de traumatologie. De aici deduce că este vorba de un traumatism. Dar poate să fie vorba de o fractură de coloană vertebrală, de o fractură de coapsă sau de gambă. Medicul însă află că bolnavul a alunecat numai pe covor, că este deci vorba de un traumatism puțin important. El știe că odată cu vârsta se produce o importantă decalcificare în regiunea cervicotrohanteriană a femurului, că aceasta devine o zonă de mică rezistență unde fractura se produce foarte ușor. Este deci normal ca el să gândească în primul rând la această eventualitate. Ipoteza care este deja formulată devine și mai probabilă când observă că bolnavul nu poate mobiliza deloc membrul inferior și că piciorul este în rotație externă.

În acest caz, medicul a pornit de la teze de ordin general, reprezentate prin evaluarea cauzelor care pot duce la impotența funcțională a unui membru, prin considerații asupra fracturilor de femur, în general, pentru a ajunge la concluzia particulară care este diagnosticul de fractură de col femural.

În elaborarea unui diagnostic, medicul poate deci folosi atât inducția, cât și deducția, care sunt forme deosebite de cercetare, dar care nu sunt independente, izolate una de alta. În cazul de mai sus, s-a ajuns la diagnostic în urma unor raționamente, unele bazate pe inducție, altele pe deducție, care în general se suprapun în cursul operației de gândire logică pe care o face medicul.

Aici putem deschide o paranteză. La diagnostic se poate ajunge și printr-o altă metodă, prin analogie. Medicul a mai văzut cazuri asemănătoare, de fracturi de col de femur, și în situația de față se gândește imediat la această posibilitate. Analogia este și ea o formă specială de raționament logic, dar nu reprezintă un mijloc precis de cunoaștere. În materia de diagnostic, această metodă poate duce la greșeli mari. Profanii de exemplu pun diagnostice numai prin analogie și știm cu toții ce erori monumentale fac câteodată. De aceea, medicul nu trebuie să se mulțumească numai cu analogia, ci să treacă la raționamente mai complexe, așa cum le permit inducția și deducția.

Exemplul ales mai sus permite și alte considerații. Situația descrisă este atât de caracteristică încât, așa cum am văzut, medicul poate pune diagnosticul imediat. În asemenea situații se vorbește de diagnostice intuitive și mulți autori au căutat să speculeze această situație pentru a trage unele concluzii de ordin idealist. În cazul nostru, diagnosticul poate fi pus imediat, deoarece situația patologică este simplă, sub raport diagnostic, și un medic cu experiență o poate descurca imediat. Nu este însă vorba de un diagnostic pus în afara legilor logicii, fără participarea rațiunii. Îndărătul acestui diagnostic trebuie să vedem cunoștințele medicului, experiența lui, capacitatea lui de a gândi repede. Ceea ce am spus în legătură cu simțul clinic rămâne valabil și aici.



În fine există și alte metode de diagnostic pe care le foloseau predecesorii noștri, dar care nu mai prezintă astăzi decât un interes istoric. Așa de exemplu diagnosticul zis „ex Juvantibus” și diagnosticul „e nocentibus”. În primul caz este vorba de un diagnostic pe care îl confirmă efectul bun al terapiei aplicate. Astfel altădată un diagnostic ex Juvantibus era diagnosticul de sifilis ca urmare a acțiunii favorabile a tratamentului cu mercur, sau de malarie când vindecarea se obținea prin chinină. În diagnosticul e nocentibus, precizarea se obține prin efectul dăunător al unei metode de investigații sau al medicației folosite. Exemple tipice sunt diagnosticul de tumoră cerebrală în urma agravării semnelor clinice consecutiv unei puncții lombare, al agravării după o anumită dietă sau după administrarea unui medicament cum este cazul iodului în afecțiunile tiroidei.

Dar să revenim la cazul pe care l-am adus în discuție mai sus. Dacă medităm asupra lui, ne dăm seama că diagnosticul este mult ușurat prin faptul că avem de a face cu raționamente de tip categoric care se bazează pe judecăți simple, categorice și ele. Bolnavul prezintă o impotență funcțională totală după un traumatism minim, există o rotație externă a piciorului pe care bolnavul nu o poate corecta spontan, membrul este scurtat cu câțiva centimetri. Aceste constatări permit o ipoteză de diagnostic care este foarte probabilă. Nu mai este necesar să se caute crepitația

osoasă sau mobilitatea anormală, atât de caracteristică este situația. Dar acest diagnostic nu poate fi considerat nici sigur și nici complet.

Mai întâi este de reținut faptul că oricât de bine ar fi fundamentat diagnosticul, el trebuie considerat numai ca o ipoteză. „Diagnosticul nu este decât ipoteza cea mai probabilă”, spunea André Berger. Același lucru îl spune și Botkin: „Diagnosticul este o ipoteză mai mult sau mai puțin probabilă, pe care trebuie să o verificăm neconținut, pentru că pot surveni fapte noi care să schimbe diagnosticul sau să-i crească probabilitatea”.

În exemplul ales există aproape certitudinea diagnosticului, deoarece apariția bruscă a impotenței funcționale, însoțită de rotație externă și de scurtarea membrului, pot fi considerate ca semne patognomonice. Cu toate acestea, există și aici posibilitatea unei erori de diagnostic. Bolnavul poate prezenta o tumoră osoasă complicată de fractură. Între cele două diagnostice există o diferență mare, din toate punctele de vedere, mai ales ca prognostic. De aceea diagnosticul nostru trebuie confirmat și acest lucru se realizează foarte simplu prin radiografie.

Dar, în afară de faptul că diagnosticul făcut nu este sigur, el nu este nici complet. Este o mare deosebire în ceea ce privește evoluția ulterioară între o fractură angrenată sau nu. Apoi, bolnavul poate prezenta boli asociate sau tare organice care și ele pot complica evoluția. Deci diagnosticul

nu va putea satisface decât dacă se precizează sediul exact al fracturii, poziția fragmentelor, angrenarea sau lipsa lor de angrenare, existența unor deficiențe organice, care sunt atât de frecvente și de grave la persoanele în vârstă, sau prezența de asociații morbide cum ar fi o leziune pulmonară sau o tromboflebită. Este deci necesar, chiar și în acest caz care apare atât de simplu sub raportul diagnosticului, să se practice un examen complet al bolnavului, să se facă o radiografie pentru a se preciza natura leziunilor locale și diferitele analize de laborator, destinate să exploreze capacitatea vitală a bolnavului și funcția diferitelor organe.

Dar să luăm un alt exemplu pentru a întări cele spuse până aici. O bolnavă prezintă o tumoră de mamelă evoluând de câteva săptămâni. La examen se constată existența unei tumori de volumul unei nuci, dură, cu margine rău delimitată. Există și piele de portocală, retracția mamelonului. De asemenea, se constată prezența în axilă a unei adenopatii relativ voluminoase, puțin mobilă.

Diagnosticul în acest caz apare ușor. Simptomele sunt caracteristice, unele din ele cum este pielea de portocală sau retracția mamelonului putând fi considerate ca semne patognomonice. Și în acest caz diagnosticul se poate face prin inducție pornindu-se de la particular, identificându-se semnele clinice, grupându-le apoi într-un ansamblu care sugerează diagnosticul de cancer de mamelă. Se poate însă stabili diagnosticul și pornindu-se de la cunoștințele noastre

generale asupra tumorilor de mamelă, folosind de data aceasta metoda deducției. Și într-un caz, și în altul, situația este ușurată de prezența unor semne caracteristice care permit judecăți și raționamente categorice. Într-un asemenea caz, deducția se poate efectua prin silogisme. De exemplu: pielea de portocală este simptomatică cancerului de mamelă; bolnava noastră prezintă pielea de portocală; ea suferă deci de cancer de mamelă. Sau: când în prezența unei tumori de mamelă apare retracția mamelonului, tumora este malignă; bolnava noastră prezintă o retracție a mamelonului; deci tumora de care suferă este malignă. Silogismele de mai sus sunt silogisme categorice, deoarece din judecățile care preced rezultă în mod necesar o altă judecată, universal afirmativă în cazul nostru. Termenul mediu, prezent în premise, care constituie cheia judecății, dar care nu mai apare în concluzie, este în primul caz pielea de portocală, în al doilea caz retracția mamelonului. Dar în amândouă cazurile concluzia nu este veridică decât în măsura în care premisele, adică judecățile de la care provin, sunt adevărate, verificate în practică.

Diagnosticul de cancer de mamelă pus în acest caz este și el incomplet, insuficient pentru a putea stabili prognosticul și a institui un tratament corect. Trebuie neapărat precizat stadiul evolutiv. Prezența unei tumori relativ voluminoase cu aderență la tegumente și adenopatie axilară fixă ne permite să o situăm în stadiul III, ceea ce

constituie un element foarte favorabil din punctul de vedere al prognosticului. Faptul însă că bolnava se apropie de 60 de ani, că a trecut de mult peste menopauză, constituie un element relativ favorabil. Toate acestea trebuie bine cântărite. Apoi trebuie exclusă posibilitatea existenței unor metastaze. În fine, trebuie practicat un examen general foarte amănunțit și cerute explorările de laborator care sunt necesare pentru a face o evaluare globală precisă a cazului.

În exemplele de mai sus, problema diagnosticului a fost simplificată grație prezenței unor semne caracteristice, patognomonice, care au permis raționamente, atât nemijlocite, cât și mijlocite, și unele, și altele de tip categoric. Din păcate, această situație, care este cea mai simplă, este și cea mai rară în medicină. În general, medicul întâmpină mai multe greutăți în elaborarea diagnosticului, iar acesta apare mai puțin sigur decât în exemplele citate mai sus.

Cărui fapt se datorește acest lucru?

În primul rând trebuie să remarcăm că în multe cazuri semnele cele mai utile pentru diagnostic sunt semnele de laborator și datele pe care ni le furnizează mijloacele moderne de investigație. Diagnosticul de diabet se poate pune prin cercetarea glicemiei, diagnosticul de fractură prin radiografie, diagnosticul de obliterare arterială prin arteriografie. Dar aceste posibilități pe care ni le oferă laboratorul nu trebuie folosite decât pentru precizarea diagnosticului. De altfel, ele necesită un timp oarecare pentru a fi puse în

practică și răspunsul nu-l primim imediat. Ori, ipoteza diagnosticului trebuie să fie formulată cât mai repede, pentru a orienta cercetările și pentru aceasta nu dispunem decât de datele pe care ni le oferă clinica.

Din acest punct de vedere trebuie să luăm în considerare rezultatele pe care ni le oferă interogatorul și examenul bolnavului.

Interogatorul reprezintă primul contact între medic și bolnav, el constituie punctul de plecare al întregii operații care duce la elaborarea diagnosticului. El ne dă relații asupra debutului și asupra mersului bolii, asupra prezenței și asupra caracterelor unor simptome. Dar interogatorul este greu de luat, iar randamentul lui este uneori foarte sărac. Iată, de exemplu, părerea lui Eduard Rist, clinicianul bine cunoscut: „Din felul cum este condus interogatorul depinde uneori tot restul. Poate, dintre toate tehnicile artei noastre, aceasta se câștigă mai târziu și cu cele mai mari eforturi, deoarece necesită cunoașterea oamenilor. Nu poți niciodată aprecia mai bine experiența clinică, știința, pătrunderea psihologică, autoritatea morală a unui medic, decât atunci când îl ascuți interogând un bolnav”.

Există o știință a interogatorului care se câștigă odată cu experiența și care se fundamentează pe calitățile de spirit și pe cunoștințele medicului. „Pentru a avea demonstrația, spune Noël Fiessinger, nu avem decât să comparăm randamentul pe care îl dă interogatorul făcut de un debutant și

acela practicat de un medic cu experiență. Istoria unei boli redată de un debutant este săracă, lipsită de precizie, fără relief, fără viață. Se rezumă la ceea ce bolnavul a găsit de bine să povestească. Din contră, un medic experimentat pătrunde în toată viața bolnavului și face o expunere completă, precisă, cu perspective exacte. Nimic nu este mai interesant, mai captivant decât să fructifici un interogator. Dar ca să ajungi acolo, trebuie să postezi știința de a pătrunde în psihismul bolnavului”.

Din punctul de vedere al diagnosticului, interogatorul poate fi împărțit în două etape. O primă etapă care precede examenul și în cursul căreia rolul principal îi revine bolnavului. Apoi o a doua etapă, care completează examenul și în care medicul deține poziția de prim plan.

Partea cea mai delicată a interogatorului este prima parte, în cursul căreia medicul este de multe ori constrâns la o atitudine pasivă. Trebuie să lase bolnavul să vorbească, să spună ce are de spus, să-l asculte cu atenție și, pe cât posibil, să nu îl întrerupă. Din nefericire, sunt mulți bolnavi care nu deosebesc ce este important de ceea ce nu are importanță, intră în detalii fără semnificație, vorbesc mult, fără să spună nimic din ceea ce ar putea reține medicul pentru diagnostic. Un exemplu foarte sugestiv ne dă Noël Fiessinger: „Îngrijeam o ducesă, bine cunoscută în corpul medical pentru tendința ei logoreică. Această bolnavă nu a părăsit patul de 20 de ani și dacă sărmanul ei corp nu era în stare de nimic toată viața, i s-a

refugiat în limbă. Oarecare experiență m-a învățat să o examinez fără să-i întrerup vorbăria, apoi să mă retrag cu iscusință spre ușă, fără să mă așez niciun moment.

Într-o zi, un profesor reputat a venit să o examineze împreună cu mine. L-am prevenit dinainte și, mai ales, i-am dat sfatul să nu se așeze. Era către amiază. S-a așezat și totul a fost pierdut. Cuvintele au pornit în valuri, nimic nu le-a mai putut opri. Câteva încercări ale profesorului s-au arătat zadarnice, și-n curând l-am văzut scufundat, înecat sub aceste valuri nesecate. Până la urmă, a adormit. Cum să îl trezesc? Ea continua să vorbească, cu atâta animație că nici nu a observat că auditorul ei doarme.

O oră a trecut și după ce am evaluat în gând toate soluțiile posibile pentru a rezolva problema, am spus cu voce tare: «doamnă, îmi permit să observ că profesorul trebuia să fie la facultate pentru un examen, la ora unu și jumătate». Am vorbit destul de tare pentru a trezi pe maestru. Ea nu a observat nimic. Examenul a fost încheiat în grabă, așa cum se cuvenea. bolnava era satisfăcută, profesorul de asemenea, dar el a fost foarte surprins privindu-și ceasul. A dormit o oră întregă”.

Asemenea situații sunt desigur excepționale, dar medicul trebuie să fie pregătit și pentru eventualități de acest gen. Cu puțin tact, ele se rezolvă și nu se pierde mult timp. În tot cazul, nu trebuie să se uite că prin interogator se face apropierea între medic și bolnav, că acum se fac



destăinuirile, că în acest moment se câștigă încrederea celui suferind. Ori, acest lucru are o importanță deosebită. De altfel, când bolnavul vorbește, medicul observă, raționează, își face o idee despre bolnav, despre reacțiile lui față de boală. Astfel, deși aparent el pare pasiv, atitudinea lui este activă, el judecă, interpretează.

Dacă sunt unii bolnavi care vorbesc mult, sunt alții care vorbesc prea puțin. Aceștia trebuie stimulați. Dar medicul trebuie să cunoască mentalitatea bolnavului. Acesta are un alt mod de a raționa, el nu redă exact lucrurile, nici în desfășurarea lor și nici în ceea ce privește caracterele. El folosește elemente de comparație care îi sunt personale. O bolnavă de exemplu acuza crize dureroase abdominale. Chestionată asupra intensității durerii, ea afirma că sunt de o mare acuitate. Când însă a fost întrebată dacă i s-au făcut injecții calmante, ea a răspuns că nu a fost necesar. De aceea medicul trebuie să ceară întotdeauna precizări și când face acest lucru, să vorbească pe limba bolnavului. Profesorul Iacobovici citează un alt profesor care întreba o țărăncă dacă nu suferă de fatigă.

Apoi, medicul trebuie să aibă în vedere faptul că uneori bolnavii exagerează unele tulburări sau disimulează, iar în unele specialități putem fi puși chiar în fața unor neadevăruri. Brouardel, celebrul medic legist, face o afirmație pe care chiar dacă nu o acceptăm, trebuie să ne dea de gândit: „Dacă este ușor să descurci falsele declarații ale soțului

pentru că sunt puțin plauzibile și că, în fond, bărbatul nu știe să mintă, trebuie să fii foarte prudent față de declarațiile femeii; aceasta minte la perfecție; minciuna nu este oare arma principală de apărare a femeii, după cum este și aceea a copilului”. De aici trebuie să reținem doar că sunt multe situații când medicul trebuie să pună la îndoială unele afirmații ale bolnavilor, care cu voie sau fără voie exagerează, fac relații inexacte, îngreunând mult sarcina examinatorului. Dar această problemă a nevrozelor este mult prea complicată pentru a o aborda aici.

După cum am văzut mai sus, prima parte a interogatorului este destinată să orienteze pe medic. Acesta își face deja o idee despre boală și procedează în continuare la examenul bolnavului.

Nu este cazul să insist aici asupra modului cum trebuie să fie practicat examenul. Acest lucru se tratează pe larg la semiologie, se arată că el trebuie să fie metodic, precis, să nu se neglijeze nimic. În această direcție există numeroase aforisme: „La examen incorect, diagnostic incorect” sau „examen insuficient, raționament deficient”. Puțin mai departe vom reveni asupra acestei probleme pentru a sublinia câteva din condițiile care se cer unui examen clinic pentru a permite diagnostice precise.

După examen urmează partea a doua a interogatorului, care este o operație de completare. Dacă în prima etapă medicul a lăsat pe bolnav să vorbească, fără să-i

impună restricții, de data aceasta medicul își asumă rolul principal. El conduce foarte strâns acest interogator și cere bolnavului să-i răspundă precis, prin da sau nu.

Interogatorul și examenul bolnavului furnizează datele clinice pe care se fundamentează ipoteza sau ipotezele de diagnostic. Aceste date sunt reprezentate de antecedente, de istoricul bolii și, mai ales, de semnele clinice. Vechii clinicieni spuneau că bolile sunt colecții de simptome, că ceea ce diferă de la o boală la alta este gruparea semnelor. „Non ab uno signo sed a consensu omnium”, spuneau latinii, mulțumindu-se să-l traducă pe Hipocrate.

Aceasta însemnează că semnele caracteristice într-adevăr unei anumite boli sunt rare și că, în general, se regăsesc aceleași semne, în altă grupare. Acest lucru, în mare, este foarte adevărat și unii autori afirmă că nu există semne patognomonice. În realitate, semnele patognomonice există. Ele sunt numite și semne diacritice și în dicționarele medicale li se dă următoarea definiție: semne care nu se găsesc decât într-o anumită stare morbidă și care sunt suficiente, singure să caracterizeze această stare morbidă și să permită diagnosticul. Ca exemplu se dă sucusiunea hipocratică, patognomonică hidropneumotoraxului.

În exemplele pe care le-am dat înainte, diagnosticul s-a bazat tot pe semne patognomonice, care am văzut că permit raționamente categorice. Am folosit aceste exemple în dorința de a expune cât mai clar unele din legile logicii care

permit formularea diagnosticului. Dar am subliniat faptul că asemenea situații sunt rare și că, în practică, elaborarea diagnosticului este mult mai complexă.

Mai întâi trebuie subliniat faptul că valoarea diagnostică diferă foarte mult de la un semn la altul, indiferent de categoria căreia îi aparțin. Cele mai valoroase din acest punct de vedere rămân semnele fizice, care pot fi apreciate în modul cel mai obiectiv, înregistrate, măsurate chiar. În rândul lor găsim cele mai multe semne patognomonice. Ele ne permit să localizăm boala, să stabilim chiar natura ei.

Semnele generale sunt și ele importante pentru diagnostic, dar ele traduc mai mult participarea organismului la boală și mai puțin natura acesteia. Luate izolat, semnele generale sunt puțin caracteristice, grupate însă, ele au de multe ori o importanță covârșitoare pentru diagnostic. Ca și pentru semnele fizice, valoarea este mare și prin faptul că pot fi înregistrate obiectiv: temperatură, puls, tensiunea arterială.

Din acest punct de vedere, valoarea semnelor funcționale și a semnelor subiective este mai mică. Dar și acestea trebuie înregistrate cu multă grijă, îndeosebi semnele funcționale, care atrag atenția asupra organului lezat. Astfel, de exemplu, oprirea gazelor și a materiilor fecale este unul dintre cele mai importante semne în diagnosticul afecțiunilor abdominale acute. Uneori, chiar un semn de ordin funcțional permite un diagnostic aproape sigur, cum este de exemplu

claudicația intermitentă, caracteristică pentru obliterarea arterială. Trebuie să mărturisim însă că asemenea situații sunt foarte rare.

Cel mai puțin sigure pentru diagnostic rămân semnele subiective. De la bolnav, care le apreciază în mod pur subiectiv, ele sunt preluate de medic, care face tot o apreciere subiectivă.

Astfel, dacă se face o apreciere globală, putem atribui o valoare mai mare pentru diagnostic semnelor fizice și una mai mică semnelor subiective. Dar asemenea aprecieri sunt relative și noi trebuie să acordăm atenție tuturor semnelor, fără a neglija niciunul din ele. Pe de altă parte, trebuie să grupăm semnele și într-o asemenea grupare pot lua loc alături semne de categorii diferite: semne funcționale alături de semne fizice sau generale. În unele cazuri, gruparea semnelor ne duce direct la boală. Alteori, reușim să izolăm un sindrom, natura bolii fiind numai ulterior clarificată prin examene complementare de laborator.

Identificarea semnelor, gruparea lor, se face prin aceleași operații de logică pe care le-am menționat deja, dar acum situația se schimbă. În exemplele simple pe care le-am menționat inițial, am avut de a face cu judecăți și cu raționamente categorice. În silogisme citate, concluzia a decurs în mod obligator din premisele care se bazau pe semne patognomonice. În practică însă avem de a face de cele mai multe ori cu semne care nu sunt patognomonice și atunci nu

mai putem uza de silogisme categorice în deducțiile pe care le facem. În aceste cazuri ne folosim de raționamente disjunctive sau condiționate. Operația de gândire logică la care procedăm acum este deci complicată, deoarece intervin raționamente diferite, simple și complexe, de tip inductiv sau deductiv. Iar raționamentele deductive reprezentate prin silogisme pot fi disjunctive, condiționale, mult mai rar categorice. În raționamentul categoric am văzut cum concluzia vine în mod necesar după judecățile anterioare care sunt veridice, bine verificate în practică. În raționamentul disjunctiv folosim judecăți care presupun despre același subiect note care separă: - un perete poate fi alb sau negru, o ușă poate fi deschisă sau închisă – care se exclud între ele. De exemplu, un accident de blocaj al genunchiului poate să fie produs fie de o ruptură de menisc, fie de un corp străin intraarticular. Fiecare din cele două enunțuri poate fi valabil în anumite condițiuni, dar unul exclude pe celălalt. Raționamentul condițional cuprinde o condiție. De exemplu, dacă într-un traumatism al genunchiului există o mișcare de lateralitate, este vorba probabil de ruptura unuia din ligamentele laterale. Și în cazul raționamentului disjunctiv, și al celui condițional, concluzia este probabilă numai, deoarece nici enunțurile nu sunt absolut veridice. Teoretic, un blocaj al genunchiului poate fi produs și de o franje sinovială, iar mișcarea de lateralitate poate fi condiționată tot atât de bine de o laxitate ligamentară, nu numai de o ruptură. De

aceea, ipotezele formulate trebuie confirmate în aceste cazuri și prin alte raționamente.

Dar să luăm un exemplu mai complex pentru a vedea modul cum se desfășoară gândirea logică în asemenea cazuri.

Un bolnav este trimis în spital cu diagnosticul de abdomen acut. Acest diagnostic este simptomatic și nu ne poate mulțumi. De aceea el trebuie precizat, mai ales că se pune problema unei intervenții imediate.

Din interogatorul bolnavului reiese că boala a debutat în mod brusc, cu câteva ore înainte, printr-o durere în epigastru, de o mare intensitate. La examen găsim un număr relativ mare de semne, dintre care reținem ca fiind mai caracteristice: durerea ca semn subiectiv, oprirea gazelor și a materiilor ca semn funcțional, o apărare musculară generalizată – adevărat abdomen de lemn, ca semn fizic, și o stare generală relativ bună. Gruparea acestor semne, adică durere foarte mare, apărarea de lemn, oprirea gazelor, ne permite diagnosticul de sindrom de iritație peritoneală prin perforație viscerală. Metoda folosită până acum este metoda inductivă.

Diagnosticul de sindrom de iritație peritoneală nu este însă suficient. Trebuie să precizăm cauza. Pentru aceasta facem o evaluare mai în profunzime a semnelor pe care le prezintă bolnavul și ne folosim și de metoda deductivă. Astfel, în operația noastră de gândire vor interveni raționamente de tot felul. Raționamente de tip disjunctiv: reacția

peritoneală în acest caz se poate datora fie unei perforații de ulcer, fie unei perforații apendiculare. Sau raționamente de tip condițional: dacă bolnavul prezintă antecedente gastrice, este mai probabilă perforația de ulcer. Aceleași judecăți pot fi folosite și atunci când facem evaluarea unui simptom. Bolnavul nostru prezintă și dispariția matității hepatice. Aceasta se poate datora fie pătrunderii de aer în cavitatea peritoneală, fie interpoziției colonului destins între ficat și peretele abdominal. Dacă abdomenul este retractat, e vorba de aer liber, dacă abdomenul este balonat, este mai probabilă interpoziția colonului.

Astfel, de la diagnosticul de sindrom abdominal acut trecem la diagnosticul de boală. Este vorba de un ulcer perforat: adult, tânăr, antecedente de ulcer, debut brusc și foarte acut, reacție peritoneală intensă, absența vărsăturilor, absența febrei, stare generală bună. Diagnosticul nostru nu este decât o ipoteză, dar ea prezintă suficiente garanții pentru a pune indicația operatorie.

Formularea unei ipoteze este totdeauna binevenită, chiar dacă până la urmă ea nu se adevărește a fi exactă: „o ipoteză este valoroasă pentru că ea ne furnizează o călăuză, o linie de conduită pentru observație. Dacă ea are defecte, este falsă sau inutilă, lucru care se poate întâmpla, ea constituie totuși o etapă în diagnostic ce are avantajul de a dirija atenția noastră asupra relațiilor dintre simptome și asupra necesității de a le găsi o interpretare mai bună”, spune Mackenzie.



În cazul nostru, posibilitatea de a confirma ipoteza de ulcer perforat este foarte simplă. Ea constă într-un examen radiosopic, care poate evidenția prezența aerului liber sub cupolele diafragmei.

Din cele de mai sus reiese evident că într-un asemenea caz diagnosticul poate reprezenta o operație foarte complexă. Interogatorul trebuie să fie precis, examenul făcut cu atenție și pricepere. Iar în acest timp medicul gândește, folosește diferitele metode ale logicii pentru a interpreta semnele și a fundamenta cât mai bine diagnosticul. Acesta are cu atât mai multe șanse să fie exact, cu cât examenul bolnavului este mai corect și cu cât modul de gândire este mai just. Cazul de mai sus este relativ simplu și a fost ales pentru demonstrație. Diagnosticul cauzal într-un abdomen acut poate fi însă extrem de greu. În fața examinatorului se pot prezenta numeroase ipoteze și concluzia nu este ușor de tras. Asemenea cazuri pot fi asimilate unor probe de concurs, în care medicul trebuie să facă act de toată experiența lui, de toate cunoștințele și să dea dovadă de multă logică în gândire.

În aceste condiții ne dăm seama de importanța pe care o are respectarea regulilor și a legilor gândirii logice pentru fundamentarea unui diagnostic just. Însemnează oare aceasta că un medic care nu cunoaște logica nu este în măsură să pună un diagnostic? Nicidecum. Medicul învață să gândească corect din exemplul măștrilor săi și din experiența sa personală. El poate gândi logic fără să fi studiat

logica. Dar ceea ce caracterizează pe marii clinicieni este tocmai modul de a gândi, modul de a raționa, chiar și în cele mai mici gesturi pe care le face.

Iată de exemplu ce spune H. Mondor despre Paul Lucène, care a fost unul dintre cei mai mari diagnosticieni ai timpului său: „Îi datorez lui P. Lucène emoția celor mai frumoase diagnostice. El nu făcea nimic pentru a-și ascunde metoda de lucru sau ca să o aureoleze de mister, de intuiție, de inspirație ori de alte procedee obscure, scumpe profanilor sau incușilor. Dintr-un istoric confuz scurtat de jena bolnavei sau prin resemnare, ori alungit prin numărul prea mare de detalii amintite, el știa să rețină repede ce era necesar. Apoi urma o privire, de o surprinzătoare putere de pătrundere, folosirea unor mâini lungi și fine cu o satisfacție din ce în ce mai mare, o promptitudine și ingeniozitate de a se descurca în dezordinea faptelor, de a circumscrie esențialul, în fine, de la ochi la creier, de la acesta la mână, de la aceasta la memorie treceau vizibil interogările, enunțurile neîntrerupte, clare, pasionante de urmărit; s-ar fi spus oarecare savantă captură de idei și de fapte.

Aceasta însemnează să uzezi de toate cunoștințele, să pui toate simțurile și toată capacitatea de a gândi în slujba diagnosticului. Este ceea ce spune Achard într-o cugetare care merită să fie reținută în încheierea acestei lecții: „Medicul are nevoie mai întâi de știință, apoi de artă și totdeauna de judecată”.

## **Lecția a 5-a**

### **Regulile diagnosticului clinic**

Din cele expuse până acum reiese că în mod schematic diagnosticul clinic se elaborează în două etape. Într-o primă etapă medicul culege datele clinice și pentru aceasta se folosește de toate posibilitățile pe care i le oferă metoda observației. Într-o a doua etapă, el selecționează datele, le grupează și le interpretează pe baza unei gândiri logice. Concluzia este o ipoteză de diagnostic, care urmează să fie apoi confirmată.

Am văzut în lecția precedentă care sunt regulile gândirii logice. Să vedem acum câteva din regulile practice de care medicul trebuie să țină seama în cursul examenului clinic și al elaborării ulterioare a ipotezei de diagnostic.

Prima regulă și cea mai importantă este aceea a unui examen clinic complet. Fiecare medic cu oarecare practică știe din propria sa experiență că un examen superficial sau incomplet duce foarte des la greșeli de diagnostic. Mai mult decât atât, în unele cazuri metodica examenului clinic

primează asupra cunoașterii medicale chiar. În această privință există numeroase aforisme. Lindsay spune, de exemplu: „la o greșeală datorită necunoașterii revin zece greșeli datorate neglijenței”. Din cauza neglijenței, multe lucruri trec neobservate: „Nenorocirea celor mai mulți medici constă nu în faptul că nu știu atât cât ar trebui să știe, ci în faptul că nu văd totul”, spune Corrigan. De aici obligația pentru medic de a nu neglija niciun detaliu, nicio metodă de explorare clinică, niciun examen de laborator. „Un medic se poate întotdeauna înșela, dar el nu are dreptul să neglijeze un examen care i-ar fi permis să nu se înșele”, afirmă Widal.

Un exemplu care ilustrează foarte bine cele de mai sus ni-l oferă R. Cruchet. Tânăr intern, el reușește un diagnostic frumos, grație unui examen clinic atent. Mulți ani mai târziu, ajuns șef de serviciu, el greșește din cauza unui examen incomplet.

Iată descoperirea primului caz. „Un neurastenic care se plângea când de stomac și de intestine, când de ficat și de rinichi, a fost examinat de diverse notabilități medicale, în rândul cărora au intrat și câțiva specialiști bine calificați, care însă nu au descoperit nimic anormal în domeniul lor de activitate. Se părea deci că este vorba, efectiv, de o neurastenie. Dar bietul bolnav, din ce în ce mai obosit și mai slăbit, a eșuat finalmente într-un serviciu de medicină unde eram intern. Ca și orice novice care se respectă, am luat precauțiunea cea mai elementară de a examina complet bolnavul,

căruia i-am găsit un ficat mărit de volum. I-am pus diagnosticul de cancer hepatic și moartea care a survenit puțin timp după aceea a permis să se constate că diagnosticul pus a fost bine fundamentat”.

Celălalt caz este următorul: „Într-o zi, în serviciul pe care îl conduc, după ce am terminat examenul clinic, m-am alăturat și eu părerii externului și internului, care luaseră cu grijă foaia de observație a unei bolnave, internată cu 48 de ore înainte. Am pus și eu diagnosticul de chist de ovar.

Am rugat, în consecință, colegul meu vecin de chirurgie să vină să vadă bolnava și să se ocupe de ea. A sosit imediat, însoțit de statul său major și de toți elevii și, după ce a examinat bolnava, mi-a declarat, puțin jenat și un pic ironic, că este vorba pur și simplu de o retenție de urină, într-o vezică anormal de dilatată.

Într-adevăr era vorba de un tabes frust care a trecut neobservat și care explica perfect de ce această bolnavă, a cărei vezică era insensibilă și se golea de atâta vreme rău, a putut să ne inducă în eroare într-un asemenea grad.

A fost pentru mine o ocazie minunată ca să fac în fața întregului serviciu o expunere documentată pentru a arăta cum ne-am înșelat și cât de ușor ar fi fost ca să descoperim adevărul”.

În comentariul care urmează, Cruchet insistă și el asupra faptului că multe erori se datoresc mai puțin lipsei de cunoștințe, cât unui examen insuficient.

A face un examen corect însemnează a uza de toate posibilitățile pe care ni le oferă mijloacele clinice de cercetare. Rezultatele metodelor de explorare trebuia să completeze datele recoltate din studiul antecedentelor, al istoricului, al semnelor bolii. Vechii clinicieni spuneau că mijloacele de explorare clinică trebuie să se completeze. Laënnec chiar s-a păzit să acorde un rol precumpănitor ascultației, pe care el însuși a pus-o la punct: „Eu nu am propus niciodată să recunoaștem bolile plămânului și ale inimii numai prin ascultație și am găsit semne noi prin percuție și prin alte metode complet uitate. Nu am căutat să judec ascultația singură, în afara datelor pe care le primește și le oferă, într-o evaluare comparativă cu celelalte semne și simptome”.

Același lucru îl spun și maeștrii noștri, care au contribuit, fie direct, fie prin mijlocirea unor tratate sau manuale, la educația noastră medicală. Emile Sergent, de exemplu, ne atrage atenția asupra faptului că nu trebuie să acordăm încredere unui singur mijloc de examen: „Niciun mijloc de explorare nu este superior altuia; niciunul nu dă greș; niciunul nu este insuficient; fiecare poate aduce aportul său de informație; sunt semne pe care unul singur le poate revela și care ar scăpa investigației clinice dacă acest mijloc de explorare nu ar fi folosit. Toate procedeele de explorare cunoscute trebuie folosite în fiecare caz particular, pentru examenul fiecărui organ, în parte: câteodată tocmai procedeul la

care, a priori, ne așteptăm mai puțin, ne va oferi semnul cel mai în măsură să ne pună pe calea diagnosticului”.

Concluzia, la toate acestea, ne-o oferă Chauffard: „Un medic poate păcătui prin ignoranță, el nu trebuie să păcătuiască prin neglijență”. Dar atunci când facem evaluarea semnelor, trebuie să ținem seama îndeosebi de semnele pozitive. Un semn pozitiv își păstrează întotdeauna valoarea, problema este numai să îl interpretăm corect. Un semn negativ, adică care lipsește, nu are aceeași valoare. Uneori, semnificația lui este nulă”.

O altă regulă este aceea ca atunci când urmărim să identificăm o boală, să facem tot ce este necesar pentru aceasta, indiferent de vârsta bolnavei sau de condiția socială a bolnavului. Medicul este uneori tentat să renunțe la unele metode de explorare pentru considerațiuni care nu sunt de ordin medical. Ascendentul pe care bolnavul îl exercită eventual asupra lui nu trebuie să-l facă să ezite când este cazul să practice o explorare, cum ar fi, de exemplu, un tușeu rectal. Și nici sentimentele de pudoare din partea unei suferinde, pudoare de cele mai multe ori rău înțeleasă, nu trebuie să-l ducă pe medic la un examen superficial pe o bolnavă care, de exemplu, nu acceptă să se dezbrace. Lui Leriche îi plăcea să ne spună, sub formă de metaforă, că toți bolnavii trebuie priviți cu aceeași ochi. În trecutul medicinei există, de altfel, numeroase exemple de greșeli de diagnostic din această cauză. Au fost chiar capete încoronate care își puteau permite

cele mai scumpe îngrijiri, dar care au suferit de pe urma unei neglijențe de acest gen. Cei mai bătrâni dintre noi își amintesc de cazul unui suveran care s-a prăpădit de pe urma evoluției unui cancer de rect și care, multă vreme, sub hlamida regală, a purtat un anus contra naturii. Și aceasta pentru că chirurgul care l-a examinat a ezitat să-i facă tușeul rectal atunci când ar fi trebuit, mulțumindu-se cu diagnosticul de hemoroizi, mai simplu de pus sub aspect protocolar. Se cunosc de asemenea cazuri de cancere de mamelă, de uter, care nu au fost diagnosticate la vreme din cauza unui examen fie incomplet, fie practicat în condiții nesatisfăcătoare.

Aici pot da un exemplu pe care l-am trăit, unde s-a greșit de două ori diagnosticul, o dată prin examen insuficient, a doua oară prin examinare în condiții nesatisfăcătoare.

Este vorba de un bolnav de 60 de ani, care prezenta o tumoră a flancului drept, imediat sub rebordul costal. Pentru precizarea diagnosticului se practică o irigoclistă care arată o imagine lacunară, pe jumătatea dreaptă a colonului transvers. Se intervine prin laparotomie mediană supra-ombilicală. La explorare, colonul se găsește normal. Este vorba, în realitate, de o tumoră a veziculei biliare. Explorarea se face greu pe cale mediană, din cauza adipozității bolnavului și se reduce numai la palpare. Tumora este de mărimea unei mandarine, foarte dură și se prelungește către cistic și pedicolul hepatic. Se pune diagnosticul de neoplasm al veziculei biliare și se consideră cazul inoperabil. Se comunică



familiei acest diagnostic, iar bolnavului i se spune că au fost simple aderențe și că se va vindeca repede.

Într-adevăr, după operație bolnavul se simte mai bine, dar peste câteva luni face un nou puseu dureros, însoțit de febră, după care elimină pe căile naturale un calcul de mărimea unui ou de porumbel. De data aceasta, vindecarea este completă.

În acest caz s-a greșit, mai întâi, pentru că nu s-a făcut un examen complet. Bolnavul s-a internat la chirurgie, cu diagnosticul de cancer colic. În această situație chirurgul s-a gândit în primul rând la problemele legate de actul operator, la greutatea pe care le ridică o colectomie, la obezitatea bolnavului. Dar nu s-a gândit să verifice diagnosticul. Bolnavul era în stare generală bună, cu poftă de mâncare păstrată și nu prezenta semnele generale de impregnare neoplazică. În ceea ce privește semnele funcționale, era vorba de un constipat, care nu a avut niciodată diaree. Un examen complet ar fi permis, sunt sigur, un diagnostic mai precis.

La operație, explorarea a fost grea și chirurgul a fost indus în eroare tocmai datorită faptului că nu a putut examina mai îndeaproape leziunile. De data aceasta, el s-a gândit că un neoplasm de veziculă biliară este un caz care poate fi considerat dinainte pierdut. Au fost propuse operații foarte complexe, dar nu se cunosc cazuri verificate, care să poată fi considerate ca fiind vindecate prin operație.

Astfel, chirurgul a pus în pripă o contraindicație operatorie și nu a insistat mai mult să verifice leziunile.

În acest caz s-a greșit deci prima dată privind organul în cauză, s-a greșit a doua oară privind natura leziunilor, totul prin insuficiență de examinare. Dar acest caz ilustrează și o altă deficiență în construirea diagnosticului, aceea a supraevaluării laboratorului. Asupra acestei probleme vom reveni însă ceva mai departe.

Tot atât de importantă este și următoarea regulă, care stipulează ca examenul bolnavului să se facă fără idei preconcepute. „Rigoarea unui examen clinic fără idee preconcepută este aceea care caracterizează pe medicul mare”, spune F. Poilleux. Într-adevăr, este mare lucru să examinezi bolnavii fără idei preconcepute. Uneori un caz asemănător, văzut cu câteva zile înainte, alteori o lectură de dată recentă, mai rar o atitudine greșită de principiu, îl fac pe medic să urmărească o anumită boală la bolnavul pe care îl examinează. Sunt medici care, impresionați de un anumit simptom, formulează în mod pripit o ipoteză de diagnostic și se încăpățânează apoi să o impună.

Din păcate, aceasta este o greșeală în care cad mulți medici. Aici cred că este util să citesc un pasaj mai lung aparținând lui R. Crouchet, care este foarte semnificativ: „Dificultatea pentru observator este să-și păstreze sângele rece, să nu aibă idei preconcepute și să înregistreze ceea ce vede, ceea ce i se spune, cu o neutralitate absolută, pentru

a-și păstra libertatea de spirit și a uza de ea la momentul oportun. Cel mai mare număr de erori medicale se datoresc faptului că medicul, având capul plin de tipuri clinice cunoscute, caută să facă să intre în aceste tablouri toate cazurile de bolnavi pe care îi are de tratat”. Și tot el spune mai departe: „Spiritul critic este necesar pentru a ne pune la adăpost de curente la modă... Am cunoscut un excelent medic al spitalelor care într-o vreme găsea stenoze mitrale la cei mai mulți din cardiacii pe care îi examina. Timp de mai mulți ani, medicii englezi îndepărtau în mod sistematic la copii amigdalele care, după ei, erau cauza celor mai diverse accidente patologice, începând cu criza de reumatism, cefaleea și tulburările intestinale, până la cel mai mic acces febril sau gripa cea mai banală; câțiva ani mai târziu, ei au trecut la dinți, ale căror focare supurate, atât de des ignorate, provoacă, ziceau ei, toate bolile, recomandând extrageri, deși vindecarea s-ar fi produs aproape întotdeauna și fără aceasta. Medicii americani au mers pe aceeași linie până când, descoperind o altă pistă, ei nu au ezitat să incrimineze apendicele ca fiind cauza tuturor relelor și clinicile s-au umplut de nenumărați pacienți care nu aveau liniște până când nu erau operați”.

Aici trebuie să facem o deosebire între diagnostice la modă și boli la modă. Au fost boli la modă, impuse de medici chiar. Dovadă, cazurile citate mai sus. Dar moda lansată de medici, altădată desigur, era preluată de marele public. Erau

persoane care revendicau un anumit diagnostic. Este suficient să ne gândim la colita despre care ne povestește Axel Munthe în Cartea de la San Michele, sau la tuberculoză, care, după lucrările lui Laënnec, a ajuns la modă pe la mijlocul secolului trecut. Iată ce povestește André François-Poncet: „Bunicul meu, care s-a născut în 1820, îmi povestea că mulți urmăreau intenționat să slăbească și să-și facă în mod artificial mai palid tenul, pentru că aceasta era o manieră de a se face mai interesant. Eroul, eroina romantică, sfârșeau prin boală de piept. Dama cu camelii, Elvira, tușea de țî se rupea inima”.

Mergând înapoi în timp, ajungem la Broussais, care, la începutul secolului trecut, vedea peste tot gastroenterita și endarterita generalizată, pe care le trata prin sângerări și dietă. Și, poate, n-a fost nenorocire mai mare pentru medicină, sub aspect terapeutic, decât aceste sângerări. Despre Broussais se zice că a vărsat mai mult sânge decât Napoleon. De aceea spunea pe atunci Alibert, contemporanul său: „Nimic nu-i mai periculos pentru un bolnav decât un medic savant care se apropie de el având în minte un sistem”. Și când vorbești de sistem, te gândești la un anumit mod de gândire, la un anumit mod de a pune diagnosticul sau de a formula o indicație terapeutică.

Astăzi, desigur, situația este alta. Posibilitățile moderne de investigație ne permit să precizăm diagnosticul în cele mai multe cazuri, dar spiritul de sistem continuă să mocneas-

că și împotriva lui trebuie să luptăm. Prea des pun unii medici diagnosticul de gastrită, de colită sau de nevroză. Asemenea greșeli sunt însă mai puțin grave decât altele, care duc la sancțiuni terapeutice mai severe, la intervenții operatorii inutile. Dar și unele, și altele trebuie combătute în mod energic.

Sunt totuși situații când este foarte greu să păstrezi libertatea de spirit, care îți permite să abordezi cazurile clinice fără idei preconcepute. Aici se ridică problema interferențelor dintre afectiv și intelectual, asupra cărora a insistat Pierre Mauriac. El arată că pentru a gândi liber, pentru a fi obiectiv, este necesar să te desprinzi de legăturile sentimentale și să nu acționezi decât cu rațiunea. Altfel, vezi lucrurile prea optimist sau prea în negru: „Desprindere imposibilă, medicină imposibilă; soți și părinți, noi încetăm să fim medici. Dar și în privința bolnavilor și, mai ales, a bolnavelor noastre, desprinderea trebuie să fie regula: regulă grea, într-adevăr, căci noi avem nevoie de încrederea lor, ceea ce nu merge fără un grad de simpatie”.

De aici regula de a nu face diagnostice în familie, pentru că riscul de a greși este mai mare. Și, cu deosebire, se recomandă medicului să nu facă în niciun caz diagnostice pe propria sa persoană.

O altă regulă importantă este aceea de a ține seama de orice element nou care intervine și care nu se încadrează în diagnosticul deja stabilit sau pe cale de a fi formulat. Diagnosticul, așa cum am văzut, nu este decât o ipoteză atât

timp cât nu a fost confirmat în practică. Examenele de laborator, radiologia, examenul anatomic prin biopsie, intervenția chirurgicală reprezintă tot atâtea metode care pot confirma un diagnostic. Dar, chiar și în acest caz, diagnosticul rămâne numai provizoriu. Pot interveni elemente noi de natură să-l modifice, pot surveni alte accidente, care complică situația, pot apărea boli noi care asociază bolii vechi sau să îi ia locul. La toate acestea trebuie să se gândească medicul și să nu adopte o poziție statică, care îl poate duce la greșeli.

Un exemplu foarte frumos de acest gen mi-a oferit Fontaine, exemplu pe care îl voi păstra întotdeauna viu în memorie. Un bolnav s-a internat în clinică, în timpul stagiului meu de internat, pentru fractură de bazin. Am văzut acest bolnav la internare, diagnosticul de fractură părea singur, dar exista și o hematurie. Micțiunea era însă normală, cantitatea de urină de asemenea. Se putea astfel exclude o leziune a uretrei, ca și un traumatism al vezicii urinare. Pe de altă parte, bolnavul nu prezenta nici semne generale de anemie și nici hematom lombar. Diagnosticul în acest caz apărea relativ simplu: fractură de bazin asociată cu o contuzie renală simplă. Nu am găsit indicație operatorie. Fontaine, pe atunci șef de serviciu, examinează și el bolnavul și trage aceleași concluzii. Se face o radiografie, care arată o disjunctie a pubelui și o fractură a aripei iliace drepte.

În ceea ce privește evoluția, este de remarcat că bolnavul a prezentat în zilele următoare o ascensiune febrilă, care a fost atribuită rezorbției sanguine. Hematuria a încetat după 48 de ore. În schimb, s-a menținut sensibilitatea în fosa iliacă dreaptă, unde se simțea și o împăstare profundă, datorită hematomului iliac.

În ziua a treia temperatura este de 39 de grade, sensibilitatea părea mai accentuată, dar starea generală se menținea bună. Fontaine pune indicația operatorie, intervine și, spre surprinderea mea, găsește o apendicită gangrenoasă pe cale de a perfora.

Cazul de mai sus este foarte instructiv. Fontaine a acceptat diagnosticul de fractură de bazin și de contuzie renală, care părea cel mai plauzibil. De altfel, acest diagnostic a fost confirmat radiologic. Dar, în timp ce eu am rămas fixat la acest diagnostic, atribuindu-i chiar și manifestările clinice ulterioare, Fontaine, cu mai multă experiență clinică, a remarcat imediat elementele discordante. Temperatura, în loc să scadă, a crescut, sensibilitatea în fosa iliacă dreaptă s-a accentuat în loc să fie redusă cum era de așteptat a treia zi într-o fractură de bazin imobilizată, la pat. Astfel, dezvoltând acea gândire logică, caracteristică clinicianului, el a interpretat just datele noi și a pus o indicație operatorie corectă, care a constituit pentru mine, sub raport educativ, un minunat exemplu.

Din nenorocire, elementele care survin ca o notă discordantă în evoluția unei boli nu sunt întotdeauna exact interpretate și uneori nici nu pot fi corect interpretate. Un exemplu îl constituie și cazul unuia din marii noștri bărbați de stat. Acesta, în ciuda unei vârste care pentru mulți ajunge să constituie o povară, se menține într-o stare fizică excelentă și continua să practice tenisul, pe care l-a îndrăgit întotdeauna. La un moment dat, prezintă un infarct cardiac, pentru care i se dau cele mai bune îngrijiri. El însă nu-și revine după infarct. Mai mult chiar, slăbește și prezintă diaree. Este tot timpul liniștit și încurajat, dar când, în fine, se rectifică diagnosticul, este prea târziu: se găsește o carcinoză peritoneală generalizată consecutivă evoluției unui cancer de intestin subțire, care a trecut neobservat.

Suprapunerea unor boli se poate însă produce de la început. De aceea o importantă regulă este aceea ca medicul să se gândească la coexistența a două sau mai multe boli ori de câte ori există manifestări în plus sau care distonează în cadrul tabloului clinic.

Identificarea nu este însă întotdeauna ușoară. Semnele sunt de multe ori puțin caracteristice și este nevoie de mult simț clinic pentru un diagnostic corect. Dar, să vedem și aici două exemple.

Într-o zi mi s-a cerut ca să intervin într-un caz de colecistită calculoasă. Era vorba de o persoană de sex feminin care prezenta antecedente de colică hepatică de



mai mulți ani și la care colecistografia arăta prezența unui calcul de mărimea unei alune. Indicația operatorie a fost pusă deoarece în ultimul timp bolnava a început să slăbească și și-a pierdut pofta de mâncare. Examenele complimentare au evidențiat existența unei anacidități gastrice, dar pasajul baritat nu a arătat nicio leziune la nivelul stomacului. Cum leziunile colecistului se repercută adeseori asupra funcției gastrice, în acest caz s-a pus diagnosticul de gastrită anacidă însoțitoare.

Intervenția a confirmat diagnosticul de colecistită calculoasă simplă. S-a explorat stomacul și pancreasul, dar nu s-a găsit nimic anormal.

Spre surprinderea mea, starea bolnavei nu s-a îmbunătățit după operație. Ea a continuat să slăbească, atât în forță, cât și în greutate, și nu mai avea deloc poftă de mâncare. Am cerut un nou examen radiologic al stomacului, dar și acesta a rămas neconcludent. Cum tulburările continuau să se agraveze, am solicitat un examen baritat în poziție Trendelenburg. Acesta, în fine, a arătat existența unui cancer extins deja al fornixului gastric, care a scăpat și examenelor radiologice anterioare, și explorării chirurgicale.

Cel de al doilea caz reprezintă o frumoasă performanță la activul lui Kunlin. Este vorba de un vechi ulceros, căruia încă cu câțiva ani înainte i s-a pus diagnosticul de ulcer duodenal. În ultimul timp, simptomatologia s-a modificat: durerile nu mai aveau caracterul ciclic și a apărut diareea.

Cazul a fost adresat clinicii cu diagnosticul de ulcer calos cu reacție pancreatică.

Kunlin a examinat acest caz cu mai multă grijă decât noi ceilalți mai tineri, i-a palpat cu atenție abdomenul, dar și el a fost de părere că indicația operatorie este corectă.

Eu am fost acela care i-am ajutat la operație. S-a găsit un ulcer cicatricial pe prima porțiune a duodenului. Acesta era însă mobil, nu existau aderențe. Pancreasul era normal. Operația se anunța foarte simplă.

Dar Kunlin continuă să exploreze abdomenul. El pătrunde cu mâna până către Douglas și, revenind, palpează metodic colonul. În vecinătatea unghiului hepatic găsește o tumoră de mărimea unui măr, care era un cancer encefaloid. Astfel, în locul unei rezecții de stomac, s-a practicat o hemicolectomie dreaptă, după care bolnavul a plecat vindecat din spital.

În acest caz, pe Kunlin l-au intrigat diareile și slăbirea bolnavului. El a examinat cu grijă bolnavul, dar tumora era ascunsă în spatele rebordului costal. Leziunile găsite la operație nu l-au satisfăcut: în locul unui ulcer calos penetrant în pancreas, el a găsit un ulcer cicatricial simplu. Și atunci, în loc să treacă la rezecția de stomac, ceea ce alții cu mai puțină experiență ar fi făcut, el a explorat abdomenul și a identificat cauza tulburărilor.

Dacă medităm puțin asupra ultimelor trei exemple, nu se poate să nu reținem faptul că în toate trei cazurile a fost

vorba de cancer, care a trecut neobservat sau risca să treacă neobservat. Aceasta ne duce la o altă regulă: în materie de boli cronice, diagnosticul de cancer este acela care angajează cel mai mult răspunderea medicului. Desigur, răspunderea este angajată în toate cazurile și medicul trebuie să facă întotdeauna efortul maxim pentru a pune un diagnostic corect. Dar nu este totuna să întârzi timp de câteva luni, din neglijență sau necunoaștință de cauză, diagnosticul unei afecțiuni pulmonare, al unei cardiopatii, sau să omiți diagnosticul de cancer și să liniștești bolnavul, atunci când orice zi care se pierde îi poate aduce grave prejudicii.

Din nenorocire, diagnosticul de cancer este uneori foarte greu de pus. Cum se explică altfel faptul că atâția medici, atâția profesori, de clinică chiar, au ajuns la operație atunci când cazul era depășit. Să luăm ca exemplu cancerul de stomac. Personal cunosc cel puțin 5 cazuri de medici care au ajuns pe masa de operație prea târziu. Ultimul din aceste cazuri este al unuia din foștii profesori ai acestui institut care s-a mutat la București, unde, la un moment dat, a prezentat tulburări gastrice. S-a practicat un examen radiologic, care nu a fost concludent. Când s-a pus problema operației, bolnavul prezenta deja metastaze pulmonare. De aceea, ori de câte ori un bolnav slăbește fără motiv, când își pierde pofta de mâncare, trebuie să ne gândim la cancer. Mai mult chiar, în unele cazuri o simplă schimbare de caracter, însoțită de astenie, de dată recentă și fără explicație satisfăcătoare,

trebuie să ne facă să evocăm acest diagnostic. Aici este foarte important să privim lucrurile dinamic, și nu static. Aceasta este o altă regulă a diagnosticului clinic. Poate nicăieri în medicină gândirea metafizică nu are consecințe atât de grave ca în materie de diagnostic. Asupra acestui lucru vom reveni însă ceva mai departe, când vom trata despre greșelile de diagnostic. Pentru moment, să dăm un exemplu în care numai evoluția cazului a permis precizarea diagnosticului. Este vorba de un caz unde s-au confruntat doi mari clinicieni, N. Fiessinger și Loeper.

Iată cum relatează cazul chiar Noël Fiessinger: „Am observat, sunt cam 20 de ani de atunci, un bolnav care venea alternativ să consulte pe colegul și amicul meu Loeper și pe mine însumi. El se plânga de violente dureri epigastrice, complicate de vărsături. Loeper îl cunoștea de mai multă vreme decât mine, deoarece îl îngrijise în cursul uneia din crizele lui dureroase. Pentru el, diagnosticul nu lăsa nicio îndoială, era vorba de o colecistită calculoasă, iar colicele violente nu erau decât colice hepatice. Eu văd bolnavul și găsesc examinându-l o inegalitate pupilară cu dispariția reflexelor la lumină, simptome care caracterizează semnul lui Argyll-Robertson, iar cercetarea reflexelor tendinoase mă face să descopăr abolirea unui reflex achilean. Este vorba, mi-am spus, de sifilis nervos, de o ataxie locomotorie frustă, de ceea ce numim un tabes incipient. Ori tabesul se însoțește adeseori de crize gastrice violente, cu vărsături; acestea

sunt crizele gastrice ale tabesului. Ele traduc doar afecțiunea nervoasă medulară. Astfel, eu îmi centrez diagnosticul pe afecțiunea nervoasă și recomand un tratament specific, prevenind în același timp pe colegul meu Loeper.

Bolnavul continuă să facă naveta între noi. Loeper, cu toată existența semnelor nervoase, din cauza semnelor veziculare pe care le-a observat, își menține diagnosticul de colecistită litiatică la un tabetic, iar eu acela de crize gastrice tabetice.

Tratamentul pe care l-am instituit nu duce la nicio ameliorare. Loeper recomandă operația, eu mă opun la început, apoi, din cauza violenței durerilor și cuprins de îndoială asupra diagnosticului meu, am sfârșit prin a ceda. Bolnavul a fost operat. El avea într-adevăr o colecistită calculoasă. Loeper a avut dreptate, iar eu nu.

Cazul de mai sus ne arată cât de delicat este uneori diagnosticul, deoarece sunt situații unde chiar și cei mai mari clinicieni pot greși. Acest caz, ca și altele citate mai înainte, ne mai arată că un medic trebuie să fie dispus întotdeauna să-și revizuiască diagnosticul, să-l corecteze dacă este cazul, să renunțe chiar complet la el dacă nu mai corespunde. Dar cazul de mai sus ne permite să aducem în discuție o stare de spirit care adeseori pune stăpânire pe medic în cursul elaborării diagnosticului, aceea a îndoielii. Sunt situații când medicul, cu toate eforturile făcute, nu ajunge la o concluzie care să-l mulțumească. Sunt situații când se îndoiește de

diagnosticul pe care l-a pus. Este aceasta un rău? În niciun caz, nu. Din contră, în asemenea cazuri îndoiala poate fi asimilată cu prudența. Ea se deosebește de scepticism, ca de la cer la pământ. Dar această problemă merită să o considerăm mai îndeaproape.

În activitatea de toate zilele sunt numeroase situațiile când medicul trebuie să se ridice deasupra unei simple înțelegeri a lucrurilor, când el trebuie să dea dovadă de adevărată înțelepciune, de o cunoaștere adâncă a realităților patologice, de multă experiență, de mult discernământ. În aceste momente, el trebuie să fie prudent în concluzii, să-și concentreze toate resursele intelectuale înainte de a se pronunța. A sta la îndoială în asemenea cazuri este o calitate. Aceasta nu înseamnă nicidecum a nu avea încredere în propriile forțe, a nu avea încredere în medicină. Vechii clinicieni vorbeau despre „îndoiala necesară”, iar latinii spuneau că: „Omnia sunt dubitanda”. Și pentru a cita o părere legată de o anumită persoană, mă voi referi la Rostam, care spunea în 1830: „Îndoiala este cea mai fericită dispoziție de spirit pentru a merge cu certitudine pe drumul adevărului”.

În mod deosebit trebuie să evităm a confunda îndoiala cu scepticismul. Asupra acestei probleme Emile Sergent a scris câteva rânduri pline de conținut. Vorbind despre medic, Sergent spune: „El nu trebuie să fie sceptic, ci rezervat, prudent, să stea la îndoială chiar. Scepticul este acela care nu crede în nimic, prin definiție. El surâde față de toate și

ridică din umeri. Nimic nu îl atinge. Cel care se îndoiește este omul care știe cât de greu este să-ți faci o părere definitivă. El ezită. El s-a înșelat de atâtea ori! El a văzut de atâtea ori pe alții înșelându-se, încât nu mai îndrăznește să creadă că este în fața adevărului. El așteaptă. El se îndoiește. El nu ignorează întinderea ignoranței sale”.

Îndoiala, în accepțiunea ei ca prudență, este caracteristică clinicianului cu experiență. Câtă diferență între un tânăr presumptuos, încrezut în cunoștințele lui, bazate pe lecturi, și clinicianul care s-a călit la școala vieții. Unul formulează în grabă diagnostice savante, bazate pe erudiție, celălalt cântărește lucrurile cu grijă, stă pe gânduri, este mai rezervat, dar concluziile lui sunt mai înțelepte. Primul face gafe răsunătoare. Cel de al doilea, chiar când greșește, greșelile lui sunt mai puțin prejudiciabile bolnavului.

Diagnosticul este în multe cazuri comparabil unei performanțe sportive. În unele situații, este cea mai frumoasă victorie. Dar o victorie nu o poți obține subestimându-ți adversarul. De aici regula pentru medic de a fi cât se poate de prudent, cât mai rezervat în materie de diagnostic. Experiența arată că cel care spune: cred că este vorba de... se înșală mai rar decât cel care decretează cu emfază: este sigur cutare lucru... Pentru că primul este mai înțelept și totodată mai modest. Înțelepciunea, cum o să vedem, merge mână în mână cu modestia.

Dar ce trebuie să facă medicul când, după toate eforturile depuse, nu este în măsură să se pronunțe? În acest caz, el trebuie să se mai documenteze asupra bolii presupuse în cauză, să revină apoi la pacient, să judece din nou situația. Acesta este marele avantaj al medicului care lucrează în clinică. Pentru acela care lucrează singur, departe de laboratoare și de bibliotecă, situația este mult mai grea. Dar lui nici nu i se cere atât de mult. Când el nu este în măsură să pună diagnosticul, trebuie să îndrume bolnavul către un medic mai competent, către un specialist. Sau să cheme în ajutor. Consulturile există de când există medicina. Bătrânul Hipocrate spunea cu atâta bun simț: „Nu este nimic rău în aceea ca un medic să se găsească în încurcătură lângă un bolnav. Dacă o experiență insuficientă nu îi permite să judece clar situația, să cheme alți medici lângă el, astfel ca studiind în comun situația să o clarifice și să ajute bolnavul. Și medicii care examinează împreună bolnavul nu trebuie să se certe și să se acopere reciproc de ridicol”.

Hipocrate recomandă medicilor să nu se certe în prezența bolnavului. Acest sfat revine de-a lungul istoriei ca un leitmotiv, când este vorba de consulturi. După căderea Romei, Cassiodor, sfetnicul regelui Teodoric, spune medicilor: „O, meșteri ai artei medicale, căutați să ascundeți controversele prejudiciabile bolnavilor; și dacă nu reușiți să vă puneți de acord, consultați pe cineva, pe care îl puteți întreba fără invidie, căci orice om înțelept trebuie să știe să ceară un sfat”.



A ști să ceri un sfat sau să îl primești este, într-adevăr, mare lucru. Erasmus, marele umanist, spunea că niciun dar nu este mai prețios decât sfatul bun. De aici regula de a cere sfatul unuia cu mai multă experiență, ori de câte ori ești în impas.

Rămân cazurile acute, când urgența diagnosticului nu lasă timp suficient pentru consult. Se cere un diagnostic rapid, pentru a institui imediat tratamentul. Situațiile cele mai dramatice survin în abdomenele acute, unde viața bolnavului este imediat pusă în joc. Ce trebuie făcut în asemenea cazuri, când medicul nu este în stare să pună un diagnostic ferm? El va trebui să se mulțumească a pune indicația operatorie, ceea ce este tot o problemă de diagnostic. Și va proceda, când nu are alte argumente, așa cum îi dictează conștiința, iar, până la urmă, va opera, riscul fiind mai mic. Dar să ascultăm și aici două păreri, care reprezintă tot atâtea recomandări.

Prima este a lui Saegesser: „Chiar și astăzi încă, în unele situații «știința» ne lasă în dubiu, argumentele științifice nu ne permit să rezolvăm o situație. Atunci decizia de luat este câteodată ușurată dacă se pune întrebarea, eterna și vechea întrebare, care se pune în fața unui bolnav prezentând o situație grea. Ce aș face dacă ar fi vorba de mama mea, de copilul meu? De cele mai multe ori, răspunsul este găsit și aici ne întâlnim din nou cu Ambroise Paré, care, în 1575, spunea deja: «Fiți față de alții cum ați vrea ca alții să fie față de voi»”.

Cealaltă părere este a lui Iacobovici și se referă la indicația operatorie în abdomenele acute: „În această privință eu mi-am ales următoarea linie de conduită și anume – în caz de îndoială operez, căci este mai bine să regreti la masa de operație, decât la cea de autopsie. Și pot să scriu că dintr-o practică chirurgicală destul de intensă și acum la sfârșitul carierei, am regretat foarte puțin la masa de autopsie și am avut foarte multe mulțumiri la masa de operație”.

Aceasta înseamnă să alegi soluția cea mai simplă și cu mai puține riscuri pentru bolnav. Cu alte cuvinte, un diagnostic nu trebuie să fie forțat și trebuie adoptată de fiecare dată soluția care este mai favorabilă bolnavului.

Nu ne mai rămâne să discutăm decât o singură problemă, aceea a diagnosticului în condițiile neconcordanței dintre datele clinice și rezultatele examenelor de laborator. Ce reguli trebuie urmate în asemenea cazuri?

Mai întâi este de reținut faptul că între clinică și laborator trebuie să existe o concordanță deplină. Când aceasta lipsește, trebuie căutate cauzele. Clinica se bazează pe simțuri și este mai expusă greșelilor decât laboratorul. De aceea, ori de câte ori aceasta nu confirmă clinica, este necesar ca medicul să revină lângă bolnav și să facă o nouă evaluare a semnelor prezente. Dar nu trebuie să se uite că și datele laboratorului pot fi eronate. Și aceasta pentru că există greșeli în materie de tehnică de recoltare, iar interpretarea de multe ori se bazează tot pe simțuri. De aceea,

dacă reevaluarea clinică nu explică discordanța, trebuie refăcut examenul de laborator.

În principiu, laboratorul trebuie să completeze examenul clinic, rolul lui este de a îmbogăți cunoștințele noastre asupra cazului în studiu, de a confirma diagnosticul. Chauffard, în prefața scrisă în 1921 la cartea lui Guy Laroche privind examenele de laborator, formulează foarte clar acest lucru: „Fără îndoială, laboratorul este departe de a ne da diagnosticele gata făcute și ar fi o mare greșeală de a i le cere. El nu înlocuiește studiul direct al bolnavului, dar îl completează, îl clarifică întotdeauna, îl rectifică adeseori”.

Nu trebuie deci să se aștepte totul de la laborator și să se neglijeze clinica. „A se dispensa de a face efortul pentru un diagnostic clinic, chiar și de așteptare, fără ajutorul laboratorului sau al examenului radiologic este o poziție de trândav, puțin umilitoare”, spune Pasteur Valléry-Radot.

Atitudinea de prosternare în fața laboratorului o stigmatizează cu foarte multă forță de convingere A. Bourguignon: „Când în fața unei stări patologice care îl derutează și îl neliniștește, pentru că nici nu o poate identifica, nici înțelege, medicul cere toate examenele imaginabile, el adoptă fără să-și dea seama o atitudine comparabilă cu a naivului care face apel la ghicitul în cafea pentru a găsi soluția unor probleme și recurge astfel la o iluzorie prezicere a viitorului. Singura diferență este că examenul zațului de cafea este cu totul iluzoriu, în timp ce examenul izolat al

funcțiilor organismului prin laborator nu este iluzoriu decât în parte”. Astfel, credința oarbă în laborator a fost asimilată magiei în medicină.

În fine, o ultimă regulă privind folosirea mijloacelor moderne de investigație pentru precizarea diagnosticului, medicul nu trebuie niciodată să recurgă la o metodă al cărei risc este mai mare decât utilitatea pe care o prezintă pentru bolnav. Astăzi, cateterismul cardiac, de exemplu, permite importante precizări privind cardiopatia de care suferă bolnavul. Într-o boală cianogenă congenitală, unde se pune problema intervenției chirurgicale, nu ne putem lipsi de această metodă, cu toate riscurile pe care eventual le prezintă. De asemenea, aortografia este necesară când suntem în fața unei tromboze a bifurcației de aortă sau în fața unui anevrism abdominal, unde trebuie să se stabilească indicația operatorie care singură poate salva bolnavul. Aceeași problemă se pune și pentru o arteriografie simplă, în fața unei arterite obliterante tronculare. Dar toate aceste metode prezintă unele riscuri. Au fost semnalate gangrene după arteriografie, leziuni renale grave după aortografie, decese după cateterism cardiac. De aceea trebuie să existe o bună justificare pentru folosirea lor și această justificare, repet, nu poate fi apreciată decât luând în considerare serviciile aduse bolnavului.

Dar, în afara acestor metode de explorare, există și altele a căror folosire este tot atât de periculoasă: puncția

splinei în vederea injectiei unei substanțe de contrast pentru splenoportografie, puncția ficatului în vedere biopsiei sau a unei colangiografii transparietale, laparoscopia sau mielografia făcute în scop diagnostic. Pentru a întări cele de mai sus, citez câteva accidente semnalate în literatură.

- Kollmorgen, Schilf și Schlomka publică un caz de arachnoidită spinală gravă după mielografie cu iodipin, soldată cu sechele importante.
- Motschmann relatează un pneumotorax drept după laparoscopie și îl atribuie rupturii de aderențe dintre diafragmă și plămân din cauza mișcărilor sacadate și a vărsăturilor.
- Diengott și Dreyfuss comunică o puncție hepatică în urma căreia se dezvoltă o peritonită biliară, complicată de empiem al pleurei și insuficiență hepatică mortală.
- Bürger, la rândul său, citează:
  - două cazuri de hemoragii mortale după puncția splinei,
  - două cazuri de hemoragii după laparoscopie soldate cu decese,
  - un caz de moarte prin peritonită biliară difuză datorită puncției accidentale a veziculei biliare.

Iată câteva cazuri, puține desigur pe lângă toate celelalte, publicate sau trecute sub tăcere. Ele spun însă foarte mult. Asupra lor trebuie să medităm și să reținem ultima regulă pe care am menționat-o, de a nu folosi pentru diagnostic metode periculoase, decât în cazuri bine justificate.

În încheiere îl voi cita pe Bürger, care ne relatează și cel mai mare număr de accidente. Este vorba de un fragment de text în care se arată drumul greșit pe care merg toți aceia care uzează de metode complicate în vederea obținerii diagnosticului și se schițează estetica diagnosticului. Chiar dacă modul de exprimare nu este din cele mai literare, trebuie să reținem bogăția de conținut a acestui fragment. Iată ce spune el: „Dacă vrem să apreciem justetea unui diagnostic, nu vom acorda, desigur, premiul întâi aceluia stabilit cu lux de metode complicate, ci vom spune, în schimb: cel mai bun diagnostic este acela care se apropie mai mult de adevăr și care este stabilit cu mijloace cele mai simple și mai puțin obositoare pentru bolnav. Aruncând o privire generală asupra dezvoltării actuale a diagnosticelor, care în anumite domenii au luat un caracter de vivisecție, fiecare medic serios rămâne la îndoială dacă o biopsie sau o puncție exploratoare a ficatului, splinei, rinichiului și recent a creierului ne duc pe drumul bun. Privesc cu neîncredere acest diagnostic, din ce în ce mai explorativ, pe care l-aș numi «Diagnostic cu harponul». Dacă excizia unei părți de organ dintr-un om viu este chemată să fie concluzia finală a înțelepciunii diagnostice, punctorii de organe n-ar trebui să uite că și acest drum ascunde în el multe primejdii de a cădea în eroare”.

## ***Lecția a 6-a***

### **Erorile de diagnostic și semnificația lor**

În activitatea sa de toate zilele, medicul este expus la tot pasul să facă greșeli. Nicăieri însă riscul nu este atât de mare ca în materie de diagnostic. Această problemă merită să fie discutată ceva mai detaliat, deoarece cunoașterea cauzelor care stau la baza erorilor de diagnostic este utilă pentru practica medicală, luată în general.

În medicina hipocratică, principala latură a activității medicale era prognosticul. Cunoștințele privind bolile erau sumare, iar posibilitățile terapeutice minime. Nu puteau fi identificate decât unele boli externe, cum sunt leziunile traumatice sau unele infecții. Cât despre tratament, se considera că cel mai important lucru era să nu se împiedice acțiunea binefăcătoare a naturii. Astfel, riscul de a greși în definirea bolii sau în materie de terapeutică era relativ mic. Dar medicul trebuia să formuleze un prognostic și în acest domeniu ocaziile de a greși erau frecvente, iar greșelile mai penibile

pentru medic, deoarece toată lumea era în măsură să le aprecieze. „În medicină acela merită să fie lăudat care face mai puține greșeli”, spunea Hipocrate, referindu-se la prognostic.

Odată cu dezvoltarea clinicii, posibilitățile de a greși în materie de diagnostic au devenit mult mai frecvente. Cunoașterea medicală a făcut progrese mari, datorită confruntării anatomo-clinice. Au fost identificate numeroase boli, cauzele lor au ajuns să fie bine cunoscute. Dar, recunoașterea bolilor se baza mai mult pe simțuri, pe spiritul de observație al clinicianului. De aceea greșelile de diagnostic păreau ca ceva obișnuit.

Astăzi, riscul de a greși în materie de diagnostic este mult mai mic, din cauza marilor posibilități de explorare pe care ni le oferă medicina modernă. Dar acest risc continuă să existe, în ciuda aparatului, și va continua să existe, dacă nu mai mult, cel puțin în etapele inițiale ale cercetării bolnavului. De aceea, analiza greșelilor de diagnostic va fi mereu actuală.

În legătură cu aceasta se ridică trei probleme, de inegală importanță. Prima problemă privește modalitățile prin care se stabilește greșeala de diagnostic, a doua se referă la clasificarea greșelilor, iar cea de a treia, cea mai importantă dintre toate, este legată de cercetarea cauzelor care generează greșelile. Precizarea cauzelor rămâne problema cea mai importantă și mai instructivă în acest studiu, deoarece reprezintă, am putea spune, latura profilactică.



În ceea ce privește modalitățile de verificare a diagnosticului, există astăzi multiple posibilități. Un diagnostic poate fi confirmat sau infirmat printr-un examen de laborator. Acesta reprezintă unul dintre cele mai simple mijloace de a controla justetea diagnosticului, cu atât mai mult cu cât rezultatul poate fi obținut uneori în decurs de câteva ore. Un alt mijloc de confirmare îl reprezintă reexaminarea bolnavului la un eșalon superior: dispensar, policlinică, spital. Și în aceste condiții rectificarea diagnosticului poate fi obținută imediat. În alte cazuri, când bolnavul rămâne sub supravegherea aceluiași medic, justetea diagnosticului poate fi apreciată prin evoluția bolii, prin rezultatele teraputeicei instituite. Dar o asemenea verificare necesită timp. Sunt, în fine, situații complexe, unde diagnosticul nu este precizat decât în cursul intervenției chirurgicale sau la autopsie.

În aceste condiții putem înțelege de ce într-o anumită epocă medicii nu aveau posibilități de a verifica diagnosticul. Este cazul medicinei medievale, când disecțiile erau interzise, chirurgia puțin dezvoltată, iar laboratorul lipsea. Pe de altă parte, cunoștințele medicale erau foarte sumare și evoluția bolii nu putea fi corect interpretată. Bolnavii se vindecau sau mureau și, de multe ori, greșeala de diagnostic nu era evidențiată decât dacă ea ducea la un prognostic eronat sau comporta o sancțiune terapeutică care se arăta, până la urmă, greșită. Din acest punct de vedere, chirurgii au fost întotdeauna avantajați față de interniști, deoarece intervenția

operatorie le permitea să-și verifice mai ușor greșelile. Sub acest aspect merită să fie citat un pasaj dintr-un text scris în latinește de Henri de Mondeville, în 1312, text instructiv și pentru faptul că ilustrează lupta dintre medici și chirurghi, care în epoca aceea se manifesta într-un mod din ce în ce mai ascuțit: „Chirurgia este superioară medicinei pentru că:

1. Ea vindecă boli grele, în tratamentul cărora medicina este neputincioasă;

2. Ea vindecă boli care nu s-ar vindeca prin niciun alt mijloc nici de la sine, cu ajutorul naturii, nici prin medicină; medicina efectiv nu vindecă nicio boală cu destulă evidență, ca să nu poți spune că s-ar fi vindecat și fără concursul ei;

3. Operele chirurgiei sunt vizibile și manifeste, în timp ce ale medicinei sunt ascunse, ceea ce este un lucru fericit pentru mulți medici; pentru că dacă au comis o eroare oarecare asupra bolnavului, aceasta nu este evidentă și, dacă îl omoară, aceasta nu se face în mod descoperit; dar o greșeală din partea chirurgului apare foarte clar și nu poate fi imputată, nici forței de rezistență a bolnavului, astfel că el nu se poate scuza și nici acuza pe altcineva”.

Într-adevăr, greșelile chirurgilor au fost mai evidente, sub toate aspectele, iar erorile lor de diagnostic au fost întotdeauna mai prompt sesizate și sancționate.

Astăzi însă posibilitățile de control sunt atât de mari încât o greșeală de diagnostic este rectificată, mai devreme sau mai târziu, indiferent de specialitatea pe care o practică medicul.

În ceea ce privește clasificarea greșelilor, distingem două categorii mari de fapte: cazurile de neconcordanță parțială și cazurile de neconcordanță totală între concluzia medicală care reprezintă diagnosticul și realitatea patologică pe care acesta trebuie să o exprime.

În neconcordanța parțială, greșeala este de un grad mai mic. În această categorie distingem două feluri de greșeli: diagnosticele incomplete și diagnosticele greșit formulate. Aceste greșeli de diagnostic se întâlnesc cel mai des în practică și, în general, medicii nu le acordă importanța pe care o merită, deși ele pot comporta consecințe foarte grave pentru bolnavi. Sunt medici care nu urmăresc să formuleze corect un diagnostic și într-un mod cât mai complet decât în anumite condiții, când, de exemplu, examinează bolnavul în fața unei comisii de concurs, ceea ce reprezintă o gravă deficiență în materie de educație medicală.

Numărul cel mai mare de greșeli intră în diagnosticul incomplet și se caracterizează prin omitere. Situația cea mai critică o constituie un diagnostic în care se omite să se menționeze o boală asociată. În lecția precedentă am dat două exemple de acest gen: asociația unei colecistite calculoase cu un neoplasm al fondusului gastric și asocierea unui ulcer duodenal cu un neoplasm de colon. În asemenea cazuri, lipsa de identificare a bolii asociate care este un cancer poate aduce prejudicii foarte grave bolnavului. De asemenea, poate avea consecințe grave pentru un bolnav care

urmează să fie operat nedepistarea unei diateze hemoragice, cum ar fi hemofilia, a unui diabet sau a unei nefropatii, care pot compromite actul operator. În alte cazuri, omisiunea are mai puțină importanță, cum ar fi de exemplu lipsa menționării în diagnostic a unui hidrocel simplu la un bolnav care prezintă o tuberculoză gravă a coloanei vertebrale. În fine, omiterea unei leziuni asociate poate fi total lipsită de semnificație, ca ignorarea unui lipom al cefei sau a existenței picioarelor plate la un bolnav care prezintă un chist hidatic pulmonar supurat.

Un diagnostic incomplet poate fi reprezentat în unele cazuri și prin omisiunea precizării stadiului de boală, a unei complicații a etiologiei. Astfel, în cancer, diagnosticul stadial are o importanță deosebită, deoarece condiționează direct indicația terapeutică. De asemenea, o complicație poate uneori schimba situația: perforația într-un caz de ulcer gastric, infecția unui chist hidatic sau embolia în tromboza venoasă a membrelor inferioare. A nu menționa complicația într-o situație de acest gen constituie o greșeală foarte serioasă. În fine, sunt cazurile unde diagnosticul nu este complet dacă nu se menționează și etiologia bolii. Exemple pot fi diagnosticele de arterită diabetică, de insuficiență venoasă cronică posttrombotică a membrelor inferioare, de stenoză esofagiană postcaustică etc.

Diagnostiche incomplete sunt și diagnosticele greșit formulate. Sunt însă situații unde diagnosticul este greșit

numai prin formulare incorectă sau unde aceasta din urmă primează. De aceea, li se poate rezerva o grupare separată.

Expresia cea mai simplă a unei formulări greșite o constituie folosirea unor termeni incorecți. Astfel, de exemplu, după unii autori termenul de tromboangeită nu este potrivit deoarece implică ideea unei infecții sau inflamații, denumirea de tromboangioză fiind mai acceptabilă.

În alte cazuri, formularea este greșită prin folosirea de termeni cu înțeles prea larg: insuficiență cardiacă, abdomen acut, septicemie. Un asemenea diagnostic este prea general, deoarece în acest cadru intră numeroase boli, față de care comportarea noastră poate să difere. Din acest punct de vedere a fost mult discutat diagnosticul de abdomen acut. Termenul de abdomen acut nu trebuie folosit decât ca desemnând un capitol de patologie. Unii autori au căutat să-l justifice și cu titlul de diagnostic, deoarece comportă o sancțiune chirurgicală de urgență. Dar sunt cazuri când indicația operatorie nu este absolută, cum ar fi pancreatita acută hemoragică. Pe de altă parte, chirurgul trebuie să-și facă un plan al operației și pentru aceasta este necesar ca el să știe cu ce boală are de a face. Chiar și când faci o simplă laparotomie, incizia trebuie să fie plasată corect pentru a aborda cât mai direct leziunile. Altfel există riscul de a disemina o infecție sau de a face o explorare lungă, care este întotdeauna traumatizantă. De aceea diagnosticul trebuie să fie formulat cât mai precis, indicându-se boala și principalele

ei caracteristici, dacă este cazul: stadiul, complicațiile, forma clinică, etiologia etc. Iată câteva exemple de diagnostic corect formulate, culese din domeniul chirurgiei: septicohemie stafilococică complicată cu artrită supurată a genunchiului stâng, litiază coledociană cu icter și angiocolită, ulcer calos al micii curburii însoțit de stenoză mediogastrică etc.

În alte cazuri, diagnosticul este formulat prea îngust, atunci când se menționează numai una din manifestările bolii, chiar dacă aceasta este manifestarea principală. Ca exemple pot fi date diagnosticele simptomatice: cefalee, hematemză, piurie, icter. Acestea sunt diagnostice lipsite de precizie, înguste și largi în același timp, deoarece chiar dacă este vorba de unul din simptomele bolii, acesta poate fi întâlnit în numeroase alte boli.

Toate acestea sunt diagnostice greșite prin neconcordanță parțială. În aceste cazuri, diagnosticul reflectă boala, dar numai parțial sau deformat. Ele diferă de neconcordanța totală, unde concluzia diagnostică nu corespunde deloc realității. Este vorba în aceste cazuri de diagnostice neadevărate: se pune diagnosticul de ulcer de stomac și bolnavul are un cancer gastric, sau diagnosticul de litiază renală când bolnavul suferă de tuberculoză. Din punctul de vedere al cunoașterii, acestea sunt greșelile cele mai grave. Din punct de vedere medical, consecințele lor diferă însă foarte mult de la un caz la altul. Astfel, confuzia între un chist sebaceu și un lipom, între un varicocel și un hidrocel, între un fibrom

uterin și un chist de ovar nu are consecințe prea grave pentru bolnav. Este vorba de afecțiuni a căror gravitate este comparabilă, care comportă practic aceleași indicații operatorii. În schimb, confuzia între un fibrom uterin și o sarcină, între o tumoră benignă și una malignă, între un abces și un anevrism arterial este mult mai gravă, deoarece indicația terapeutică care va rezulta va fi profund dăunătoare bolnavului. În primul caz se intervine inutil, cu riscul de a pierde sarcina, în al doilea se amână operația și cazul devine inoperabil, iar în al treilea se face o incizie care poate provoca o hemoragie mortală. De-a lungul anilor, greșeli de acest gen au fost făcute în mare număr și literatura medicală ne oferă numeroase exemple.

În legătură cu gravitatea greșelii de diagnostic, unii autori disting trei grade: inexactitatea de diagnostic, când este vorba de un simplu defect de formulare, greșeala de diagnostic, când există o nepotrivire parțială, și eroarea de diagnostic, când nepotrivirea este totală. În vorbirea de toate zilele nu se face însă o deosebire între greșeala de diagnostic și eroarea de diagnostic.

O altă clasificare a greșelilor, mult mai importantă din punct de vedere filozofic, este legată de conținut și formă. În materie de diagnostic, așa cum am văzut, conținutul este reprezentat de realitatea patologică, adică de suferința bolnavului, în timp ce formularea, atât ca mod de gândire, cât și ca exprimare, aparține formei. Greșeala poate să fie legată

de conținut și de formă. Greșeala legată de conținut se numește greșeala faptică, iar cea legată de formă, greșeala logică. Greșelile faptice sunt cele mai grave, ele conduc la neconcordanțe totale de diagnostic, în timp ce greșelile logice duc de cele mai multe ori la neconcordanțe parțiale.

Între greșeala faptică și greșeala logică există o legătură strânsă, deoarece una poate genera pe cealaltă. Greșeala faptică poate fi sursa greșelii logice, în timp ce formele gândirii, influențând conținutul reflectării realității, pot duce și ele la greșeli faptice. Pe de altă parte, așa cum am văzut, diagnosticul poate fi incomplet prin omiterea unei boli asociate, cum ar fi un cancer. Omiterea în acest caz constituie o greșeală faptică, legată de conținut.

Aceasta însemnează că o neconcordanță parțială de diagnostic nu trebuie privită întotdeauna numai ca o greșeală logică.

Cu aceasta am ajuns la problema surselor greșelilor de diagnostic care, în acest domeniu, reprezintă problema majoră. Urmează să vedem cum iau naștere greșelile și să aducem câteva exemple concrete pentru o mai bună înțelegere a faptelor.

În procesul stabilirii diagnosticului trebuie să distingem două laturi, o latură obiectivă, legată de boală și de bolnav, și o latură subiectivă, legată de medicul examinator. Sub acest aspect distingem greșeli de cauză obiectivă și greșeli de cauză subiectivă.



Greșelile de cauză obiectivă sunt cele mai grave, dar ele nu reprezintă după K.E. Tarasov decât 30-40% din totalul greșelilor de diagnostic. Ele se datoresc, în primul rând, complexității obiectivului cunoașterii, reprezentat în cazul nostru prin procesul patologic. Patologia se dezvoltă pe zi ce trece, volumul cunoștințelor pe care trebuie să și le însușească medicul crește, sunt descrise boli noi. În același timp, se perfecționează mijloacele de investigație, apar metode noi de diagnostic. Pe de altă parte, procesele patologice sunt foarte variate, uneori de o rară complexitate și, ca urmare, greu de descurcat. Alteori, manifestările clinice sunt latente și afecțiunea poate trece neobservată. De aici multiple posibilități de greșeală de diagnostic, legate de boală.

Dar, pe lângă boală, și bolnavul poate fi sursă de greșeli. El poate determina eroarea de diagnostic prin informațiile false pe care le dă, în mod voit sau nu, cât și prin dificultățile pe care le ridică în calea unui examen corect. Astfel, la un obez, palparea abdomenului poate să fie neconcludentă, o formațiune tumorală de exemplu poate trece neobservată.

Să vedem acum câteva exemple de greșeli datorate unor cauze de ordin obiectiv.

În primul rând sunt greșelile de diagnostic datorită faptului că boala principală sau boala asociată nu prezintă manifestări clinice suficiente pentru diagnostic. Uneori, latența este completă, ca în cazul următor, care ne este

relatat de către Noël Fiessinger: „Nu de mult, spune el, am observat o tânără de 20 de ani, căreia i s-a întâmplat un lucru neobișnuit. Ea se plimba pe bulevarde, sănătoasă și fericită, deoarece ziua eliberării se anunța foarte apropiată. Sănătatea ei era perfectă, ea nu se plângea de nimic. La un moment dat, ocupanți înarmați cu mitraliere, dintr-o fantezie pe care o socoteau eroică, au început să tragă asupra mulțimii. Întâmplarea nenorocită o face să primească un glonte în abdomen. Este internată la spitalul Hôtel-Dieu din Paris, unde un chirurg o operează imediat și îi suturează 6 perforații ale intestinului. Dar, spre surprinderea lui, descoperă o peritonită tuberculoasă. Urmările au fost simple. Bolnava s-a vindecat și peritonita ei tuberculoasă nu s-a manifestat prin niciun simptom, nici înainte, nici după această intervenție chirurgicală. Această tânără suferea deci de o boală care nu putea fi depistată prin niciun simptom”, conchide Fiessinger.

Asemenea situații se întâlnesc în patologie. Sunt numeroase autopsiile la persoane în vârstă în cursul cărora se găsesc calculi biliari fără ca aceștia să fi dat loc la vreo manifestare clinică de natură să permită diagnosticul. În cazurile de acest gen, desigur, diagnosticul clinic nu poate fi pus.

Alteori, există semne clinice, dar acestea nu sunt caracteristice. Un exemplu foarte edificator ni-l oferă Denonvilliers, pe la mijlocul secolului trecut. Într-o zi, acesta depune pe masă la Societatea de chirurgie din Paris o tumoră și cere celor prezenți, toți chirurghi cu multă

experiență, ca să se pronunțe dacă este un lipom sau abces rece. Fiecare examinează cu grijă piesa și, până la urmă, jumătate din societate opinează pentru lipom, jumătate pentru abces rece... Confuzia în acest caz a fost posibilă, deși lipomul este o tumoră solidă, iar abcesul rece o tumoră cu conținut lichid, fiindcă în abcesul rece lipsesc semnele inflamatorii, iar lipomul este pseudo-fluctuent. În aceeași ordine de idei poate fi citat Nelaton, despre care se spune că în culmea carierei sale a luat drept lipom un chist sebaceu.

Dintre toate exemplele de greșeli de diagnostic de ordin obiectiv, cea mai semnificativă, sub toate aspectele, rămâne eroarea de diagnostic privind aneurismele arteriale. Aneurismul este o tumoră vasculară care se manifestă prin semne din cele mai tipice. Este vorba de o tumoră, variabilă ca volum, situată pe traiectul unei artere, care prezintă semne deosebit de caracteristice: pulsatilitate, expansibilitate și prezența unui suflu sistolic. Cu toate acestea, literatura medicală menționează numeroase erori de diagnostic, dintre care unele sunt de-a dreptul dramatice. Să luăm câteva exemple, pornind de la începutul secolului al XIX-lea, când, grație metodei anatomo-clinice, aceste leziuni au ajuns să fie foarte bine cunoscute.

Unul din primele cazuri, devenit celebru, este reprezentat de greșeala de diagnostic a lui Pelletan, care a fost demis din funcția de șef al serviciului de chirurgie de la spitalul Hôtel-Dieu din Paris în 1815, pentru că a luat drept

abces un anevrism al arterei femurale pe care l-a incizat, pierzând astfel bolnavul. Urmașul lui a fost Dupuytren. Se pare că acesta a jucat un rol activ în demiterea lui Pelletan din funcția de șef de serviciu. Dar și marelui Dupuytren i s-a întâmplat să incizeze un anevrism al axilarei, crezând că este vorba de un abces.

Aceeași greșală au făcut-o și alți mari chirurghi. Pirogov, de exemplu, povestește cu o sinceritate care îi face cinste și asupra căreia voi reveni, cum, după o călătorie lungă și grea, a fost chemat de către un bolnav care resimțea dureri violente la nivelul unei gambe. Aceasta era sediul unei inflamații intense. Este vorba, spune el, după toate aparențele, de un flegmon supurat. Bolnavul insistă să i se curme cât mai repede durerile. Obosit, Pirogov a judecat că este un caz foarte clar. El înfige sigur bisturiul în tumoră. Un val de sânge arterial îi arată imediat greșeala.

Puțin mai târziu, Von Bergmann incizează ceea ce i se părea a fi o angină flegmonoasă. Bolnavul sucombă prin asfixie, iar autopsia arată că a fost vorba de un anevrism al carotidei interne.

Poncet, la rândul său, comite aceeași greșală. Iată relatarea pe care ne-o face Forgue asupra acestui caz: „...Poncet, acest chirurg al cărui diagnostic era atât de sigur, a avut durerea de a întâlni, spre sfârșitul activității sale chirurgicale, un asemenea caz de o impresionantă gravitate. Era vorba de un anevrism aortic cu uzură osoasă și cu

complicații inflamatorii; aspectul clinic era absolut acela al unui abces cald al toracelui. Sub lovitura bisturiului, omul se prăbușește. Poncet face față acestei nenorociri cu multă demnitate. «Ați primit botezul sângelui», spune el cu tristețe asistenților”.

În toate aceste cazuri, este vorba de confuzia între un anevrism și o afecțiune supurată, abces sau flegmon. Asemenea greșeli sunt deci posibile odată ce ele au fost comise de chirurghi cu multă experiență, deși, la prima vedere, ele apar greu de înțeles. În ce constă explicația?

În mod normal, anevrismul arterial are o simptomatologie din cele mai tipice. Sunt situații însă unde simptomatologia se modifică și aspectul clinic nu mai este atât de caracteristic. Într-un anevrism se pot produce cheaguri și atunci pulsatilitatea și expansibilitatea nu mai sunt evidente. De asemenea, suflul poate dispărea. Pe de altă parte, anevrismul dă loc la o reacție inflamatorie de vecinătate care se extinde progresiv, erodează osul. Mai mult chiar, în contact cu el se pot produce abcese microbiene. Haens, de exemplu, incizează un astfel de abces. După 8 zile abia se produce ruptura anevrismului, urmată de hemoragie fatală.

Dar anevrismele nu au fost confundate numai cu supurații. Dunning, de exemplu, în 1876 incizează un anevrism crezând că este un sarcom al regiunii poplitee. Au fost semnalate și erori de sens invers, cazuri de tumori de altă natură care, fiind pulsatile, sunt luate drept anevrisme. Asemenea

cazuri sunt foarte des citate în patologie, dar aici eroarea de diagnostic nu are consecințe atât de grave. Exemplul cel mai cunoscut este al lui Bardleben, publicat în 1877. Bazându-se pe examenul clinic, el a pus la un copil diagnosticul de anevrism al arterei meningei mijlocii, care a suscitât pe atunci un viu interes, dat fiind raritatea acestei localizări. Au fost practicate mai multe operații, printre care și ligatura carotidei interne. Starea micuțului suferind nu s-a îmbunătățit deloc, dar moartea nu a survenit decât câțiva ani după aceea. Tumora a fost examinată, între alții, și de Virchow. A fost vorba de un sarcom voluminos, cu celule fuziforme, cu punct de plecare de la spongioasa osului.

Dificultatea de diagnostic între unele tumori bine vascularizate sau pulsatile, datorită contactului cu o arteră, și anevrismele reiese și din următorul exemplu. Sir James Paget pune într-un caz diagnosticul de anevrism și descoperă artera iliacă pentru a practica ligatura ei. În cursul intervenției, el rectifică diagnosticul și nu mai face ligatura, deoarece i s-a părut că este în fața unui cancer. Omul însă a murit de hemoragie și la autopsie s-a văzut că era totuși un anevrism.

Iată deci câteva exemple care ne arată cât de mult poate varia aspectul clinic chiar și într-o afecțiune din cele mai bine conturate clinic. Posibilitatea de a greși este însă mult mai mare în afecțiunile puțin caracteristice, în cazurile unde manifestările sunt atipice. Aici putem da două exemple citate de Matthes, care ne arată câte greutăți se ridică

uneori în diagnosticul unei boli. În primul caz este vorba de un bolnav mai în vârstă, de meserie voiajor de comerț, internat în spital cu suspiciune de holeră. Bolnavul este în stare de colaps, are diaree puternică și vărsături. Febra, meteorismul abdominal și splenomegalia lipsesc; puls filiform, zgomote cardiace clare, dar foarte asurzite, matitatea cardiacă probabil acoperită de sonoritatea pulmonară, nu apare în niciun caz mărită. În scurt timp, bolnavul moare. La autopsie, niciun semn din partea aparatului digestiv. În schimb, se găsește un anevrism cardiac rupt.

În ce doilea caz este vorba de o plagă împușcată a toracelui cu perforarea diafragmei, care aparent s-a vindecat foarte simplu. Bolnavul se plângea însă de dureri violente în stomac. Durerile erau continue, exacerbate prin alimentație și calmate prin repausul la pat. La examenul stomacului, spune Matthes, nu am găsit niciun semn care să justifice durerea; nu s-a găsit nici hemoragie ocultă. Cum starea bolnavului era de nesuportat și cum se părea că tulburările erau datorate aderențelor, s-a recurs la laparotomie exploratoare. S-a găsit un anevrism al arterei mezenterice, provocat probabil de o leziune datorită glontelui. Anevrismul s-a rupt în timpul operației și bolnavul a murit de hemoragie.

Dacă însă caracterul complex și variat al proceselor patologice oferă posibilitatea de a greși, transformarea greșelii din posibilitate în realitate depinde de medic, care reprezintă factorul subiectiv. Un exemplu concludent ne

oferă Richet, care era pe punctul de a deschide un abces al axilei când, din fericire, examinând mai atent, simte un fremisment și percepe un suflu sistolic care îi permite să pună diagnosticul de anevrism.

Cu aceasta ajungem la cauzele subiective ale greșelilor de diagnostic, legate de examinator, de cunoștințele și experiența lui, de capacitatea lui de a gândi.

Greșeli de ordin subiectiv pot fi grupate în trei categorii: greșeli prin necunoaștere, prin examen incomplet și prin gândire medicală greșită.

Necunoașterea sau ignoranța în materie de patologie ocazională greșeli de diagnostic, mai ales în cazurile unde este vorba de afecțiuni rare. Nu poți diagnostica o afecțiune pe care nu o cunoști și nici nu poți fructifica un simptom a cărui semnificație îți scapă. Medicul ajunge însă destul de repede să dispună de cunoștințele necesare pentru practica medicală curentă, așa că greșelile din această categorie sunt procentual mai rare față de celelalte două categorii. Dar să vedem un exemplu de acest gen.

Am văzut – sunt aproape 20 de ani de atunci – un tânăr sportiv care mi-a fost adresat pentru artrită gonococică a articulației pumnului stâng. Acest diagnostic i-a fost pus în străinătate, unde luase parte la un turneu de lupte greco-romane. Diagnosticul părea bine fundamentat: existau semne de artrită acută, iar bolnavul avea o uretrită cronică. Radiografia mi s-a spus că nu arăta nimic deosebit. Erau însă



câteva elemente care făceau notă discordantă: tulburările au debutat brusc în timpul unei întreceri sportive, după o mișcare forțată de extensie a mâinii, degetele erau blocate în semi-flexiune și existau parestezii în domeniul nervului median. Un examen mai atent al radiografiilor a arătat existența unei luxații a osului semilunar. Aceasta data deja de două săptămâni și nu s-a mai putut reduce decât pe cale sângerândă. Bolnavul s-a vindecat fără sechele.

Într-un asemenea caz, diagnosticul nu se poate face fără cunoașterea semnelor bolii și fără posibilitatea de a interpreta corect radiografia. Alteori, din cauza necunoașterii, se pun diagnostice incomplete, simptomatice, sau se menționează numai complicația. Cele mai edificatoare exemple se referă la unele boli care nu erau cunoscute în epoca în care a fost observat cazul. Iată o scurtă observație din Enciclopedia internațională de chirurgie editată în 1886, redată de Henry Morris, la capitolul privind abcesele fecaloide: „O fetiță de 10 ani, cu stare de sănătate bună, care n-a avut decât indigestii și ceva vărsături bilioase, a resimțit după o asemenea criză o durere în regiunea inghinală dreaptă, cu iradieri posterioare; toată regiunea cecului era sensibilă și abdomenul era timpanic; după 15 zile s-a format un abces care a fost deschis; au ieșit gaze și un puroi fetid, de culoare brună și după 4 zile a apărut în plagă un corp rotund, dur, de mărimea unei alune. Copilul s-a vindecat repede. Acest corp nu era altceva decât un nucleu format

din colesterină, înconjurat de materii fecale. Originea biliară a nucleului nu era deci îndoielnică”. Această observație este prezentată de Morris ca exemplu de abces intraperitoneal, fecaloid, datorit calculilor biliari. Autorul menționează că nu poate preciza locul unde abcesul comunica cu intestinul, deoarece bolnava s-a vindecat.

Această observație datează dintr-o epocă în care apendicita încă nu era cunoscută. Astăzi, cazul ne apare ca cel mai banal abces apendicular, iar corpul străin nu este altceva decât un calcul stercoral.

Progresele medicinei au îmbogățit cunoașterea bolilor, care astăzi sunt mai ușor recunoscute, mai bine înțelese. De la diagnosticele simptomatice sau nozologice simple, s-a ajuns astăzi la diagnostice de finețe, care cuprind boala, complicațiile prezente, factorii etiologici, asigurând în acest fel interpretarea corectă a leziunilor. Iată ca exemplu o observație pitorească a lui John Packard, datând din prima jumătate a secolului trecut. „Un om a fost adus pentru o fractură de coastă, de pe vasul Gloria, care era ancorat în portul Cawsand; marinarii care l-au adus – era noapte și foarte întuneric – au rămas foarte surprinși, căci atunci când au părăsit vasul imediat după accident, era vorba de un individ destul de slab, dar în urma infiltrării cu aer a țesutului celular, el s-a îngroșat în proporții extraordinare, scrotul lui atingând volumul propriului său cap; respirația era atât de îngreunată și simptomele atât de amenințătoare, încât fără

să aștept să-l pună la pat, i-am făcut câteva incizii largi în mai multe puncte, mai ales pe scrot; aerul a țâșnit cu atâta forță încât a stins o candelă care ardea alături. A doua zi exista numai un pic de crepitație gazoasă în vecinătatea coastelor fracturate; rănitul a sfârșit prin a se vindeca, dar au trecut mai multe luni până să poată părăsi spitalul”.

Este evident că în acest caz nu a fost vorba de o simplă fractură de coastă cu emfizem subcutan. Astăzi s-ar diagnostica un pneumotorax cu supapă însoțit de emfizem mediastinal și s-ar evidenția, poate, o ruptură de bronchie. Altfel, bolnavul nu ar fi rămas mai multe luni în spital. În fine, nu se spune nimic despre evoluția îndepărtată în cursul căreia astăzi s-ar urmări depistarea unei eventuale stenoze bronșice.

O bună cunoaștere a patologiei scutește de unele greșeli și permite diagnostice de finețe. Dar greșelile datorite unui examen incomplet sunt mult mai frecvente. „La o greșeală datorită necunoașterii revin zece greșeli datorită neglijenței”, spune Lindsay. Această afirmație nu trebuie luată ad litteram, deoarece este exagerată, ea are însă marele merit că atrage atenția asupra celor mai frecvente cauze de erori de diagnostic.

Un examen poate fi incomplet pentru că nu i se consacra timpul necesar. Medicul este grăbit, examinează în fugă, nu gândește suficient. În acest mod, el poate trage concluzii greșite și diagnosticul este eronat. Iată un exemplu aparținând lui Zimmermann, destul de vechi, deoarece

datează de la sfârșitul secolului al XVIII-lea: „În primele luni ale practicii mele, o tânără a venit să mă vadă la Berna. I s-a tăiat o febră de acces, spunea dânsa, și abdomenul i s-a tumefiat mult. Am întrebat-o dacă nu este însărcinată. Nu, mi-a răspuns ea, niciodată vreun om nu m-a atins. Am crezut deci, după examen convenabil, că suferea de timpanită. Dar această tânără a născut în curând un copil foarte drăguț, care a făcut să dispară boala”.

Diagnosticul de timpanită care se punea pe atunci era un diagnostic simptomatic care se făcea în cazurile de tumefacție abdominală. Ulterior, timpanita a fost asimilată meteorismului de astăzi și a ajuns să fie considerată ca principala manifestare clinică a ocluziei intestinale.

În cazul de mai sus, eroarea de diagnostic s-a făcut cu o sarcină. Aceasta constituie cea mai clasică expresie a erorii de diagnostic și, în același timp, cea mai usturătoare pentru medic sub aspect de amor propriu. Se citează numeroase cazuri de acest fel. Unul dintre cele mai celebre este al marchizei de Bade-Dourlac, care a fost tratată de hidropizie până cu 4 zile înainte de naștere.

În legătură cu eroarea sa de diagnostic, bătrânul Zimmermann face următoarea afirmație, care merită să fie reținută: „Onoarea medicilor și a artei lor ar lua din zi în zi o strălucire mai puternică, dacă ei nu și-ar precipita judecata, dacă ei și-ar spune cu drept cuvânt: nu m-am grăbit niciodată prea mult”.

Un examen poate fi incomplet din cauza oboselii. Am văzut că Pirogov și-a atribuit greșeala de diagnostic, citată mai înainte, oboselii, după o călătorie lungă și grea. În legătură cu aceasta, Noël Fiessinger spune următoarele: „În cursul unei vieți veșnic în alarmă, ignorând repausul săptămânal, orele de destindere, vacanțele regulate, ignorând adeseori liniștea morții și întotdeauna calmul meselor, oboseala medicului se explică pe deplin. Sunt zile când este tracasat. Să nu ne mirăm deci dacă, în asemenea condiții, acest travaliu frumos care se numește diagnostic este scurtat, eludat sau chiar suprimat. Și atunci eroarea devine posibilă. Este ea scuzabilă? Desigur că da. Dar această eroare poate fi corectată, pentru că medicul trebuie să simtă cum se naște din oboseală”.

Din fericire, pe măsură ce medicul devine mai ocupat, în aceeași măsură crește experiența lui. Altfel, ar trebui ca numărul greșelilor să crească proporțional cu vârsta. Dar medicul nu trebuie să uite niciun moment că un diagnostic delicat nu se poate pune în fugă și că atunci când este obosit, el trebuie să renunțe la unele examinări mai laborioase.

Dar un examen poate fi incomplet din mai multe motive: din modul superficial de examinare, din subaprecierea istoricului bolii și a datelor de interogator, din neglijarea explorării unor organe pe care medicul le presupune sănătoase, din cauza unei tehnici de examinare defectuoase. Palparea unui abdomen va spune mai multe unui medic cu

experiență decât unui începător, tehnica percuției se îmbunătățește cu timpul, iar ascultația nu își dezvăluie toate resursele decât cu anii. De aceea, când experiența este încă redusă, medicul trebuie să o suplinească prin grijă, prin atenție, prin meticulozitate.

Un examen trebuie întotdeauna completat cu datele de laborator. Dar nu trebuie să se uite că aceste date pot induce în eroare. Una dintre cele mai răsunătoare greșeli de diagnostic cunoscută în istoria medicinei privește pe Frederic al III-lea și merită să fie redată aici.

Frederic al III-lea, împăratul Germaniei, căsătorit cu una din fiicele Angliei, a prezentat în 1887 o afecțiune a laringelui pe care internistul Gerhardt și chirurgul Von Bergmann au diagnosticat-o drept cancer. Regina Angliei trimite pe Sir Morell Mackenzie, care examinează bolnavul și cere o biopsie. Piesa este examinată de Wirchow, care nu găsește leziuni neoplazice. Operația nu se face și bolnavul moare după un an și jumătate de cancer.

Acest caz a dat loc, cum era de așteptat, la numeroase discuții. Câțiva ani după aceea, Von Bergmann prezintă, în amfiteatru, un bolnav care suferea de cancer al laringelui, verificat istologic. Bergmann compară acest caz cu cel prezentat de Frederic al III-lea, despre care spune, cu foarte multă severitate, că „a căzut din nenorocire între mâini incompetente”. Apoi, el declară solemn: „Îi voi face acum acestui bolnav operația care singură ar fi putut păstra

majestății sale și coroana, și viața”. După deschiderea laringelui, s-a văzut că nu era vorba de un carcinom, bine localizat, ci de o infiltrație întinsă și voluminoasă de origine tuberculoasă. Bergmann încearcă timp de o oră și jumătate să extirpe tumora, apoi renunță și bolnavul moare două ore după aceea.

Cazurile de mai sus sunt foarte instructive, din toate punctele de vedere. Să reținem pentru un moment numai învățămintele care se pot trage privind contribuția laboratorului la eroarea de diagnostic. În primul caz, bolnavul a murit de pe urma evoluției unui cancer diagnosticat clinic, pe care însă biopsia l-a infirmat. În al doilea caz, biopsia a precizat diagnosticul de cancer, care a fost însă infirmat în cursul operației. Aceste erori se pot explica în două moduri. Mai întâi, biopsia poate să fie marginală și să nu prindă leziunea. Putem presupune că acest lucru s-a întâmplat în primul caz, deoarece Wirchow suntem siguri că și-a dat toată silința ca să pună un diagnostic exact. În al doilea rând, este de reținut faptul că diagnosticul istologic este legat și el de cunoștințele medicului, de calitățile lui de observator, de judecata lui. Și așa cum se greșește în alte domenii unde se pun probleme de interpretare, se poate greși și aici.

Dar greșeala de laborator, și aici ne referim la biopsie, poate fi considerată în mod diferit după cum ne raportăm la medicul de laborator sau la clinician. Pentru medicul de laborator, greșeala este de cele mai multe ori de ordin

subiectiv, dar ea poate fi și de cauză obiectivă când se oferă spre examinare un fragment de țesut inutilizabil sau un fragment care nu interesează leziunea. Pentru clinician, rezultatul de laborator constituie de cele mai multe ori o cauză obiectivă de greșeală. Se face o biopsie extemporanee în cazul unei leziuni suspecte a mamelei și chirurgul practică sau nu amputația sânelui după rezultatul examenului istologic. Dacă se spune cancer, el practică operația mutilantă, dacă se spune că leziunea este benignă, el își însușește această concluzie și procedează în consecință. Greșeala în acest caz este deci de cauză obiectivă. De asemenea, clinicianul pune diagnosticul de diabet bazându-se pe rezultatul unui examen de laborator sau diagnosticul de neoplasm de stomac pe baza unui examen radiologic. Dar și în aceste cazuri diagnosticul apare cu atât mai sigur cu cât concordanța este mai deplină între clinică și laborator.

Sunt însă multe situații în care datele nu concordă. Clinic, de exemplu, nu există niciun argument pentru diagnosticul de diabet pe care îl sugerează rezultatul examenului de laborator. Efectiv, un examen de control arată o glicemie normală. A accepta într-un asemenea caz diagnosticul de diabet pe baza unui singur examen de laborator, atunci când semnele clinice lipsesc, constituie o greșeală de cauză subiectivă.

Aceasta însemnează că între greșelile de cauză obiectivă și de cauză subiectivă nu se poate face întotdeauna o



demarcație netă. Obiectul cunoașterii în medicină este boala, dar laturile obiective și subiective ale cunoașterii sunt legate între ele. O cauză obiectivă în unele condiții poate deveni subiectivă în altele.

Să trecem la cea de a treia categorie de greșeli legate de modul de gândire al medicului.

Medicul poate greși diagnosticul prin subiectivism. Prin subiectivism trebuie să înțelegem reflectarea părtinitoare, tendențioasă, neobiectivă a realității. În cazul diagnosticului, realitatea este procesul patologic care poate fi reflectat, fie conștient, fie inconștient, în mod eronat.

În ceea ce privește momentul producerii, greșeala prin subiectivism poate fi întâlnită în toate etapele diagnosticului. Medicul dă dovadă de subiectivism când acordă o importanță prea mare plângerilor bolnavului, mai ales când acestea reflectă numai senzațiile și percepțiile lui. Subaprecierea datelor de anamneză și de istoric ale bolii constituie de asemenea o dovadă de subiectivism. Aceleași greșeli pot rezulta din încrederea exagerată a medicului în propriile lui simțuri, ca și din subaprecierea constatărilor sale.

În toate aceste cazuri este vorba de evaluarea unor constatări bazate pe simțuri, care pot fi exagerate sau minimalizate. Dar subiectivismul se poate manifesta și atunci când medicul evaluează manifestările obiective ale bolii, când apreciază datele pe care le furnizează laboratorul. În fine, greșelile de diagnostic prin subiectivism se pot produce

și din cauza unor idei preconcepute, când se fac analogii superficiale, când se identifică tablouri clinice al căror conținut diferă.

Asemenea exemple am dat suficiente în lecțiile care preced, așa că putem trece mai departe.

Medicul poate greși diagnosticul și prin gândire metafizică. Diagnosticile complexe de astăzi sunt diagnostice dialectice. Medicul trebuie să vadă în spatele simptomelor interdependența lor, să aprecieze exact legătura dintre cauză și efect, să țină seama de faptul că valoarea aceluiași simptom poate să difere în funcție de momentul evolutiv al bolii. Pe de altă parte, medicul nu trebuie să-și concentreze atenția numai asupra unui organ, asupra unei părți a organismului. Chiar și bolile cele mai locale prind tot organismul. De aceea, nu trebuie să se supraaprecieze un simptom sau un grup de simptome, neglijându-se celelalte manifestări ale bolii, deoarece aceasta însemnează unilateralitate. „Cine nu știe să gândească medical și judecă fragmentar, acela neagă medicina”, spunea Cehov. În fine, medicul trebuie să caute complicațiile posibile, prezența eventuală a unor boli asociate sau însoțitoare. Procesul patologic nu trebuie deci interpretat nici simplist, nici superficial și nici static.

Cea de a treia categorie de greșeli prin gândire neadecvată o constituie greșelile logice în diagnostic. Numai o gândire clinică justă din punct de vedere logic poate duce la concluzii valabile pentru diagnostic. O boală rară, cu manifestări

variate și complexe, mai ales dacă survin complicații care deformează tabloul clinic, nu poate fi diagnosticată fără o gândire care să respecte regulile logicii. De aici, necesitatea pentru medic de a-și crea deprinderea de a gândi logic.

Toate acestea au fost pe larg discutate în lecția privind fundamentarea logică a diagnosticului și nu este cazul să le reiau aici. Cel mult, pot sublinia cele mai frecvente cauze de greșeli de ordin logic: folosirea unei terminologii greșite, lipsa de precizie în formulare, greșeli în efectuarea raționamentelor, caracterul lor excesiv de categoric. Chiar dacă datele care constituie premisele sunt exacte, concluziile nu trebuie să fie prea categorice. În fine, raționamentele prin analogie expun, așa cum am văzut, cel mai mult la erori de diagnostic.

În concluzie, cauzele care pot duce la greșeli de diagnostic sunt multiple. Sunt cauze care fac unele greșeli inevitabile, dar care le conferă și caracterul de a fi scuzabile. Cele mai multe cauze de greșeli sunt însă subiective, legate de cunoștințele medicului, de experiența lui, de modul său de gândire. Acestea pot fi de cele mai multe ori evitate și, ca atare, nu sunt decât rareori scuzabile. Oricum, trebuie să reținem faptul că un medic este expus permanent greșelilor de diagnostic, ale căror consecințe pot fi din cele mai grave.

Este oare posibil ca să evite în viitor greșelile de diagnostic? Atâta timp cât diagnosticul va fi legat de persoana medicului, greșeala rămâne posibilă. Unii medici vor greși

mai des decât alții, unii vor face greșeli mai mari, alții mai mici, pentru că întotdeauna vor exista medici mai buni și mai puțin buni. Cât despre reducerea numărului de greșeli, acesta este în funcție de efortul pe care îl face medicul în această direcție.

Aici se ridică două probleme, aceea a institutelor de diagnostic și a mașinilor de făcut diagnostice.

Institutele de diagnostic, prin folosirea unui grup de specialiști și utilizarea tuturor posibilităților pe care le oferă laboratorul și metodele moderne de investigare, ajung să reducă foarte mult erorile de diagnostic. Acestea rămân însă posibile. Iată un exemplu pe care ni-l oferă Iacobovici: „Îmi amintesc de un bolnav, român ardelean, care locuia în Cleveland, în Statele Unite ale Americii de Nord. Bolnavul începuse să slăbească și a făcut un icter. A intrat la Institutul de diagnostic din Cleveland, unde i s-a pus diagnosticul de cancer al capului pancreasului.

Românul ținea să moară în țara lui și cu toată starea sa gravă, s-a reîntors în satul său natal, lângă Gherla, de unde a fost adus muribund la Cluj. I-am făcut o colecistostomie și și-a revenit foarte bine. L-am urmărit timp de un an și s-a restabilit complet. În acest caz, cu toate examenele făcute, diagnosticul de cancer era inexact. Am constatat la operație și mersul postoperator a confirmat că era o simplă pancreatită cronică, care produsese o stenoză a coledocului”.

Nici mașinile cibernetice de diagnostic nu vor putea rezolva această problemă, deoarece nici ele nu vor putea înlătura în totalitate cauzele subiective ale erorilor de diagnostic. Aceste mașini nu vor putea palpa bolnavii, nu vor putea să-i asculte, să le ia reflexele. Datele acestea vor fi culese tot de medic, care le va aprecia cu simțurile sale și le va furniza apoi mașinii.

Din punctul de vedere al experienței acumulate, mașina prezintă avantaje indiscutabile asupra omului. Aici este vorba atât de experiența din afară, pe care mașina o înmagazinează grație omului, cât și de experiența proprie, a unei mașini care acumulează și învață. Niciodată omul nu va putea acumula un volum atât de mare de experiență ca o mașină și nu se va putea folosi de ea într-un interval de timp atât de scurt. Pe de altă parte, mașina este mai obiectivă, ea nu este supusă oboselii, emoțiilor, prejudecăților. În fine, mașina este mult mai capabilă decât omul să aprecieze corect și să prelucreze matematic rezultatele unor investigații speciale, care intră în sistemul de diagnostic, mai ales când se prezintă sub formă de curbe, ca de exemplu electrocardiograma, fonocardiograma, curbele de presiune.

Toate acestea sunt avantaje pe care le deține mașina. Dar mașina nu posedă acea gândire creatoare care permite omului să formuleze ipoteze pornind de la un număr foarte mic de fapte constatate. Apoi, mașina face numai aprecieri statice. Ea răspunde numai la întrebări. Ea nu urmărește

desfășurarea procesului patologic, care se poate schimba dintr-un moment într-altul. În fine, mașina este incapabilă să sesizeze unele nuanțe privind starea bolnavului, pe care omul le intuiește uneori.

Viitorul ciberneticii în medicină este, desigur, asigurat de pe acum. Ea vine în sprijinul omului, permițându-i prelucrarea unui număr imens de fapte și observații, ceea ce va duce la îmbogățirea experienței medicale. Mașinile matematice vor amplifica într-un grad foarte mare posibilitățile de gândire ale omului și vor permite diagnostice rapide și sigure în multe domenii ale patologiei, ca de exemplu în unele cardiopatii. Dar nici mașinile nu vor putea clarifica unele cazuri patologice complexe, unde multe din informațiile culese se bazează pe simțurile și percepțiile omului.

Mașina va putea ajuta medicul, dar nu îl va putea înlocui.

Eroare de diagnostic în condițiile practicii medicale de toate zilele rămâne deci posibilă. Să vedem acum care trebuie să fie poziția medicului în fața acestei probleme și care sunt învățămintele care se pot trage.

\*  
\*       \*

Clinicienii din toate timpurile au fost conștienți că sunt expuși greșelii în materie de diagnostic. La sfârșitul secolului al XIX-lea, marele Dupuytren spune, ca o mărturisire de credință: „M-am înșelat și eu, dar m-am înșelat mai puțin decât alții”. La începutul acestui secol, un alt mare clinician, Botkin spunea, așa cum am văzut deja, că ar fi fericit dacă 30% din diagnosticele sale ar fi juste. Această situație a durat până în zilele noastre. Chiar și în generația care ne precede, Charles Lenormand, unul dintre cei mai mari diagnosticieni, îi mărturisea lui Sénèque: „Nu mă înșel în diagnosticele mele decât de 20 de ori la 100”.

Astăzi, procentul greșelilor este mult mai mic, deoarece orice medic are la dispoziție posibilități de laborator pe care nu le avea Lenormand. Dar greșelile continuă să se producă. Este acesta un motiv ca să devenim sceptici, să renunțăm la diagnostic?

În materie de scepticism este bine cunoscută butada pe care o citează Noël Fiessinger: „Eu nu fac niciodată erori de diagnostic. Pentru aceasta am o metodă infailibilă, nu fac niciodată diagnostice”.

Renunțarea la diagnostic poate reprezenta o atitudine de principiu sau o atitudine de necesitate.

La diagnostic renunță din principiu homeopatii. Întemeietorul homeopatiei este Hahnemann, care susținea că esența bolii nu poate fi cunoscută. El renunță la anatomie, la fiziologie, la anatomie patologică și nu socotește diagnos-

ticul necesar pentru tratament. Prin Hahnemann, renunțarea la diagnostic sau agnoza a fost promovată la rangul de sistem. Este vorba aici de o doctrină terapeutică – „*Similia similibus curantur*” – care pierde teren pe zi ce trece sau se limitează la un număr foarte mic de cazuri. În unele țări, cum este țara noastră, homeopatia nu a prins deloc.

Renunțarea de necesitate la diagnostic se întâlnește în două împrejurări: în cazul muribunzilor sau în situațiile unde nu dispunem de timpul necesar pentru clarificarea cazului, datorită urgenței cu care se impune actul terapeutic. Agnoza în aceste situații este uneori justificată. În fața unui bolnav care-și trăiește ultimele clipe, diagnosticul nu trebuie forțat decât dacă rămâne o șansă cât de mică ca bolnavul să fie salvat prin precizarea cauzei bolii. Altfel, ce importanță poate avea, într-un șoc ireversibil, dacă bolnavul prezintă o fractură de coloană vertebrală ori de bazin, sau într-un colaps, dacă bolnavul are o hemoragie de origine ulceroasă sau tumorală. De asemenea, nu trebuie pierdut timp într-un caz de abdomen acut atunci când mijloacele clinice nu permit diagnosticul și când această precizare nu apare indispensabilă. Astfel, de exemplu, într-o ocluzie intestinală se intervine de urgență chiar dacă nu s-a putut preciza etiologia ei: bridă? volvulus? invaginație?... Sunt atâtea și atâtea vieți care au fost salvate în situații în care diagnosticul clinic nu a fost posibil.



Renunțarea la diagnostic nu poate fi deci dictată decât de necesitate. În niciun caz nu este admisibil ca ea să fie condiționată de scepticism, de lipsa de încredere a medicului în propriile sale forțe. Dar nici îngâmfarea nu este permisă. Ea este prin excelență generatoare de greșeli, dovadă exemplul citat de R. Cruchet: „Un medic al spitalelor pe care l-am cunoscut spunea într-o zi, debordând de satisfacție, elevilor săi, în legătură cu un diagnostic făcut cu puțin înainte: «Devine obositor să ai întotdeauna dreptate». Ori în ziua aceea, și nu era pentru prima dată, el a trecut complet alături de adevăr, dar starea lui de spirit îl împiedică să-și dea seama”.

De mândrie a dat dovadă și Delbet, care a părăsit Societatea de chirurgie și nu a mai luat parte la niciuna din ședințe, pentru că unul din membrii ei, ceva mai îndrăzneț, și-a permis să pună la îndoială un diagnostic făcut de el.

Asemenea cazuri sunt, desigur, rare. Sunt însă destui medici care, din vanitate, își arogă merite pe care nu le au. Ei sunt prea plini de ei ca să recunoască că au greșit și își însușesc diagnostice făcute de alții susținând că ei sunt autorii, ori afirmă după o laparotomie sau după confirmarea prin examen de laborator că s-au gândit la diagnostic când, în realitate, ei au susținut cu totul altceva.

Lecția greșelilor de diagnostic este însă cu totul alta, este lecția modestiei. Leriche, acest incomparabil șef de școală, ne spunea: „Când vă veți fi înșelat de atâtea ori ca mine, veți fi mult mai modești”. Lui, ca și altora de talia sa, i

se potrivesc cuvintele lui S. Cooper: „Numai chirurgii cu adevărat mari își mărturisesc greșelile și insuccesele”.

Sub acest aspect, diagnosticul reprezintă o problemă de ordin moral. Unul din cele mai frumoase exemple ni-l oferă Pirogov, care prin severitatea față de el însuși, prin atitudinea critică față de greșelile sale, i-a impresionat puternic pe cei care l-au cunoscut. Iată ce spune el despre Pavlov: „Primul său act eroic de profesor a fost editarea «Analelor clinice», – o ediție fără precedent. O critică atât de sinceră și de necruțătoare față de el însuși și față de activitatea sa nu a mai fost întâlnită în literatura medicală. Și în aceasta constă meritul său enorm! Un medic de care depinde adesea destinul bolnavului și un profesor care își învață elevii are, față de sarcinile care de multe ori îl depășesc, o singură atitudine justă, de a spune numai adevărul”.

Pirogov s-a menținut toată viața pe această poziție cu o consecvență care și astăzi reprezintă o lecție din cele mai impresionante. O spune el însuși: „Eu mi-am impus următoarea regulă: nu voi ascunde niciodată elevilor mei absolut nimic și, dacă nu imediat, cel puțin cât mai repede posibil, le voi vorbi despre erorile mele, fie ele de ordin diagnostic sau de ordin clinic”. După Pirogov, recunoașterea greșelilor este o supremă datorie: „Orice om de știință și, mai ales, un membru al corpului didactic trebuie să resimtă în el însuși un fel de necesitate organică care să-l oblighe să-și dezvăluie cât

mai repede posibil greșelile astfel ca, la rândul lor, cei care sunt mai puțin instruiți să poată să evite de a le comite”.

Necesitatea recunoașterii greșelilor pentru a evita ca alții să le comită a fost recunoscută din toate timpurile. Au menționat-o Hipocrate și Celsus, și mulți alții, dar cel mai frumos exemplu îl oferă Pirogov. Pe plan etic, nerecunoașterea greșelii este uneori mai condamnabilă decât însăși greșeala. O spune J.L. Petit, sunt aproape 200 de ani de atunci: „Greșelile nu sunt decât greșeli când ai curajul să le publici, dar ele devin crime când orgoliul te determină să le ascunzi”.

Dacă față de propriile greșeli medicul trebuie să fie necruțător, el trebuie să dea dovadă de mai multă îngăduință față de greșelile altora. „Iartă pe alții adesea, niciodată pe tine însuși”, spunea Publilius Syrus.

În această privință se poate observa o schimbare de mentalitate în evoluția unui medic, care se produce pe măsură ce acumulează experiență și înaintează în viață. La începutul activității, el este mai expeditiv în materie de diagnostic, de multe ori prea sigur de el, nu-i place să-și recunoască greșelile, iar față de erorile altora este foarte sever. Cu timpul, devine mai prudent, își formulează cu mai multă grijă diagnosticul, este mai conștient de posibilitatea greșelii și mai îngăduitor față de alții. „Nu trebuie decât să îmbătrânești ca să devii mai indulgent; eu nu văd să se comită o greșeală pe care să n-o fi comis eu însumi”, spunea Goethe.

A fi îngăduitor față de alții însemnează a formula observațiile critice în așa fel ca ele să fie constructive și să nu jignească. În acest mod se vine în ajutorul aceluia care a greșit, iar greșeala poate fi fructificată. Pelletan, demis din funcția de șef de serviciu în urma unei erori de diagnostic, spunea: „Noi ne instruim mai mult în arta noastră din greșeli, decât din succese”. Sub acest aspect, greșeala este fecundă, dar ea trebuie să fie evidențiată și discutată în spirit critic, numai în dorința de a învăța.

Greșelile de diagnostic trebuie discutate în grupe cât mai mari, în cadrul aceleiași specialități sau în specialități diferite, astfel ca învățămintele să poată fi însușite de cât mai multă lume. Din acest punct de vedere, ședințele anatomo-clinice sunt cele mai instructive și ca exemplu se pot da ședințele de verificare ale clinicii Mayo, la care participau toți specialiștii din clinică, oameni de laborator și prosectorul, care făcea și funcția de arbitru. Iată ce spune despre aceste ședințe Depage: „Este un lucru remarcabil să vezi acești câțiva oameni, medici, chirurghi, specialiști, toți dornici de progres, ignorând sentimentele josnice de gelozie, de orgoliu și falsul amor propriu, întrunindu-se pentru a examina împreună eșecurile lor, pentru a le stabili cauza și a trage toate învățămintele. Se degajează din aceste ședințe o asemenea atmosferă de sinceritate și o dorință de a face mai bine, încât se înțelege că nimeni nu se gândește să interpreteze greșit afirmațiile anatomo-patologului;

spiritul de care este pătrunsă toată lumea, tineri și bătrâni, este dorința de a învăța”.

Aceeași impresie reconfortantă pe plan etic se degajă și din următoarea relatare a lui A.S. Maximovici: „Primul meu învățător, neuitatul G.S. Turner, îmi povestea că la începutul acestui secol a fost sărbătorit un renumit chirurg italian. La această sărbătoare s-a adunat un număr mare de oameni. Papa de la Roma și-a trimis pe unul din cardinalii săi, regele a trimis pe unul din moștenitori. Sărbătorirea a durat 2-3 ore. La sfârșit s-a ridicat un om modest, în vârstă, s-a înclinat profund, a mulțumit și a spus: «Eu nu am să vă rămân dator. Iată cărțile pe care le-am scris eu. În fiecare carte sunt adunate toate insuccesele, toate morțile de care eu, cu voie sau fără voie, m-am făcut vinovat, toate greșelile mele tehnice. Eu vă dăruiesc aceste cărți pentru cinstea cu care m-ați onorat»”.

Personal, m-am gândit mult, dar nu am putut identifica cine a fost acest chirurg despre care vorbește Maximovici. Acest lucru nu are însă importanță. Chiar dacă persoana nu poate fi identificată, rămâne exemplu și acesta este emoționant, exemplul unui mare chirurg, dar și al unui om mare, care simbolizează modestia și altruismul.

Aceasta este lecția greșelii de diagnostic, o lecție a modestiei, a dorinței de a învăța, de a face progrese, de a obține rezultate mai bune. Medicul trebuie să pună totul, până și greșeala, în slujba vindecării omului suferind.



## **Lecția a 7-a**

# **Tradiție, actualitate și maestru în medicină**

Progresul caracterizează istoria societăților umane în general. Ultimii 50 de ani ai acestei istorii sunt dominați de un ritm rapid de dezvoltare, se obișnuiește să se spună în progresie geometrică, ce apare cu atâta evidență încât afirmația că lumea trece prin prefaceri fundamentale, hotărâtoare, prin transformări de tot felul, politice, sociale, culturale, morale, științifice, nu mai reprezintă pentru nimeni o noutate. Înfrățirea exterioară a oamenilor, modul lor de viață, de a gândi, limbajul lor, gusturile sentimentale, preocupările s-au schimbat în ultimii ani mai mult decât în sute de ani anteriori. Aspectele vieții omenești poartă însă în prezent tot mai mult amprenta noilor cuceriri științifice. Științele revoluționează lumea. Artele, literatura și muzica își schimbă treptat conținutul, dar cu deosebire mijloacele de expresie, posibilitățile de difuzare. Matematizarea, chimizarea și mecanizarea pătrund în toate domeniile activității

omenești. Trăim o epocă în care cercetarea științifică este atât de intensă, atât de răspândită, încât se afirmă că 90% din savanții întregii istorii a omenirii sunt în prezent în viață.

Această amprentă revoluționară pe care dezvoltarea științelor o imprimă întregii activități omenești actuale atinge desigur și medicina. În ultima vreme, ea suferă transformări radicale nu numai în decursul unei generații, dar chiar și în timpul instrucției medicale, încât sunt necesare remanieri și revizuirii chiar și a cunoștințelor predate unei serii de studenți aflați în cursul formării. În medicină apar transformări structurale privind conținutul sau sfera unor specialități, se amplifică și diversifică metodele de investigație sau metodologia de cercetare, cunoștințele substratului, morfofuncțional, cauzele și modul de producere a îmbolnăvirilor sau posibilitățile terapeutice. Apar mereu specialități noi, reclamate cu deosebire de dezvoltarea tehnicității în diagnostic și în problemele de tratament. În activitatea medicală sunt angrenați tot mai mulți specialiști nemedici (ingineri, fizicieni, chimiști, biologi, matematicieni etc.), care nu vin în contact direct cu omul bolnav. În activitatea practică a medicului sunt din ce în ce mai mult necesare cunoștințe paramedicale, o anumită tehnicitate, folosirea unei aparaturi de înaltă specialitate care reclamă pregătire deosebită.

Toate aceste fenomene, a căror necesitate este unanim acceptată, reprezintă totuși uneori și motive de îndreptățită îngrijorare, stârnesc discuții și controverse, determină



luări de poziții și preocupări în vederea remedierii unor eventuale laturi și aspecte negative. Apar partizani ai medicinei „clasice” sau a celei „moderne”, sunt exprimate nostalgii pentru „la belle époque” a medicinei clinice, se lansează invitații de „retragere sub platanii hipocratici din Cos”.

Sunt justificate aceste îngrijorări, asemenea nostalgii, în această lume de progres, dar de invaziuni impetuoase? Nu întotdeauna. Este oare necesară reîntoarcerea și păstrarea legăturii permanente cu veșnicile izvoare ale medicinei clasice? Incontestabil, da! Ritmul vieții noastre moderne, prefacerile amintite, timpul limitat de care dispune fiecare nu ne mai permit însă **pelerinaje** sub platanii din Cos, iar numărul mare al slujitorilor lui Asklepios determină necesitatea de a găsi o altă livadă, mult mai mare, dar tot de platani, sub care să putem ateriza cu vehicule hipersonice, neatinse de razele cosmice și, împreună cu noi, să ducem și calculatoare electronice. Deci, așa cum spunea maestrul nostru Hațieganu, „nu înapoi cu Hipocrate, ci înainte cu Hipocrate”.

Ne aflăm de fapt în fața problemei mai generale a relației dialectice dintre tradiție și inovație, două laturi inseparabile ale aceluiași proces al dezvoltării progresive a oricărei activități omenești. Ca și în cazul altor științe, și în medicină desigur trebuie respectat principiul preluării critice, selective, a acelor elemente tradiționale care permit o continuitate sub aspectul faptelor și al teoriilor, al orientării investigațiilor și al metodologiei, după cum și din inovație se impune preluarea

elementelor viabile, a valorilor autentice, și nu a extravaganțelor efemere și, mai ales, nu a acțiunilor neverificate. Ne aflăm deci, în cazul medicinei, în fața acelor două caracteristici nedespărțite, veșnice, ale acesteia, prezente în toate epocile istoriei sale: **caracterul tranzitor** și cel **permanent**.

**Tranzitoriul** reprezintă domeniul acumulărilor științifice. Rapiditatea, ritmul alert al descoperirilor științifice este în zilele noastre extraordinar, încât în anumite sectoare acestea sunt repede depășite. Selecționarea, încorporarea, domesticirea lor în folosul omului, revizuirea continuă a unor concepții depășite pe baza noilor date, iată secretul pe care numai medicul tehnic format îl cunoaște. Caracterul tranzitor al acestor descoperiri și acumulări de cunoștințe trebuie încadrat în procesul general al cunoașterii umane, reprezentând acumularea perpetuă a unor adevăruri parțiale, relative și o continuă autonegare.

Așa-zisa criză a medicinei, dacă în vederile unora ar exista așa ceva, rezultă din incapacitatea punerii de acord a posibilităților tehnico-științifice oferite medicinei cu acțiunea armonioasă de utilizare a acestora. Criza se naște atunci când în activitatea medicală devine dominant aspectul auxiliar față de cel esențial.

Pe alt plan, derivat, ca o consecință a „invaziunii” noului ce duce la o accentuată diversificare în activitatea practică și de cercetare medico-științifică, ar putea apărea și un alt gen de criză a medicinei, ca urmare a apariției unor

rezultate care restrâng câmpul de activitate individuală în suprafață și îl adâncesc în profunzime. Cu toată hiperspecializarea și tehnicizarea medicinei generată de noile cuceriri științifice, o criză dăunătoare nu va putea niciodată atâta vreme cât acest specialist nu va activa izolat și cât marile și generoasele idei ale medicinei de totdeauna vor dăinui, atâta vreme cât nu se va pierde contactul dintre oameni, iar specialistul va face parte din echipă complexă.

**Permanentul** în medicină este reprezentat de conștiința medicală, de „omenia” slujitorilor ei, de subordonarea tuturor acțiunilor tehnice și științifice interesului omului, de aflarea căilor și a modalităților de servire exclusivă a lui, adică de umanismul medical, de etica medicală. Aceasta este latura permanentă în medicină. Este necesar ca în zilele noastre să fie evocată tot mai des și uneori chiar cu insistență.

Puține sunt profesiunile care să aibă precizate și reunite într-un cod noțiunile elementare de etică profesională, încă de la începuturile existenței lor, ca medicina. Acest fapt derivă din caracterul ei profund social. Istoria medicinei cunoaște multe coduri morale medicale, începând cu cel al lui Hammurabi și trecând prin Hipocrate și diversele școli și asociații medicale sau curente medico-filozofice. Cu toate că de-a lungul veacurilor, sub multe aspecte, aceste norme de conduită au suferit unele transformări, în funcție de epoca și de societatea a căror expresie sunt, în centrul lor s-a aflat omul cu suferințele sale, chiar dacă în istoria nu prea

îndepărtată au existat perioade, din fericire scurte și limitate în spațiu, în care practica medicală a ignorat tocmai normele elementare ale eticii medicale.

Este oare în epoca noastră permanentul din medicină în pericol? În caz afirmativ, ar însemna sfârșitul celei mai înălțătoare dintre activitățile omenești, căci permanentul nu poate fi anulat decât prin dezumanizarea profesiei, situație ce ar putea surveni, credem, pe două căi:

O primă situație ar rezulta din invaziunea nedomestică a tehnicii într-un domeniu caracterizat în excelență de relații directe interumane. Când acestei relații vor slăbi, se vor altera, va apare una dintre cele mai dezastruoase crize din societatea omenească: ruperea legăturii dintre omul care știe și trebuie să vindece, dintre acela care înțelege și activează nemijlocit pentru ocrotirea sănătății publice, și omul suferind, care trebuie vindecat, încurajat, consolată în viața lui intimă.

O altă cauză a dezumanizării profesiei medicale ar putea fi generată de funcționarizarea ei, ceea ce constituie un nou aspect al decăderii eticei profesionale. În statul nostru, în organizarea și practicarea învățământului medical, în practicarea ocrotirii sănătății, se caută cele mai bune mijloace pentru promovarea eticii medicale și pentru preîntâmpinarea neajunsurilor arătate. Să veghem la prevenirea și îndepărtarea acestui pericol al „funcționarizării”.

Desigur că între elementul tranzitor și cel permanent al medicinei, în orice epocă istorică, există o legătură, o strânsă interacțiune. A ști să folosești tranzitorul și să dai viață permanentului, să cultivi între acestea armonia pentru a nu apărea crize, a ști să respecti permanentul, dar să te adaptezi cu rapiditate la tranzitoriu cu toate dificultățile ce pot uneori apărea, a nu uita că singura dintre activitățile omenești organizate cu caracter de „misiune” este cea a medicului, este în cele din urmă o **operă de transmitere vie**. În medicina cu tradiție, **medicina în care nu pot apărea crize**, această transmitere urmează din generație în generație prin ceea ce se numește școala medicală.

Dincolo de multiplele sensuri ale noțiunii de școală (instituție de învățământ, izvor de cunoștințe, sistem de instruire, curent sau doctrină științifică, o anumită disciplină în activitate), școala reprezintă transmiterea vie, prin contact direct interuman, a îndeletnicirilor ce reclamă experiență, știință și înțelegere pentru sublim. Școli există în științe și în arte. Medicina le cuprinde pe amândouă prin aplicarea binelui și frumosului în interesul omului. În alte domenii de activitate, noțiunea de școală este de împrumut și deci fără respirație.

Într-o școală – așa cum am mai avut ocazia să expunem – preocupările sunt convergente, pătrunse de aceeași etică, elanul este susținut, sesizarea actualului este un obiectiv permanent. Școala nu cultivă dogme, ci promovează

schimburile de opinii. Repetăm, școala nu este nici clan, nici castă. Școala are un început, un inițiator, un fondator, un maestru. De calitățile etice ale acestuia depinde în mare măsură largă respirație a școlii, dezvoltarea ei în folosul colectivității, și nu degradarea în clan mărunț și nepenetrabil sau în castă cu pretenții nemăsurate.

**Maestrul** este creator și fondator de școală, este în permanență în pas cu vremea, sesizează, apreciază și valorifică cuceririle științifice și sociale, este înzestrat cu cunoștințe, cu experiență și cu talent. Este un întemeietor care se îngrijește să aibă urmași care la rândul lor să devină maeștri. Maestrul nu-și părăsește școala pentru interese minore. El stimulează elanul creator și cel de formare a tineretului, este în pas cu elanul tineretului. Este imun la eventualele decepții în oameni. Este generos și la rândul său cultivă generozitatea. Suprema lui satisfacție o constituie momentul când este întrecut de elevi și poate preda făclia colaboratorilor și își poate felicita urmașii, are bucuria continuării ideilor pe care le propagă și care corespund interesului general, nu cultivă sectarismul și dogmatismul, stimulează opiniile, este înțelegător, dar exigent și drept, nu cunoaște judecăți pătimășe. El trăiește și după moarte în inimile oamenilor, pentru că – după un adevăr antic – după moarte se trăiește prin ce ai făcut pentru alții, și nu prin ce ai făcut pentru tine.

Aceasta este imaginea pe care am avut fericirea să mi-o formeze despre maestru.

Pe lângă fondator, crearea, închegarea și perpetuarea unei școli presupune existența unui obiectiv, a unor elevi continuatori, a unor realizări de durată și, desigur, a unor condiții sociale.

Maeștrii și școala mențin tradiția umanistică în dezvoltarea profesională. Știința aduce inovațiile. Școala condusă de adevărați maeștri le primește și le fructifică.





## **Lecția a 8-a**

### **Igiena mintală și sănătatea psihică**

Oricât ar părea de paradoxal, avem convingerea că noțiunea de sănătate – în general – s-a conturat în mentalitatea primitivă sub o formă primordial negativă.

Suferința și boala s-au instalat în mintea omului preistoric ca expresia unor forțe adverse, exogene, dezagreabile și asemănătoare cu nenumărați alți factori defavorabili ai ambianței.

Ele (adică suferința și boala) i-au apărut nu ca un minus de adaptare și de rezistență, ci ca un plus malefic, dușmănos și agresiv, care intervine din afara organismului.

Foarte probabil că din experiența primitivă a propriei sale patologii, trogloditul sau locuitorul lacustru au intuit încet și cu o interpretare predominant magică cele două „dezlegări” posibile ale bolii: sau reînțoarcerea în starea anterioară (care s-a numit, cu vremea, „neboală” sau sănătate) sau exitul final, care s-a instalat în viziunea primitivă ca o replică misterioasă și anxiogenă a vieții (de unde, cultul – absolut universal – al morților).

Am putea spune că dacă vârsta conceptelor măsoară vârsta civilizației omenirii, acelea de sănătate – boală – și moarte se împletesc cu cele mai îndepărtate trepte ale lentei sale evoluții.

Dar fenomenologia – oricât de bogată – a realității nu înseamnă neapărat înțelegere și explicație causală.

Posibilitatea unei doctrine sau științe a sănătății nu putea să apară decât ca o consecință a dezvoltării științelor naturii. (Să medităm nițel asupra faptului că nici astăzi nu ne este foarte ușor să cădem de acord asupra unei generale și unanime definiții a bolii – și a corelatului său, sănătatea!)

Dar, fiindcă suntem în secolul tranzistorilor, al ciberneticii și navigației stelare, vom lăsa deschis capitolul de istorie a medicinei și vom întrebuița o formulă de prezentare a igienei mintale, general acceptată – care se sprijină și pe un prețios ajutor oferit de psihologie.

**Igiena mintală** este un ansamblu de teorie și de aplicații practice, care permite și conduce la menținerea echilibrului psihic în fața bolii, la armonia intrapsihică, la sinergia și la socialitatea relațiilor interpersonale.

Tot ea (igiena mintală) este o disciplină aplicativă – la scară individuală și socială – având ca scop **prevenirea** dezordinii mintale.

Într-un limbaj de psihologie normală, igiena mintală se desfășoară în direcția adaptării funcționale a structurii

dinamice pe care o denumim: raportul dintre eu și mediu, poziția și devenirea istorică a individului uman.

În sensul pe care i-l dă psihopatologia, igiena mintală converge spre o accepție de profilaxie (și uneori chiar de terapeutică marginală și preventivă).

Ori de câte ori delimităm un domeniu științific pragmatic, trebuie să inventariem mijloacele și instrumentarul. „Tezele și uneltele”, cum spunea un filozof umorist.

Din acest punct de vedere, putem să deschidem lista igienei mintale cu toți factorii care fac și definesc viața noastră biologică, ca substrat și condiție. „Mens sana” al latinilor s-a demonetizat printr-o excesivă și simplistă întrebuințare. Dar implicatul ei principal și-a păstrat participarea la realitate. Integrațiunea bidirecțională operată de creier – aceea a somei și aceea a realității – duce la o reciprocitate care leagă și adaugă pe „corpus sanum” la „mens sana”.

Dar banalitatea acestui adevăr nu-i lungește picioarele și nu-i dă prestigiul unui principiu indiscutabil!

De multe mii de ani, de exemplu, oamenii știu efectele nocive ale intemperanței, și totuși continuă să fie lacomi, băutori de alcool, fumători de toate felurile, înlocuind realitatea cu diverse modele hedonice, echivalente, aparent, ale fericirii de a exista, dar nocive și spoliatoare de sănătate.

În secolul mecanizării, al mașinismului și automatizării, grija de – și asigurarea – randamentului mintal rămâne fundamentală. Mașinile servesc, dacă inventatorii, creatorii și

mânuitorii lor sunt lucizi, eficienți, prompti și abili. Deficiențe din partea demiurgilor lor (ai mașinilor!) reeditează fabula leului și măgarului!...

Undeva într-o neaparentă, dar incontestabilă balanță cu activitatea de veghe, somnul este marele reparator și custodele echilibrului cerebral. De la fiziologi la psihiatri există unanimitate asupra acestui lucru. Finalitatea somnului a fost peremptoriu demonstrată de fiziologie. Șobolanii menținuți în insomnie mor după câteva zile, tortura chinezească din vremurile imperiale determina moartea condamnaților la stare de veghe neîntreruptă.

În afară de balansarea diencefalică dintre vigilență și starea morfeică, toată corticalitatea „doarme” în timpul somnului și desfășoară în intimitatea ei un metabolism pe care-l denumim reparator (cu toate că nu-l cunoaștem prea bine).

Dar fără această „a treia” parte a existenței pe care o facem cadou somnului, celelalte două nu ar fi posibile.

Tulburările și abaterile de la această lege naturală sunt multiple și pândesc pe omul modern într-o proporție îngrijorătoare.

Fiecare speță doarme într-un anumit mod și după o diagramă specifică. Un savant indian socotește că și plantele desfășoară un fel de adormire. Locuitorii marilor orașe sunt însă în pericol să-și mutilizeze repaosul din timpul stării lor de adormire. Transportarea zilnică la mari distanțe între locuință și sediul activității sau muncii se face adesea – și

inevitabil – în dauna orelor de somn. Liniștea liminară, acest cadou al naturii pe care l-au cântat poeții, pe care l-au exaltat religiile, pe care l-au studiat psihologii, e în pericol să dispară. Orașele sunt infestate de zgomote continue și spoliatoare de energie nervoasă. Dormitul fără liniște este o calitate nesatisfăcătoare. Reactivitatea nevrotică ne-o demonstrează în fiecare zi mai mult, dar mijloacele de a combate vuietul citadin din aglomerațiile mondene rămân ineficace.

Noi psihiatrii credem că fenomenele anxioase sunt accentuate (și uneori provocate chiar) de o insuficiență cantitativă și calitativă de somn.

Incontestabil că dispunem de o medicație și de mijloacele hipnoinductoare. Dar terapeutica de stimulare a somnului natural e limitată, iar înlocuirea somnului cu un echivalent e imposibilă. Igiena mintală se sprijină pe somn tot așa cum alte ramuri ale igienei folosesc ca reper energia alimentelor sau hidratarea organismului.

Copiii au nevoie de o cantitate de repaos hipnic mai mare decât adulții. De aici necesitatea de a combate promiscuitatea locuințelor, ritmurile nocturne de lucru, zgomotul străzilor, expresiile de emoții și spectacolele serale pentru copii.

Morfogeneza vieții noastre mintale este dominată de afectivitate. Sinteza dinamică a caracterului, culoarea, valențele și pregnanța personalității stau sub legitatea dominatoare a organizării și desfășurării sentimentelor

noastre. Psihicul copilului își dezvoltă treptele evolutive spre funcțiile superioare (memorie, inteligență, simțul moral etc.) pe o platformă primordială de afectivitate elementară, care apoi se diferențiază în formele multiple de atașament, de plăcere a cunoașterii, de angajare etică etc.

Deci climatul efectiv este la fel – dacă nu predominant – de important în psihogeneză (dezvoltarea mintală a copilului) ca și în organizarea pedagogică și școlară ca și exemplul impersonal al anonimilor care ne înconjoară într-un număr mai mare decât cei pe care-i cunoaștem (dar care constituie mediul colectiv și pentru care și noi suntem la fel).

Globul pământesc s-a transformat într-un imens rezervor de ființe umane care comunică între ele după legile de structurare ale micilor grupe (familie, clase școlare, echipe de lucru, grupe sportive, formații muzicale, mijloace și comunități de călătorie etc.). Peste aceasta se suprapune un fenomen nou și caracteristic actualității: mijloacele de difuziune (cvasi instantanee) a informațiilor, spectacolele indirecte prin televiziune, jurnalele rapide și prescurtate, pe calea undelor. Se realizează, mereu, o vastă comuniune de opinie (în sensul simplu) la o proporție niciodată atinsă de antecedentele omenirii moderne. Această „opinie” vastă și omogenizată oarecum apasă însă ca o sarcină în plus asupra mișcărilor individuale din câmpul de conștiință al fiecărui om contemporan.

Noi nu cunoaștem încă randamentul și întrebuințarea optimă a mijloacelor de difuzare în masă a informațiilor. Ele sunt sigur o pârghie de progres, dar solicită în plus și intens creierul omului modern, îl antrenează afectiv, dar îl pun în același timp în pericolul unei pasivități de gândire și, uneori, de acțiune.

Cei doi poli afectivi ai eului sunt simetrici. Avem nevoie să primim tot atât de mult cum trebuie să dăruim sentimentele noastre. O lume a progresului este de neconceput în afara unei solidarități afective, a prieteniei, a dragostei. Forma supremă de simpatie universală e pacea. Omenirea bântuită de război sau de spectrul lui este compromisă moralmente și realizează anetismul, la scara istoriei. Lupta pentru pace este cea mai generală condiție a igienei mintale a omenirii. Cine ar crede că problemele puse de igiena mintală pot să se extindă până la asemenea perspective?!

Și totuși, în conștiința oamenilor de știință, aceste adevăruri au devenit evidente și certe.

Prezența – peste tot, pe pământ – a jocurilor de noroc și loteriilor exprimă consimțirea tacită a oamenilor la realitatea – să spunem – activă a hazardului în propria lor existență.

Niciodată nu s-a ajuns la o viziune și o concepție despre lume în care să nu se facă loc (subconștient) și unei probabilități „suplimentare” și exogene, de bine. Cuvântul **șansă** e departe de a fi scos din vocabularul oarecare, tot atât ca și cel de ghinion, neșansă – ba chiar, fatalitate.

Nu întreprindem o critică filozofică a acestor fenomene, pentru că nu discutăm despre filozofi, ci despre tipuri generale și simple de mentalitate.

Suntem convinși că există o igienă mentală a jocurilor de noroc, tot așa cum am văzut – ca psihiatri – unii dezechilibrați care s-au agravat prin aceste practici.

Suprema înțelepciune ar cere să ne abținem de la joc. Dar e foarte greu să modifici natura umană, plecând de la deziderate abstracte și principiale.

Ceea ce poate educatorul – și mai ales organizatorul de igienă psihică, – în persoana psihiatrului, – este sfătuirea cuminte și totdeauna prezentă, în toate situațiile dificile sau critice, în circumstanțele nevrozante, în pasaje dificile de existență, în accidente sau crize afective.

Printre cele mai utile aplicații și efecte heuristice ale educației omului modern se plasează astfel și modificarea mentalității față de psihiatru, care nu mai rămâne un ciudat – (și, deseori, antipatic) păzitor al bolnavilor din spatele zidurilor de ospiciu, ci devine un abordabil și înțelegător consilier pentru problematica existențială a oricărui dintre noi.

De altfel, tot psihiatrul este cel mai bine plasat pentru a aprecia când microșocurile emotive ale vieții de fiecare zi lasă urme mai mult decât trebuie, sau dacă unele modificări de dispoziție și caracter au numai o semnificație tranzitorie sau anunță o decompensare.



Din sistematizarea activă a actului său protectiv și prevăzător, s-a constituit progresiv cel mai nou și cel mai util capitol (socialmente vorbind), acela al psihiatriei profilactice.

Psihoterapia funcționează aici în aspectul ei desensibilizant. Sugestia se adaugă puterii individuale de a spera și de a prefera realitatea explicată, în locul visului sau nevrozei.

Igiena psihică, prezentă de la micile începuturi ale prea-complexei copilării, este un adjuvant direct și necesar al pedagogiei în acțiunea formatoare a caracterului infantil.

Colaboratorii igienei psihice sunt nenumărați. Căutând o formulă patetică, am spune că orice conștiință clară și omenoasă, orice minte care se ridică până la lucida înțelegere a marilor treburi din lumea în care trăim, orice om de știință care calculează toate consecințele și legăturile domeniului său cu problemele general umane este un participant la fondul de igienă mintală individuală și socială.

Desigur că această mare armată implicată în țesătura socială este reprezentată inegal, predominant de specialiști, mai puțin de alții, deloc de foarte mulți.

Dar trebuie să subliniem că nivelul dezvoltării științifice, tehnologice și sociale din vremurile prezente nu mai permite o degajare de responsabilitate a omenirii față de problemele morale ale universului său!

E adevărat că fiecare ființă umană trebuie să reediteze laboriosul drum al dezvoltării personalității, începând de la zero. Valorile morale se învață, nu se moștenesc (nu avem

niciun semn că deprinderile etice ale omului s-ar apropia de un stadiu de fixare și transmisie ereditară). Dar e tot atât de evident că intensitatea și cantitatea mijloacelor de progres în secolul nostru nu-și au vreo replică în antecedentele istorice.

Este relativ ușor pentru cei care se ocupă de igiena psihică să stabilească lista „zonelor sensibile” și a aspectelor sociale în legătură cu sănătatea mintală a omenirii.

Asistența preventivă este reprezentată de organizarea instituțiilor de specialitate. Cât mai mulți și cât mai capabili consultanți și psihoterapeuți. Iată o formulă simplă și eficientă.

Mai este nevoie să se îmbogățească orizontul celor care gândesc problemele igienei generale cu aspectele aferente, ale psihismului. Igiena muncii este încontinuu și igienă mintală. Procesul didactic școlar este și igienă mintală. Imensa organizare omenească ce poartă denumirea generală de **timp liber** este (sau trebuie să stea) sub semnul direct al igienei psihice.

Concediile și somnul sunt micro-componente ale igienei psihicului.

În formele ei proiective, igiena mintală pleacă de la informația statistică și descoperă cele mai bune metode pentru alegerea și orientarea profesională. Psihologia muncii este precedată și completată de igiena psihică a celor care-și

aleg o profesiune, care se inserează într-o colectivitate de muncă, sau ies la pensie, devin bătrâni etc.

Igiena mintală nu poate fi o simplă codificare de reguli, ea este o disciplină multilaterală, plurifactorială și polivalentă. Fiecare vârstă a individului uman schimbă constelația problemelor lui de echilibru și activitate psihică.

De aceea, copilăria de exemplu poate fi frântă prin dezadaptare, adolescentul se poate împotmoli într-o criză de maturație, insul în deplinătatea vârstei creatoare se poate epuiza nevrotic, bătrânul riscă o depersonalizare sau o defazare sociologică și istorică.

Igiena mintală nu cultivă soluții tip. Fiind o ramură a medicinei psihologice, ea rămâne dominată de legea cea mare a asistenței: fiecare om trebuie ajutat ca și cum ar fi primul și cel mai grav caz din lume. Cu atât mai mult cu cât igiena mintală își duce dialogul cu oameni care sunt și vor să-și păstreze echilibrul psihic.



## **Lecția a 9-a**

# **Psihologia, știință a omului**

Delimitarea unui domeniu de cunoaștere științifică (ceea ce înseamnă adică stabilirea unui grup de legi coerente privind o familie de fenomene) este precedată de o lungă perioadă descriptivă și aceasta, la rândul ei, de un fenomen și mai nespecific, pe care l-am putea numi geneza semantică a unor concepte abstracte.

Astfel – și din cauza aceasta – se poate spune că debutul științei, în general, este sociogenetic.

Pentru psihologie (Ps), deschiderea și desfășurarea etapelor sale evolutive este tardivă.

Întârziata organizare a unei discipline științifice despre psihism stătea aprioric condiționată de o dublă precedentă: aceea a apariției noțiunii însăși de psihism și aceea a materialității lui (sau, la limită extremă, a paralelismului bi-implicat, dintre spirit și materie).

Această generală enunțare pe care o facem ne plasează istoricește de-a dreptul la jumătatea secolului trecut.

De vreo o sută de ani de abia s-a învederat sistematic posibilitatea unei ps. științifice consistând din studiul și observația experimentală a organismelor complexe în diversele constelări de factori și variațiuni ale mediului care le înconjoară (și le condiționează).

Fiindcă descoperirea și formularea legilor comportamentale se subscriau altor proprietăți adaptiv-integrative atribuite sistemului nervos central (respectiv, creierului), s-a implicat întâi dualismul – continuat apoi de pasionata discuție despre unitatea dintre suflet și corp, dintre moral și fizic, dintre organicitatea cerebrală și psihism.

Psihologia n-a întârziat să-și delimiteze aria fenomenologică cu mult mai repede decât sfârșitul discuțiilor scolastice care fuseseră generate de faptul că și această ramură – să spunem a științelor naturii – se detașase dintr-o prealabilă și îndelungată matrice filozofică.

Deci, actul (sau, mai corect, operația cezariană) de naștere a psihologiei va fi până la urmă instituirea unor metode experimentale și de măsurare cantitativă privind fenomene detașate printr-o convenție analitică – din ansamblul complex al comportamentului și adaptării animale (mai ales umane).

Pentru ca aceasta să fie posibil, s-a recurs la sprijinul metodologic și de prestigiu al fiziologiei, la unitatea evolutivă a formelor animale (adică la derivarea și înrudirea transformistă a speciilor), la valabilitatea reciprocă a analizei și sintezei, la un anumit mecanicism romantic ce implică

explicația și înțelegerea complexului, printr-o însușire a simplului.

Era evident – și a rămas ca o enunțare axiomatică – faptul că domeniul psihologului nu e o întâlnire sectorală între **unele** aspecte ale organismelor și **unele** aspecte (mai mult sau mai puțin tematice) ale mediului.

Psihologia se ancorează acolo unde organismul și integritatea sa se inserează dinamic (adaptiv și predictiv) în mișcarea continuă și structurală a mediului.

De aceea prima etapă de constituire și de construire a psihologiei a fost (și a rămas) experimentală. Ea a riscat uneori să se resoarbă în fiziologie sau într-un obiectivism mecanist (Cl. Bernard, Pavlov, Richet, Watson etc.).

Grație convingerii pasionale cu care pionierii investigației creierului au afirmat că organul psihismului și ale reflexelor este unul și același, s-a mers pe o artificială dihotomie reprezentând o inutilă – dacă nu chiar dăunătoare – bătălie „între broaște și șoareci”, cum ar fi spus Aristofan.

Psihologia experimentală s-a sprijinit însă tot timpul pe apriorismul asociaționist, pe „legile” de asociere și combinare a funcțiilor psihice elementare, pe modelarea (mai bine spus, pe echivalarea posibilă) dintre comportamentul instinctiv ereditar al animalelor și desfășurarea complexă a omului în funcțiile realității.

Dar să nu-i uităm și să păstrăm grațitudinea noastră acestor antecedenti.

Într-adevăr, numai existența unei psihologii animale putea să demarceze de jos în sus un alt plan de cercetare și cunoaștere legică, apărut mai târziu, acela al psihologiei diferențiale. Ceea ce fusese pentru studiul funcțiunilor adaptative și pentru comportamentul animal aspectul general de distribuire a unor modele pe toată extensiunea unei specii instincte, unele forme de afect, rudimente de inteligență, devine criteriu metodic de cercetare a diferențelor individuale – la om.

Prin aceasta se lansa un impozant plan de dezvoltare științifică, ale cărei etape înseamnă nu numai o continuă expansiune, ci anexarea lentă și comprehensivă la domeniul psihologiei a unor capitole care, contribuind progresiv la cunoașterea și descifrarea naturii umane, se subsumează unei direcții generale de dezvoltare a cercetării antropologice – pe care n-o putem numi decât știința omului.

Depășind individualul statistic (uneori, numai accident sau abatere), psihologia proclamă legile de organizare și de activitate ale persoanei ca o supremă referință și exemplificare ultimă a fenomenelor de înțelegere, afectivitate și acțiune, care constituiesc psihismul.

(Dilema „invizibilității pădurii” din cauza copacilor se transformă într-o sudură interdependentă între realitatea pădurii și realitatea – tot atât de concretă – a copacilor...!)

În general, adecvarea utilitară a științei, transformarea actelor de cunoaștere în proiect, a legilor în scheme instru-



mentale, însăși codarea comunicantă a informațiilor, conduc inevitabil (și favorabil) la lenta transformare a oricărui domeniu epistemologic în echivalentul său normativ, cibernetic, aplicativ etc.

Spunem aceasta spre a face introducerea la funcțiile moderne ale psihologiei.

Descifrând cu sagacitate structurile dinamice ale caracterului, ea (psihologia) înlocuiește schemele sărace – și oarecum circulare – ale psihologiei comportamentului animal, cu devenirea existențială a insului uman. Fenomenele psihice nu sunt un produs univoc al unei determinări exogene și al unei cauzalități fixiste. Psihismul reflectă elaborativ și structurant întretăieri continue de planuri, emergențe și finalități, jocul oscilant de raporturi între configurații și sisteme de fond (sau referință).

Dar dintre toate clasele și formele de fenomene pe care le reia în varianta interioară a subiectivității, nimic nu poartă o mai decisivă caracteristică omenească decât reciprocitatea de conștiință, modalitatea de întâlnire și de influențare, de participare sau de opunere, de congruență sau de antagonism între indivizii umani.

La acest nivel și în această perspectivă, psihologia devine caracterologie, știința aprecierii și a anticipării „omenescului” din comportamentul specific uman.

După îndelungata studiere – inevitabil schematică – a animalelor de laborator, s-a consimțit progresiv, sub

presiunea evidenței, că metodele fundamentale ale activității psihice umane nu își au corespondentul descendent în scara zoologică.

Reluând tentativa aristotelică a unei definiții sintetice, psihologia modernă constată că omul este un animal care **dorește**, fiindcă își poate anexa viitorul la dimensiunea prezentă a duratei, care are sentimente fiindcă intuiește și înțelege comunitatea de structură afectivă cu semenii lui, care-și socializează operațiunile intelective printr-un formidabil sistem de codare și transmisiune (limbajul), care acționează datorită elaborării apriorice a modelelor de comportament și a scopurilor finale.

Dar peste acestea toate, ființa umană atinge maximum de inedit zoologic prin funcțiile de libertate și de gratuitate. Instituțiile etice și valorile estetice domină de sus (și oarecum din afară, fiind niște limite) desfășurarea istorică, progresivă și evolutivă a omului.

Să ne întoarcem la subiectul nostru central.

Acumulând o mare cantitate de concluzii comprehensive asupra fenomenului uman considerat tocmai în perspectiva persoanei și a societății, psihologia genetică și descriptivă de la începuturile ei s-a diferențiat sub ochii noștri (adică în secolul XX) într-o familie din ce în ce mai numeroasă de discipline teoretice și aplicate.

Poziția psihologiei în contextul științific al timpurilor prezente se determină printr-o inserare plurivalentă în

interdependență cu sociologia, cu psihopatologia și igiena mintală, orientarea și selecționarea profesională, tehnica generală a comunicațiilor în masă, dinamica opiniei, pedagogia, transferurile interculturale etc., etc.

Niciun fenomen uman nu poate fi modelat în condițiile experimentale de laborator. Vorbind sub sprijinul expresiv al paradoxului, am spune că abordarea realității umane – deci psihologice – într-o replică modelată experimental ar presupune o supraréalitate, un supra-om care să sintetizeze persoana omenească și semnificațiile ei într-o perspectivă care, obligator, ar domina libertatea fenomenelor de conștiință printr-o schematizare deterministă.

Să nu obosim și să nu dezarmăm în continua subliniere a faptului ca trăsătură indelebilă și primordială a psihologiei este cunoașterea prin identificare, și nu prin depășire modelatoare și „cauzalizantă”.

În tot restul științelor naturii, cu cât deosebirea de organizare și structură, de tipologie fenomenologică și de ordin este mai mare în raport cu legea de organizare a minții omenești, cu atât concluziile sunt mai rapide și mai ferm stabilite.

În psihologie, sistemul de echilibru final al cunoașterii este identitatea. Parafrazând, putem spune: înțeleg omenescul fiindcă nimic nu-mi este mai asemănător!

Aceste considerațiuni (inevitabil, foarte generale) ne conduc la concluziile anunțate în titlul acestei lecții.

Dacă psihologia este – și nu poate fi decât – o știință a omului, atunci însemnele ei sunt serviciile pe care le oferă umanității, stabilind echilibrul funcțional între posibilitățile creatoare și dorințele noastre, calibrând aptitudinile și mijloacele pe obiectivele și actele omenești, ierarhizând sentimentele după o axiologie care este supremul produs al sociogenezei. Psihologia e prezentă în enunțurile de delimitare a tuturor problemelor dominante puse în legătură cu prezentul și soarta omenirii.

De la sociolog la economist, de la psihiatru la educator, de la romancier la specialistul de navigație interplanetară științifică, vast fenomen de autorefectare, care-l transformă pe om într-un sistem polivalent de referință.

Atunci când, în funcțiile persoanei, necesitatea pragmatică și adaptativă a cunoașterii se reîntoarce sub forma conștiinței actului creator și al sentimentului pozitiv, omul încearcă nostalgia unui sfârșit. Dar supremul țel al evoluției nu este depășirea sa, ci realizarea sa.

Fiindcă ființa umană poartă, în ciudata ei natură, tot ce-i trebuie ca să se joace de-a infinitul! Defectele omenești sunt numai renunțări la condiția aceasta supremă.

Între naștere și moarte, putem, și avem timp, să facem tot ce e necesar spre a ne înscrie în imortalitate și absolut... Prețul ne este cunoscut: el e împlinirea misiunii naturale care se numește funcția socială a persoanei.

Psihologia ne poate reaminti oricând că semnificația generală a cuvântului **persoană** e dată de ansamblul psihic al modurilor de comunicare valorică între indivizii speciei *homo*. De la sudoarea muncii primitiv-asociate, la emoțiile audierii simfoniei a III-a. De la lacrimile pe mormântul unui prieten la congresul științific, de la convenția axiomei la intransigența de fier a legii morale, persoana este expresia continuă a transformării omenirii dintr-o mulțime într-o comunitate.



## **Lecția a 10-a**

# **Dincolo de suprafață în dermatologie**

Respectul ce-l datorez acelor care au contribuit la apariția și dezvoltarea dermatologiei m-a îndemnat să folosesc în modesta mea prelegere citatul: „Nu consuma fructele neadevărului”, pe care Hieronymus Mercurialis l-a ales pentru cartea sa „De Morbis Cutaneis”, publicată în 1572 la Veneția. Călăuzit de sinceritatea principiului enunțat, îngăduiți-mi să vă spun ce am răspuns în urmă cu mulți ani acelor care m-au întrebat de ce mi-am ales această specialitate.

Am considerat atunci că o simplă frază de circumstanță n-ar fi reușit să cuprindă fondul real al sentimentelor mele, eventual s-ar fi interpretat eronat, sau mi-ar fi creat o stare de duplicitate. Evitând preciziunea, am exemplificat că pentru unii îmbrățișarea unei cariere se face din vocație, la alții ea este întâmplătoare sau pe baza unei tradiții familiale, după cum nu este exclus ca să fie condiționată de fapte

subiective apărute în viață la un moment dat sau, după cum se spune azi, „dintr-o simplă curiozitate pentru specie”. În cazul spiritelor pline de nobila aventură a cunoașterii, motivarea se poate face prin nevoia de a descifra ceva din această misterioasă specialitate pe care o consider pasionantă ca o expediție sau asemănătoare unui roman de anticipație. Dialogul s-a încheiat cu precizarea că orice specialitate medicală abordată cu pasiune și perseverență te captivează și te reține pentru totdeauna.

Nu putem fi de acord cu acei care stabilesc relații definitive în alegerea specialității pe baza unei simple trăsături de temperament sau aptitudine și care-i fac să creadă că un medic devine chirurg pentru simpla plăcere de a tăia, că cercetătorul apare în ființa curiosului nemulțumit sau că neuropsihiatria nu poate fi abordată decât de interiorizat.

Dragostea față de profesiunea medicală există în inima fiecăruia dintre noi care ne-am angajat în lupta cu boala și durerea, iar îndrăgirea specialității apare și se dezvoltă pe măsură ce o cunoaștem și o înțelegem mai bine.

Dezvoltarea dermatologiei nu este un proces independent de viața societății, de medicina generală și de evoluția celorlalte științe, după cum dermatologia nu este numai o profesie, o artă sau o știință, pentru că ea le îmbină pe toate în mod armonios și complex, reușind să se impună ca o necesitate de care știința medicală modernă nu se mai poate dispensa.



Bolile de piele există din cele mai vechi timpuri, în schimb dermatologia ca știință apare în urmă cu numai 100 de ani, când a trecut de la studiul analitic la opera de sinteză, când nu s-a mai mulțumit de a înregistra faptele, ci a început să le explice și să le lege unele de altele.

Medicina empirică a îmbogățit medicina științifică prin observațiile acumulate în decursul timpului și verificate pe un vast material uman. Spre exemplu, vechii egipteni, prin utilizarea pulberii rezultate din uscarea frunzelor plantei *ammi majus linn*, obțineau bune rezultate în tratamentul depigmentărilor inestetice cunoscute ulterior sub denumirea de vitiligo. Studiile farmacologice moderne au demonstrat în această plantă existența amoidinei și amidinei, substanțe fotosensibilizatoare utilizate azi în corectarea acromiilor.

Antichitatea egipteană, chineză și caldeană a influențat prin numeroase cunoștințe medicale principiile fundamentale ale școlii hipocratice de la Cos, care în urmă cu 2400 de ani de la inaugurarea observației bolnavului, fundamenta în medicină concepția materialistă, considerând că boala de piele reprezintă o îmbolnăvire a întregului organism ca expresie a revărsării umorilor patologice în tegumente. Denumiri ca lepră, prurigo, scabie, lichen, favus, erizipel dăinuiesc și azi în urma confruntării cu realitatea pe care o constituie bolnavul și suferința lui, ele nefiind simple speculații de terminologie.

Școala romană prin Celsus, Galenus și Actius îmbogățește terminologia dermatologică cu noțiunile de clavus, condiloame, verucă, furuncul, psoriazis, iar școala arabă prin Avicena, pe lângă interpretarea materialistă a manifestărilor cutanate, se ocupă și de studiul bolilor parazitare ale părului.

După o lungă perioadă de obscurantism, ignoranța și superstiția au fost înlocuite prin cercetare și experiment. Astfel apare în dermatologie prima clasificare a dermatozelor pe baza principiilor lui Linné din botanică.

Literatura medicală cu conținut dermatologic își face apariția cu mult înainte ca dermatologia să fi devenit o specialitate propriu-zisă. Prima lucrare care descrie sifilisul ca boală contagioasă apare în 1497, precizând că „acest virus al prostituției va infecta în curând totul universul”. În 1557 „De morbo gallico” aduce date asupra morfologiei șancrului primar, în timp ce Girolamo Fracastore, poet, astronom și filozof, ne oferă cu ocazia unei poezii un termen ce își va pune amprenta peste decenii. Și astfel, păstorul Syphilus, pedepsit de Apollo cu o boală grea pentru nesupunere, transmite generațiilor viitoare coșmarul îmbolnăvirii veneriene. În 1572, datorită medicului venețian Hieronymus Mercurialis, apare prima scriere dermatologică „De Morbis Cutaneis”.

În timpul lui Shakespeare, William Clowes, socotit ca cel mai mare chirurg al epocii elisabetane și devenit specialist în tratamentul plăgilor de război, publică în 1576 o carte asupra terapiei sifilisului, iar ceva mai târziu o descriere

detaliată asupra curei mercuriale. Aplicarea percutană a acestei medicații a reprezentat atunci prima modalitate de administrare a unui medicament pe această cale atât în sifilis, cât și în alte afecțiuni cu caracter general.

Din văile Gangelui și Nilului, locul de origine al leprei, această boală trece în decursul secolelor din Grecia, Italia și Spania, interesate în primul moment, apoi se extinde cu caracter epidemic în Franța, Germania și Ungaria, de unde apare și la noi, după cum reiese dintr-un pitac al lui Vodă Caragea în care se poruncea „să elibereze la mâna doctorului Samurcaș din cutia milostiveniilor câte 20 de taleri pe lună pentru hrana fiecăruia dintre cei doi pățimași de Lof (lepră), boală care n-are leac și care fiind foarte lipicioasă, pățimașii urmează să fie osebiți, ca să nu aibă chinovie cu nimenea”.

Existența unei boli de piele – lepra – a condiționat apariția unor așezăminte de izolare și îngrijire, embrionul spitalului de mai târziu, iar o boală venerică – sifilisul – a dat naștere în secolul al XVI-lea spitalului modern, în timp ce tratamentul noului flagel prin unguent mercurial a dus la apariția personalului de îngrijire stabil și a unei supravegheri medicale permanente. După cum am văzut, afecțiunile dermato-venerologice au contribuit la dezvoltarea spitalelor, dar independența secțiilor de dermatologie și a clinicilor de specialitate apare numai în 1850, când la Viena ia ființă prima catedră de dermatologie sub conducerea lui Hans Hebra.

În țara noastră, în urma eforturilor lui Carol Davila și Jacob Felix, facultatea de medicină își deschide porțile la București în 22 noiembrie 1859 și prima prelegere de dermatologie a fost ținută de profesorul Marcovici, fondatorul clinicii medicale. Catedra de specialitate dermatologică a luat ființă numai în 1893, fiind ilustrată de prof. Petrini-Galați, de numele căruia este legată știința bolilor de piele și primul tratat de histologie în limba română, fiind în același timp și întemeietorul învățământului histologic de la noi. La începutul medicinei, în țara noastră multe afecțiuni dermatologice au fost cercetate și de specialiști ai altor domenii medicale, dar în contingentă directă cu dermatologia. Figura cea mai luminoasă a fost Victor Babeș, cercetător pasionat al leprei, sifilisului și îndeosebi al pelagrei. După ce a demonstrat că la baza afecțiunii stă mizeria socială a țăranimii, el recomandă leac al prevenirii și lichidării pelagrei „împroprietărirea țăranilor”. Cercetările marelui nostru savant Gheorghe Marinescu asupra sifilisului sistemului nervos a dus la descoperirea spirochetei palida în creierul bolnavilor cu paralizie generală progresivă, descoperire făcută în paralel cu a japonezului Noguchi.

Totalitatea cunoștințelor dobândite până atunci în specialitatea noastră s-a materializat în 1900 prin apariția în patru volume a unui „Tratat de Dermatologie” sub direcția lui Besnier și Brocq, marcând o dată de magnifică renaștere în istoria dermatologiei.

La începutul secolului al XX-lea, când principalele direcții de dezvoltare începute în mijlocul veacului al XIX-lea se îndreptau spre descoperirea agenților patogeni, căutându-se cu febrilitate etiologia bolilor, o echipă formată dintr-un dermatolog, un zoolog și un bacteriolog îmbogățește știința medicală cu o descoperire epocală, prin identificarea spirochetei sifilisului, maladie în numele căreia au căzut multe victime.

Cu toate acestea, dermato-venerologia nu este citată printre specialitățile socotite cu vechi tradiții, deși manifestările cutanate, prin faptul că sunt ușor accesibile observației noastre, au stat la baza descrierii a numeroase afecțiuni care astăzi compun specialități cu așa-zisă tradiție. Faciesul cloroticilor, colorația gălbuie a ictericilor, eflorescențele bolilor contagioase, formațiunile tumorale metastatice ale cancerului visceral, erupțiile purpurice care au atras atenția asupra tulburărilor vasculo-sanguine, sau edemele cardio-nefriticilor sunt numai câteva aspecte de importanței simptomului cutanat, care a incitat la cercetarea cauzei și a reprezentat un adevărat semnal de alarmă ce atrăgea atenția precoce sau tardivă că în organism are loc un proces morbid visceral sau de sistem.

Organul cutanat atât de complex sub aparența sa simplă este într-o relație reciprocă cu toate organele și sistemele. Între piele și sistemul nervos există o legătură embriogenetică care continuă să se păstreze și în timpul

vieții individului, pielea reprezentând, după cum spune Pillsbury, „granița externă a egoului nostru”. O serie de stări psihice cu rezonanță intim sufletești se reflectă la nivelul tegumentelor, iar numeroși factori traumatici psihici participă la declanșarea unor afecțiuni dermatologice. Această unitate funcțională dintre somatic și psihic cu răsunet asupra stărilor de sănătate și boală reprezintă aspecte care nu scapă nici chiar unui profan.

Numeroase aforisme, proverbe sau expresii consacrate au pecetluit pe baza probei timpului stabilitatea acestor corelații. „I s-a făcut părul măciucă de spaimă”, „L-am făcut lac de sudoare”, „N-aș vrea să fiu în pielea lui”, „Mi s-a băgat sub piele” sau „Are pielea groasă” traduc diferite structuri sau stări sufletești, grad de educație sau comportament în relațiile sociale.

Pastinzky a analizat originea și conținutul a cca 350 de proverbe cu caracter dermatologic și a găsit existența lor în zicalele tuturor popoarelor.

Dacă pentru omul obișnuit prezența simptomului cutanat constituie numai un element banal, el capătă o altă valoare pentru un observator fin, care poate aprecia și legăturile lui de cauzalitate. Goethe, în timpul unei călătorii în Tirol, își notează diferite observațiuni asupra climei, mediului social, hranei și în special despre aspectul brun-palid al copiilor și femeilor, remarcând că aceste manifestări sunt determinate de o alimentație monotonă. Aceste date

servesc mai târziu lui Riehl, dermatolog în secolului al XX-lea, să identifice pe baza notițelor poetului pelagra la populația Tirolului de Sud.

Trecutul medicinei atribuie interniștilor calitatea de a face diagnosticul, iar pe baza considerentului că pentru precizarea unei boli de piele sunt necesare numai elementele de suprafață ușor de înregistrat, dermatologii elaborează epignosticul. De fapt, se citează cum persoane fără o calificare superioară, dar beneficiari ai unei îndelungate munci într-un serviciu, căpătau capacitatea de a se orienta deseori spre un diagnostic corect. Exemplu, un felcer la Saint Louis.

În dermatologie, acest diagnostic la prima vedere necesită în fond o mare experiență clinică, o bază largă de cunoștințe care să permită medicului de a elimina diverse tablouri clinice, unele foarte asemănătoare între ele, și un raționament logic de rapiditate. Dermatologul trebuie să elaboreze un diagnostic pe baza unor asocieri vizuale care se suprapun pe zeci și sute de imagini pe care le are prezente și din care mintea sa extrage selectiv ceea ce îl va interesa. Caracterele zise pregnante sunt atât de discrete uneori încât problema diagnosticului sigur pretinde în primul rând talent. În fața celor 450 de afecțiuni cu peste 1.500 de variante, tendința de a indica un tratament fără a avea un diagnostic nu înseamnă a face dermatologie.

Nu de mult am avut ocazia de a consulta o bolnavă care suferea de un prurit chinuitor ce data de aproximativ două luni și căreia i s-au aplicat diferite tratamente ce vizau un sindrom alergic. Din examinările de laborator indicate nu lipseau colesterolemia, lipemia și electroforegrama. La examenul clinic am fost frapat de prezența unor leziuni de grataj localizate pe spate ce se înmulțeau spre umeri, iar la ceafă se găseau în plus elemente eritemato-edematoase care-mi sugerau prezența în apropiere a cauzei declanșante. Și într-adevăr paraziții cu ouăle lor au fost edificatori.

Pielea și mucoasele nu mai pot fi considerate azi cortina separatoare dintre organism și lumea exterioară, deoarece s-a dovedit că ele sunt dotate cu multiple funcții ale metabolismului, pielea este marele receptor pentru multitudinea de senzații și percepții, are rol endocrin și imunobiologic care conferă prin capacitatea sa de ezofilaxie protecția organelor interne.

Dezvoltarea modernă a metodelor de laborator a contribuit la reluarea unor legături mult mai strânse decât în trecut între dermatologie și medicina internă, întărind în același timp și poziția disciplinei noastre.

Dermatologului modern îi este necesară experiența altor specialiști, după cum nici acestora nu le pot fi indiferente realizările obținute în cercetarea patologiei cutanate și marea valoare diagnostică a simptomului cutanat. Putem oare vorbi că sclerodermia, lupusul eritematos diseminat,



reticulozele, leziunile precanceroase, bolile iatrogene sunt apanajul unei singure specialități? În consecință, egoismul propriu fiecărui specialist nu trebuie să excludă noțiunea de strânsă colaborare.

Dermatologul nu poate dovedi totdeauna matematic partea de contribuție pe care specialitatea sa o aduce în descoperirea metodelor sau a aparatelor medicale. Aplicarea unei metode generale la o specialitate cere de multe ori tot atâta originalitate ca și în cazul unei descoperiri inițiale. Am putea spune că dacă trebuie să fim recunoscători celui care a descoperit culorile în pictură, tot în fața celor care au știut să le utilizeze trebuie să ne închinăm.

În urma perfecționării tehnicilor de investigație în diferite domenii, s-au obținut progrese substanțiale în cunoașterea etiopatogeniei unor dermatoze. În mod deosebit s-a impus în cercetarea structurii pielii microscopul electronic, microscopul cu fluorescență, cu contrast de fază, enzimologia și în ultimul timp histochimia și autoradiografia.

Ultrastructura epidermului nu a putut fi studiată decât după ce Palade a descoperit fixatorul adecvat și când s-au realizat posibilități de secționare ultrasubțire de 200 Å. În acest mod s-au descris organele celulelor epidermice, s-a precizat structura melanocitelor și s-au îmbogățit datele de infrastructură ale straturilor pielii.

Dintre procesele fundamentale cercetate prin microscopie electronoptică, melanogeneza a beneficiat până în

prezent de noi date capabile să elucideze în parte mecanismul ei. Activitatea tirozinazică a melanocitelor prin marcarea tirozinei cu carbon 14 a deschis perspective de diagnostic diferențial între melanoamele maligne cu radioactivitate crescută și absența în tumorile nevice benigne. Tot în dermatologia oncologică asistăm azi pe plan terapeutic la utilizarea unui gen de rază luminoasă foarte concentrată cu acțiune selectivă pe obiecte sau celule colorate și opace la lumină – Laserul. În virtutea acestei observații avem explicația de ce tumorile melanice sunt sensibile la acțiunea lui distrugătoare și de ce trebuie creată sensibilizarea artificială a țesutului tumoral plin coloranți așa cum au demonstrat dermatologii americani.

Unele metode dermatologice, după ce au cunoscut remarcabile succese în tratamentul afecțiunilor cutanate, s-au impus și în cadrul altor specialități. Criocauterul lui Lortat Jacob se utilizează azi în stomatologie și a câștigat teren în unele afecțiuni oftalmologice, printre care cataracta, keratita hepatică și dezlipirea de retină beneficiază substanțial.

Pielea este un excelent organ experimental, accesibil în înțelegerea multor probleme de imunologie, biochimie, farmacologie, fiziologie și toxicologie, care sunt legate de existența reacțiilor cutanate.

Dintre toate mecanismele patogenice care domină dermatologia, alergiile se situează azi pe primul plan și se

întrezărește că în viitor progresul industrial va contribui la creșterea afecțiunilor produse prin acest mecanism, în cercetarea căruia medicul va trebui să găsească metode cât mai fidele pentru punerea în evidență a alergenului responsabil. Amintind cercetările care au condus la apariția numeroaselor tehnici de laborator prin care fenomenul alergic a fost studiat plecând de la intestin de maimuță ca organ de șoc pentru a ajunge la precizarea antigenului pe culturi de limfocite, ne dăm seama de sprijinul pe care laboratorul îl poate aduce incertitudinilor clinice.

Mult dezbătutul capitol al infecției sifilitice părea de mult încheiat, cel puțin sub raportul evoluției clinice și al aportului pe care penicilina l-a adus în vindecarea afecțiunii. Din nefericire însă, creșterea morbidității observată în ultimii ani și variatele aspecte clinico-epidemiologice au venit să demonstreze că afecțiunea își păstrează încă un potențial important, necesitând noi investigații și cercetări pentru a explica persistența reacțiilor pozitive în unele cazuri de sifilis tratate intensiv. Studiile lui Collart făcute pe animale de experiență și apoi pe oameni ajung la concluzia că atunci când tratamentul se aplică tardiv, spirochetele nu mai pot fi distruse în totalitate, ele rămânând cantonate în ganglioni în stare de comensualitate cu organismul bolnavului. Existența treponemelor viabile cu păstrarea antigenității explică persistența anticorpilor în serul sanguin și implicit pozitivitatea reacțiilor.

Dermatologul participă și se interesează în mod activ de aparatele imaginate în domeniul construcțiilor biomedicale, pentru că în afara unor măsurători precise se oferă noi idei pentru noi investigații. El este interesat în fotomicrografia pielii pentru a stabili relația tegumentului cu fenomenele de absorbție, reflexie și transmisie a variatelor lungimi de undă, în cunoașterea aparatelor pentru măsurarea rezistenței electrice cutanate sau în electrospectrofotometrie pentru analizele în culori. Termografia își face intrarea pe scena explorărilor biofizice medicale bazată pe principiul că toate corpurile sunt surse de emisie de raze infraroșii. Cu alte cuvinte s-ar putea spune că noi trăim într-o veritabilă baie de infraroșii.

Dermatologia în țările dezvoltate recunoaște în profilaxie metoda cea mai adecvată de luptă împotriva apariției bolilor cu extindere în masă și aplicarea acestui principiu a determinat o marcată reducere a morbidității prin micoză, piodermite, tuberculoze cutanate și boli venerice. Unii dermatologi nu-și mai amintesc cu plăcere despre importanța istorică a sifilisului, deși cuvintele lui Fournier rămân valabile mai ales acum, în stadiul actual al recrudescenței. Cu ocazia oricărui diagnostic mai dificil și mai bizar, spunea el, să ne gândim totdeauna la pluripotentul sifilis. O profesiune medicală poate oferi rezolvări impresionante unui individ sau unui grup izolat prin tratarea unor afecțiuni particulare, însă atunci când de la ea beneficiază majoritatea

omenirii, caracterul ei devine profund social, aspect care nu poate fi tăgăduit specialității noastre.

În unele țări, în ultimii ani s-a manifestat teama unor dermatologi care considerau că pierderea bolilor venerice va afecta și existența dermatologiei ca specialitate. Pentru noi, lichidarea acestor afecțiuni reprezintă suprema satisfacție și sensul eforturilor depuse, iar în plus ni se oferă un vast câmp de cercetare pentru numeroasele dermatoze cu etiologie încă neprecizate, cât și pentru aprofundarea mecanismelor intime de apariție.

Am văzut până acum drumul parcurs de dermatologi în ultimul veac, cu numeroasele ei contribuții și preocupări și cu aportul pe care l-a adus la patrimoniul științei medicale.

Este logic să ne întrebăm dacă în istoria medicinei se găsesc exemple prin care putem dovedi că studiul unei leziuni cutanate a condus la descoperiri de interes general. Nu este un secret pentru nimeni că dermatologia a făcut să progreseze patologia și virusologia plecând de la furuncul și pustula carbonoasă din care au fost identificați stafilococul și bacteridia. Atât la originea vaccinării jenneriene și în general ca punct de plecare al tuturor vaccinărilor, transmisibilitatea pustulei vaccinale a stat la baza metodelor de profilaxie. La începutul acestui secol, Borel a emis ideea originii virale a cancerului prin analogie cu procesele de proliferare celulară care se observă în cursul diverselor viroze cutanate ca moluscum contagios, vaccină etc. Cancerizarea

experimentală s-a născut în urma observațiilor lui Percival Pott în 1775, făcute asupra cancerului hornarilor, când a stabilit rolul cancerigen al funinginei. Efectele badijonărilor cu gudron la nivelul tegumentelor au determinat pe autorii japonezi să fundamenteze în 1917 baza tehnicii de utilizare în producerea și studiul cancerului la animalele de experiență.

Este demnă de amintit descoperirea anticorpilor anti-nucleari prin punerea în evidență a celulelor lui Hargreaves, cât și descoperirea factorului Haserick în lupusul eritematos acut. În mod deosebit să nu uităm rolul pe care l-a jucat cito-diagnosticul dermatozelor buloase imaginat de dermatologul A. Tzanck în diagnosticul cancerului de col uterin sau al neoplaziilor gastrice, bronșice și vezicale.

Această listă poate continua și e probabil prea lungă ca să nu conțină erori și în același timp prea scurtă din cauza metodelor noastre de diagnostic încă insuficiente și neadecvate. Putem conchide că toate exemplele pe care le avem în problema raporturilor corelative dintre piele și restul organismului desprind faptul că pielea este o țară pașnică, mult mai frecvent invadată decât ea însăși să fie socotită agresivă.

Profesia medicală cunoaște în toate domeniile exemple de bărbăție și sacrificiu pentru cercetarea științifică, mergând la oferirea persoanei ca obiect de experimentare. Pe lângă cercetătorii care s-au ocupat cu studiul leprei, nu puțini au fost aceia care au acceptat să fie inoculați cu

diferite produse leproase cu mult înainte ca Hergard Armauer Hansen să fi descoperit bacilul leprei în 1870.

Este importantă inocularea medicului șef al primei leprozerii din Norvegia, Cornelius Danielssen, prin 1844, cât și a salariaților acestui spital, cu fragmente de piele de la leproși în scopul de a se studia modul de contagiune și clinica acestei boli.

După descoperirea agentului patogen, deoarece inoculările pe animale nu izbuteau, Giuseppe Profeta, profesor pentru bolile de piele la Palermo și Genova, împreună cu doi colaboratori și-au injectat bacilii leprei pentru a reproduce infecția umană.

Nici bolile venerice nu au rămas fără ecou în inimile medicilor care doreau să elucideze dacă blenoragia, șancrul moale și sifilisul erau simptomele unei singure afecțiuni, așa cum s-a crezut mult timp, sau de fapt trei boli diferite cu aceeași posibilitate de transmitere veneriană.

Pe câmpul de luptă al dermatologiei s-a plătit un scump tribut cercetării științifice și printre cei căzuți se numără celebrul chirurg englez John Hunter, care în 1767, din cauza unei întâmplări nefericite, a frânat dezvoltarea cunoștințelor asupra naturii bolilor venerice. El și-a inoculat în prepuț secreția uretrală de la un bolnav presupus cu uretrită gonococică, care în realitate prezenta un sifilis primar al meatului ureteral și căruia după incubația clasică i-a apărut o leziune erozivă infiltrată dură, caracteristică pentru

sifilis, încetățenită mai târziu sub denumirea de șancru hunterian. Această experiență a făcut lumea medicală să creadă un timp îndelungat în unicitatea celor două maladii.

Benjamin Bell, Frantz Svediaur, Ricord, Erich Dack și alții prin tristele lor experiențe au depus mărturia unui înalt spirit de sacrificiu al medicilor.

Iată ce spune un scurt fragment din raportul Academiei Franceze cu data de 18 noiembrie 1851, referitor la medicul Lindemann, care și-a inoculat secreție dintr-o ulcerăție sifilitică din gâtul unui bolnav: „Era o priveliște impresionantă să vezi un bărbat tânăr cu o față frumoasă și calmă a cărui piele era acoperită în întregime de șancre fagedenice”. Acest nou Curtius s-a opus la orice tentativă de tratament și la remarca că poate va muri, a răspuns: „Cu atât mai bine, moartea mea va dovedi că învățătura despre sifilizare va împiedica alte nenorociri”.

Dacă acest spirit de sacrificiu în fața unei morți lente și groaznice nu este o supremă înălțare, care este atunci înălțarea?

Din numeroasele exemple de închinare a existenței pentru binele umanității amintesc experimentarea în scopul studierii eficienței unor metode de profilaxie pe care Mecinikov și Roux au făcut-o pe Paul Moesonneuve, descendent al unei cunoscute familii de medici francezi. Pe locurile inoculate cu spirochete s-a aplicat o pomadă mercurială și concomitent același produs a fost aplicat la diferite intervale



de timp pe 4 maimuțe ce reprezentau lotul martor. Astfel s-a dovedit profilaxia relativă a unguentului mercurial în sifilis.

Evocând acest trecut în care abnegația și jertfirea de sine a scris pagini nemuritoare în istoria dermatologiei, ne apare justă afirmația că medicul nu este chemat ca să adauge numai zile vieții, ci să lupte consecvent pentru a da viață zilelor, adică un conținut de existență cât mai umană.

\*  
\*       \*

În medicină, ca și în artă, drumul spre culmile realizării duce întotdeauna prin îndelungată ucenicie, pentru că n-a existat vreodată un geniu care să facă abstracție de cuceririle marilor înaintași.

Atât profesiunea medicală, cât și creația artistică presupune, pe lângă talent, un studiu îndelungat, o preocupare permanentă și aprofundată. Aceste două chemări au fost îmbinate armonios de către unii, alții nu le-au putut servi în aceeași măsură, stabilindu-se la una dintre ele. Marele sifiligraf Alfred Fournier a știut să satisfacă ambele deziderate și nu întâmplător a comparat perioadele evolutive ale sifilisului cu o tragedie în acte și antracte.

Dacă am dori să prezentăm iconografia istorică a dermatologului, acest lucru ar întâmpina multe greutăți, deoarece atributele prin care am putea descoperi în

persoana unui medic necunoscut pe un dermatolog nu sunt suficient de reprezentative. Înainte de Renaștere, în perioada artei portretistice anonime, reprezentarea unei anumite persoane sau profesii se făcea prin folosirea unor elemente caracteristice ușor de găsit atunci, deoarece nici profesiile nu erau prea multe. Medicul care se ocupa și de vindecarea bolilor de piele îl găsim printre chirurghi, cu lupa și spatulă de sticlă, înconjurat de tipice vase de unguente și pistile, fapt ce traducea și cunoștințele sale farmaceutice. În timpul Renașterii și după aceea, se putea recunoaște medicul doar prin fizionomia feței și a mâinilor, sesizarea specialității făcându-se cu multă dificultate. De aici rezultă că prezența reperelor profesionale în operele marilor maeștri, când erau actuale, nu se putea vorbi încă de existența dermatologiei, iar când dermatologia a apărut, atributele iconografice nu mai erau actuale.

Pielea omului sănătos îndeamnă pe artist să o picteze, să o modeleze, căci un relief muscular oricât ar fi de proporționat nu va reuși să trezească emoții artistice dacă este acoperit de o piele pătată, cu cicatrici dizgrațioase sau cu leziuni ulcerate. Esteticul nudului în pictură presupune un tegument curat, fin, suplu și atractiv, de o colorație rozată cu un turgor normal, pictorul exprimând în culoarea pielii starea lui sufletească sau expresia sentimentelor pe care le întrezărește în model. În perioada impresionismului, Renoir, mai mult decât alții, fermecat de coloritul pielii feminine în

care vedem pulsând sângele și toată lumina și căldura Sudului, a creat renumitul tip de frumusețe feminină cu ochi calzi și piele luminoasă.

Reprezentarea bolilor de piele în artă s-a bucurat de interes în toate perioadele istorice, ele constituind pentru artiști o modalitate de a crea tipuri caracteristice epocii. Tot ele au furnizat elementele satirice pentru reliefarea caracterelor omenești sau au marcat un eveniment devenit document pentru posteritate. Prin stigmatele păstrate pe pietrele funerare și numeroase fresce ne putem imagina azi ce a însemnat pentru acele timpuri existența leprei și a sifilisului. În biblioteca Mănăstirii de la Waldsassen, construită în secolului al XII-lea, au fost găsite numeroase reprezentări plastice de noduli lepromatoși, leziuni sifilitice terțiare sau tumori epiteliomatoase. Epidemia de variolă care a bântuit în acele timpuri este înfățișată în mod deosebit prin numeroasele cicatrici ce acoperă fețele personajilor. Răspândirea în masă a sifilisului a făcut ca și credincioșii cu boală „franțuzească” să găsească în Sfântul Minas un protector, aspect immortalizat în sculptura în lemn a lui Wolfgang Hammer din Nürnberg.

La noi, Biserica Domnească de la Argeș păstrează o pictură din secolului al XIX-lea care reprezintă vindecarea celor zece buboși și care în fond nu sunt decât cei zece leproși ce se pot observa pe vechea pictură acoperită de cea sus menționată.

Acneea rozacee și rinofima a atras atenția pictorilor și sculptorilor, iar operele lor le întâlnim la Luvru, la Prado din Madrid sau în vechea școală olandeză de la Amsterdam. Aceste nasuri borcănate au făcut obiectul sculpturilor în piatră de la Mănăstirea Sfântului Francisc din Dubrovnik, executate în secolului al XIV-lea. Celebra pânză „Bunicul” a lui Ghirlandaio are darul de a evidenția diformitatea acestei maladii, dar căldura și inteligența privirii pe care o revarsă asupra nepotului reușește să șteargă impresia inesteticului.

Nici statuile lui Michelangelo nu sunt lipsite de amprenta unei afecțiuni cu specific dermatologic, deoarece nodozitățile mâinilor amintesc pernițele fibromatoase, afecțiuni de natură ereditară.

Pruritul, cel mai chinuitor simptom dermatologic, ne apare într-o pânză a lui Murillo (1616-1682) în care subiectul luat dintr-o leprozerie prezintă în plus un favus care îl obligă la grataj. Acest simptom supărător a pătruns și în sculptură în operele lui Carl Milles (1875-1955), iar în prezent el este elementul de bază pentru arta fotografică ce deservește reclama medicației antipruriginoase.

Dorind de a evita greșeala comună a multor savanți sau artiști care găsesc că domeniul lor de activitate este dificil de a fi cultivat și-n același timp cel mai frumos din lume, trebuie să recunoaștem că dermatologia exercită asupra spiritelor curioase de natura lucrurilor o veritabilă atracție.

## **Actualitatea chirurgiei și perspectivele ei în următoarele 2-3 decenii**

O parte din aspectele pe care le voi expune sunt deja realități, altele sunt posibile pe baza fundamentului actual al cunoștințelor și al tehnicii, altele se întrezăresc numai. Dvs., mă adresez colegilor mai tineri, care veți activa în plină putere de muncă peste 20-30 de ani, veți fi martorii și veți putea confirma eventual aceste perspective minunate ale chirurgiei.

Știința nu se poate dezvolta fără scrutarea viitorului, fără visuri. Visul precede inevitabil ipoteza, dar numai experimentul științific poate transforma ipoteza într-o teorie științifică. Chiar „visele neînfăptuite” au valoare, spune A.N. Nezmeianov, „ele pot fi asemuite cu niște jaloane întrevăzute de oamenii de știință pe drumul viitorului și pot deveni puncte de reper pentru cei ce urmează acest drum. Tineretul trebuie să învețe să viseze și să-și înfăptuiască visele”.

\*

Medicina și chirurgia sunt tot atât de vechi ca și istoria umanității. Din timpurile cele mai îndepărtate omul a simțit imboldul să aline suferințele semenilor săi. Îngrijirea răniților și asistarea lehzurilor este cea mai veche formă de medicină, practică de ja de omul grotelor. Apoi medicina se dezvoltă paralel cu dezvoltarea societății omenești și în strânsă dependență cu ea. Chirurgia, ramura principală a medicinei, strălucește în perioada Antichității prin școlile din Cos, Alexandria, Roma (Hipocrate, Celsius, Gallen). Pre luat în Evul Mediu de arabi (Rassis, Abulkasim, Avicena) și în parte dezvoltată, chirurgia decade în Evul Mediu atât în apusul, cât și în răsăritul Europei. Religia supune medicina dogmelor canonice, care stânjeneau și interziceau cercetările științifice (disecția, autopsia), împiedicând prin aceasta dezvoltarea medicinei și mai ales a chirurgiei. Posesori ai cunoștințelor medicale și practicieni erau în primul rând preoții, care erau numai în mod secundar interesați în medicină. Învățământul laic, inaugurat la universitatea din Salerno în secolului al IX-lea, reprezintă prima mare școală de medicină din Evul Mediu. Apoi s-au dezvoltat în secolele XII-XV universitățile din Padua și Bologna în Italia, iar în Franța universitatea din Montpellier.

Progresele în artă și știința medicală din timpul Evului Mediu pot fi astfel rezumate: în primul rând înființarea

învățământului laic și despărțirea medicinei de biserică, în al doilea rând, odată cu sfârșitul Evului Mediu, desființarea opreliștii bisericii asupra investigațiilor științifice în medicină.

Suflul înviorător și proaspăt al Renașterii s-a făcut simțit în medicină și chirurgie. Cercetările de anatomie conferă o bază științifică solidă dezvoltării chirurgiei. O piedică însă frânează dezvoltarea ei. Încă de la sfârșitul Evului Mediu s-a dezvoltat tendința de a trece responsabilitatea actului chirurgical din mâna medicilor, cum a fost în școala greacă și cea de la Salerno, în mâna bărbierilor incuți. Aceștia erau uneori foarte buni meseriași, dar în orice caz nu puteau asigura progresul chirurgiei. De fapt nu exista o separație netă între chirurgii adevărați și pseudochirurgii bărbieri. De aici acea neîncredere care mergea uneori până la dispreț, a medicilor pentru chirurgi. De altfel, a fost o vreme îndelungată când chirurgul și predecesorul lui, bărbierul, au fost sfătuiți de medic unde și când să opereze. Aceasta și pentru faptul real că chirurgul a fost lipsit de cunoștințe sau le-a posedat într-un grad foarte redus. Atât timp cât partea cea mai mare a muncii chirurgicale a fost înfăptuită de această tagmă de semiignoranți, progresul a fost foarte mic. Dar treptat, cu pași mărunți pe un drum nu totdeauna neted, evoluția gradată a chirurgiei a situat-o în cele din urmă între disciplinele medicale cu drepturi depline, deși între oameni și medici a persistat multă vreme concepția, numai în parte justificată, că cel ce lucrează cu

măinile are mai puțin timp pentru gândire, este deci mai puțin intelectual. Această etapă a fost însă desigur depășită.

Deși teoretic și practic chirurgia și-a recâștigat poziția de cinste încă la sfârșitul sec. al XVII-lea, se consideră ca dată convențională a acestui eveniment anul 1731, când s-a înființat Academia Regală de Chirurgie din Paris.

Ceea ce caracterizează chirurgia marilor maeștri de la sfârșitul secolului al XVIII-lea și din prima jumătate a secolului trecut este faptul că la baza ei stă anatomia. Toți marii chirurghi din trecut erau în primul rând anomiști. Fără cunoașterea aprofundată și amănunțită a anatomiei nu putea fi conceput niciun act chirurgical.

Cu toate cunoștințele anatomice dezvoltate, chirurgia până în mijlocul secolului trecut se adresa exclusiv membrilor. Nu erau încă realizate condițiile care să permită abordarea viscerelor din cavitățile corpului. Francezii numeau chirurgia, pentru această rațiune, patologie externă sau medicină externă, spre deosebire de medicina internă, care se ocupa de patologia viscerelor.

Chirurgii de la începutul secolului al XIX-lea, lipsiți de posibilitățile de anestezie și hemostază, trebuiau să acționeze rapid, ca pierderea de sânge să fie cât mai redusă, faza dureroasă a actului operator cât mai scurtă. Ne putem face o idee de virtuozitate tehnică a chirurgilor din acea epocă, dacă amintim activitatea lui Larey, chirurgul strălucit al războaielor napoleoniene, despre care se notează că în



crâncena bătălie de la Borodino din 1812 a făcut într-o zi peste 200 de amputații și dezarticulații.

În a doua jumătate a secolului al XIX-lea, datorită achizițiilor în anestezie, hemostază și bacteriologie, care rezolvă cele trei piedici de netrecut altădată: durerea, hemoragia și infecția, chirurgia ia o dezvoltare îndrăzneță și nemaîntâlnită. Aceste trei mari realizări și perfecționările lor continuă să constituie fundamentul chirurgiei zilelor noastre.

A trebuit să treacă milenii până omul să cunoască cauza pentru care unele plăgi se vindecau repede și bine, iar altele – marea majoritate – supurau. În toată această lungă perioadă, munca chirurgului, oricât de desăvârșit să fi fost el, a fost zădărnicită de inamicul necunoscut ce pândea din întuneric: infecția. Ce însemnătate avea infecția chiar cu 100 de ani mai înainte reiese din constatările lui Malgaigne, care spunea că în spitalele din Paris la acea epocă în decurs de 5 ani din 560 de operații au murit 300!, doar cu câțiva ani înainte de descoperirile lui Pasteur, care a pus bazele bacteriologiei și chirurgiei aseptice de azi.

Pasteur, creatorul bacteriologiei, dă o armă incomensurabilă în mâna chirurgilor. Rămâne celebră cuvântarea rostită de el în ședința din 30 aprilie 1878 a Academiei de Chirurgie. „Dacă aş avea cinstea să fiu chirurg, pătruns cum sunt de pericolul la care expun microbii răspândiți la suprafața tuturor obiectelor, mai ales în spitale, nu numai că m-aş servi de instrumente de o curăţenie perfectă, dar după

ce mi-aș curăți mâinile cu cea mai mare grijă, le-aș supune unei flambări rapide, care nu expune la un inconvenient mai mare decât cel pe care îl încearcă un fumător care trece un cărbune aprins dintr-o mână în alta; n-aș folosit decât pânză, bandaje, burete prealabil expuse la o temperatură de 130-150°, nu m-aș servi decât de apă fiartă la 110-120°.

Toate acestea sunt ușor de făcut. În felul acesta nu m-aș teme decât de germenii suspendați în aer în jurul patului bolnavului, dar observațiile zilnice ne arată că numărul acestora este insignifiant față de cei răspândiți în praf, la suprafața obiectelor și în apele comune cele mai limpezi”.

Contemporan cu Pasteur, chirurgul englez Lister elaborează teoria și practica antisepsiei.

Rezistența pe care o opuneau cercurile chirurgicale, achizițiile noi, ale antisepsiei și asepsiei, a căror valoare n-o înțelegeau, este ilustrată cel mai bine de exemplu lui Billroth, care nu a acceptat ideile lui Lister, din cauza cercetărilor sale asupra vindecării plăgilor (tratament deschis și pus laudabile) și care respinge părerea că bacteriile și cocii ar fi patogeni. Pentru o lungă perioadă de timp, el nu a permis în clinica sa folosirea antisepticilor. Este un exemplu clasic de dogmatism și lipsă de receptivitate la un om mare, ale cărui merite sunt incontestabile în alte domenii ale chirurgiei.

Lucrările epocale ale lui Pasteur și dezvoltarea rapidă a științei bacteriologiei au dovedit în cele din urmă valoarea

principiilor lui Lister și au arătat definitiv că infecția în chirurgie ține de introducerea microbilor din afară.

Istoria hemostazei și anesteziei nu este mai puțin interesantă. De prima problemă se leagă numele lui Heliodor, Gallen, Ambroie Paré, Pean și Kocher. Metodele pentru obținerea hemostazei au evoluat timp de mii de ani. Comprimarea și legarea vaselor sanguine e o metodă de neînlocuit pentru oprirea hemoragiei. De la instrumentele mecanice din ce în ce mai perfecționate până la agenții chimici purificați, folosiți pentru tratamentul sângerării difuze, sau utilizarea curenților negativi cu voltaj redus pentru oprirea hemoragiilor capilare, altfel incontrolabile, s-au făcut pași uriași. Valoarea penselor hemostatice nu poate fi estimată, ele asigură procedee care altfel nu ar fi posibile de executat, ele liniștesc pe operator. Încrederea căpătată de chirurg în posibilitatea de a stăpâni hemoragia îi conferă acestuia calmul care este atât de necesar pentru judecata clară și activitatea ordonată la masa de operație.

În introducerea și dezvoltarea anesteziei rămân înscrise nume ca Williamson, Crowford Long, William Morton, Horace Wells, James Simpson, iată numai câțiva pionieri în problemă.

În ultimii 30 de ani ai secolului al XIX-lea, chirurghi renumiți apar la toate popoarele, se dezvoltă școli chirurgicale, începe marșul triumfal și vertiginos al chirurgiei moderne, care își propune cele mai îndrăznețe obiective. Se dezvoltă

treptat, mai întâi, chirurgia viscerelor abdominale, chirurgia gastrică, inițiată de Pean și Billroth, apoi chirurgia căilor biliare, a intestinului subțire și gros, a uterului și anexelor. Dacă trecem în revistă experiența acestei perioade scurte, cu greu vom putea găsi un procedeu de exereză cunoscut, care să nu fi fost încercat de chirurghi înaintea secolului al XX-lea. Arta a fost încă baza chirurgiei, dar știința înaintea. Un grup de maeștri chirurghi a fost promotorul acestei ere, dar numărul chirurgilor cu experiență era destul de redus și niciunul nu a avut concepția modernă despre activitatea chirurgicală în echipă. Multe procedee operatorii – reluate astăzi cu succes – concepute de imaginația unor oameni întreprinzători, au fost abandonate din cauza procentului mare de mortalitate, din lipsa unei anestezii corespunzătoare, a unei terapii auxiliare și de suport adecvat. Totuși se progresa neîntrerupt.

Prima jumătate a secolului XX are câteva caracteristici în ceea ce privește progresul chirurgiei. În primul rând apariția metodelor noi de diagnostic în bolile chirurgicale cu ajutorul razelor X, apoi dezvoltarea metodei sigure de transfuzie de sânge, orientarea chirurghului către biologie și fiziopatologie, extinderea activității chirurgicale și asupra organelor din cavitatea toracică și craniană, în sfârșit, lărgirea și multiplicarea școlilor chirurgicale, apariția unui număr mare de chirurghi calificați.

Acest ultim fapt a avut mai multe consecințe: tratamentul chirurgical competent devine accesibil unui număr din ce în ce mai mare de bolnavi, prin aceasta experiența chirurgicală mondială crește rapid, se face cunoscută prin publicații periodice, scade substanțial morbiditatea și mortalitatea operatorie.

Ultimele două decenii ridică în fața chirurgilor, dar și în fața altor numeroase foruri, problema gravă și foarte actuală a accidentelor de tot felul, dar mai ales a accidentelor de circulație. Industrializarea intensă, înmulțirea mijloacelor de transport mecanice, au determinat Pe plan mondial o adevărată „epidemie traumatică”, patologia prin traumatisme tinzând să ocupe unul din primele locuri de morbiditate. În foarte multe țări, accidentele se situează pe locul al treilea al cauzelor de mortalitate după bolile cardiovasculare și cancer.

Accidentele omoară mai mulți tineri până la 25 de ani decât toate celelalte cauze de mortalitate reunite. O statistică OMS pe 553 de milioane de locuitori arată că între 15 și 50 de ani riscul de a muri printr-un accident e de 3 ori mai mare decât printr-o boală. Numai în Statele Unite ale Americii au fost în 1964 – 100.000 de morți prin accidente, din care 43.000 prin accidente rutiere, restul prin accidente de muncă, sport, înece etc. În același an accidentele de circulație au determinat în Franța 10.000 de decese, în Germania 14.000, în Italia 9800.

Această „epidemie traumatică” alături de celelalte numeroase capitole ale patologiei chirurgicale pretind din partea chirurgilor eforturi sporite, cooperare fructuoasă cu alte specialități în vederea găsirii de noi soluții chirurgicale în fața acestei patologii moderne.

Chirurgii au și vor avea un cuvânt greu de spus în această problemă în care sunt deopotrivă interesați: urbanștii, constructorii de autostrăzi și autovehicule, organizatorii de sănătate și alte foruri.

\*

Marile și rapidele progrese chirurgicale ale primei jumătăți a secolului nostru au ridicat enorm prestigiul chirurgiei în fața publicului. Bolnavii încep să privească cu încredere pe chirurg și actul chirurgical. Groaza de moarte față de operație se risipește treptat, rămânând o teamă, o rețineră, omențește înțeleasă. Venerat uneori, urmărit alteori de răzbunarea aparținătorilor, chirurgul tinde să devină figura centrală a personagiilor medicinei, în viață și în literatură. Niciun slujitor al medicinei nu are poziția chirurgului. Sunt particularități ce deosebesc specialitatea noastră de oricare alta. Care sunt acestea?

a) Munca manuală propriu-zisă; operații, pansamente, investigații specifice, care răpesc un mare volum de timp, uneori în dauna studiului, pe lângă faptul că epuizează fizic;

și totuși cât de mult trebuie să citească chirurgul ca să fie documentat în domenii atât de variate de cunoștințe. Chirurgii de altfel sunt recunoscuți în lumea medicală și nemedicală ca intelectuali înaintați, gânditori profunzi, scriitori talentați. Cu tot timpul lor limitat, în decursul istoriei, contribuția chirurgilor la îmbogățirea cunoștințelor noastre de anatomie, patologie, fiziologie și biologie a fost așa de însemnată, încât a constituit o revendicare la realizările specialiștilor din aceste domenii de bază ale medicinei.

b) Altă caracteristică a chirurgului este răspunderea personală pentru actul operator (fie că este debutant sau profesor), căci acesta este sensul activității sale și rațiunea de a fi chirurg. Cu totul diferit se prezintă situația la alte specialități. La medicina internă de pildă – fără să scădem cu nimic prestigiul bine meritat de care se bucură și la care subscriem – conținutul activității constă în vizita care este însoțită de examinarea bolnavilor și eventualele investigații (în cea mai mare parte făcute în alte servicii) în scopul diagnosticului. Aici procesul de diagnostic se împarte în cadrul unei lungi filiere (de la extern la profesor), în care uneori este destul de greu de scos în evidență contribuția fiecăruia. De aici responsabilitatea pentru fiecare în parte, ca și satisfacția diagnosticului și a terapiei, care e mai mică poate ca în specialitatea noastră.

La chirurgie, actul operator îl execută în ultima instanță unul și numai el (sau aproape numai el) poartă grija,

răspunderea și când este cazul și satisfacția succesului. Este drept că noțiunea de echipă care se conturează din ce în ce mai mult în chirurgie – o achiziție de neasemuită importanță – despovărează pe fostul responsabil unic – chirurgul – de o serie de sarcini. Cu toate acestea, răspunderea și frământarea pe care ți-o pricinuieste operația n-au asemănare în altă specialitate medicală.

c) Practica a dovedit că anumite calități sunt indispensabile pentru a fi chirurg. Nu mă refer la calitățile superlative proprii ale unor oameni care au făcut gloria chirurgiei, mă refer la acele calități necesare marelui mase a chirurgilor, așa zice calități de rutină, fără de care specialitatea noastră nu poate fi practică în condiții acceptabile.

În primul rând, e necesar indiscutabil un oarecare talent, o minimă abilitate manuală cu care pornim și pe care trebuie să o dezvoltăm. „Primatul gândirii la chirurg nu trebuie nicidecum să însemneze subestimarea dexterității la operator.” (P. Brînzeu) Dar talentul nu este îndeajuns, e necesară o bază teoretică largă, continuu îmbogățită și îmbogățită cu noile achiziții, o receptivitate față de nou, trecută prin filtrul experienței personale, permanenta remanieră a metodelor învechite, ferirea de tipare închistate.

Chirurgul trebuie să fie îndrăzneț, dar totodată rezervat în luarea unei decizii să cântărească fiecare element. Este un adevăr că un chirurg bun e apreciat și pentru contraindicațiile rezonabile pe care a știut să le facă.



Chirurgul trebuie să fie prompt, să aibă inițiativă, să nu fie comod, să fie înzestrat cu răbdare și sânge rece. Să aprecieze lucid elogiile exagerate, ca și criticile și calomniile răuvoitoare. Să nu dezarmeze până în ultimul moment în fața cazurilor dificile. Să fie critic față de rezultatele sale, să fie onest în expunerea lor, să-și prezinte cu aceeași onestitate eșecurile, să-și fixeze în permanență noi obiective.

Pentru toate aceste motive, profesiunea de chirurg nu este ușoară, nu este comodă, nu este de invidiat. Ea cere, pe lângă calitățile amintite, pasiune și dăruire totală. Nu este de mirare constatarea că media de viață a chirurgilor este mai scăzută decât a altor categorii de populație, inclusiv a medicilor din alte specialități medicale. Frământările permanente, eforturile fizice, responsabilitatea morală și uneori juridică, continua solicitare favorizează afecțiunile cordului, ale sistemului nervos și altele.

Chiar ucenicia în chirurgie are și ea trăsături speciale. Dificultatea cazului și a intervenției, conjugarea eforturilor,, bucuria succesului cimentează unitatea maestru-elev mai mult decât în altă specialitate. Cultul maestrului e o tradiție binecunoscută în chirurgie, care, deasupra intereselor înguste și a unor antagonisme, a legat ca într-o familie generațiile diferite de chirurși. Pe drept cuvânt, noi, chirurșii din România ne considerăm strănepoții spirituali ai lui Toma Ionescu, nepoții lui Iacobovici, fiii maeștrilor noștri.

\*

Permiteți-mi ca după această scurtă incursiune în istoria chirurgiei, să intru în actualitatea și perspectivele ei de dezvoltare.

În ultimii 20-30 de ani, ritmul de dezvoltare a științei și a tehnicii a căpătat proporții cu totul uriașe, fără precedent, și e greu de imaginat viteza amețitoare cu care se vor dezvolta în continuare posibilitățile supunerii de către om forțelor naturii. Această situație va crea o bază tehnico-științifică reală pentru înfăptuirea oricărei trepte de prosperitate a tuturor oamenilor de pe pământ. Fără îndoială, orânduirea socială existentă în fiecare țară va favoriza sau va frâna acest proces obiectiv.

Medicina a profitat întotdeauna de pe urma științelor pozitive în general, și mai ales de pe urma chimiei și a fizicii.

Ca în orice specialitate medicală, revoluția tehnico-științifică s-a reflectat și în chirurgie din plin. Avem chiar impresia că în puține specialități medicale s-au obținut succese atât de însemnate și de reale ca în chirurgie. Azi nu mai există niciun organ al corpului omenesc, cât de ascuns, de delicat sau vital care să nu fi fost atacat prin mijloace chirurgicale în scopul vindecării unei maladii sau alteia.

Progresele remarcabile ale chirurgiei din ultimele 2-3 decenii se reazemă pe achizițiile disciplinelor fundamentale. Nu există disciplină fundamentală care să nu fi contribuit

într-o măsură mai mare sau mai mică la saltul realizat de chirurgie.

Privită din acest unghi de vedere – al contribuției multilaterale a altor științe, definiția dată de Ambroise Paré chirurgiei în 1575, ca „prima parte a medicinei, care prin operație manuală vindecă bolnavii”, definiție rămasă celebră și fără rival prin simplitatea sa, este cu totul depășită. „Sub influența progreselor altor științe – spune Saegesser – chirurgia s-a schimbat mai rapid în ultimii 30 de ani decât în miile de ani precedenți”.

Procedeele pur manuale se dovedesc insuficiente, căci astăzi o parte a intervențiilor chirurgicale se fac cu ajutorul oxigenatoarelor artificiale, pompei pentru a înlocui inima, aparatelor electronice de control, stimuletoarelor electromagnetice etc. Și dacă rămâne valabil faptul despre care am vorbit, că o oarecare abilitate manuală este necesară, chiar indispensabilă în chirurgie, ea singură e cu totul insuficientă, e aproape secundară.

Contribuții deosebit de substanțiale au adus: fiziologia, fiziopatologia, biochimia, biofizica, biologia, medicina experimentală și chiar mecanica. În anii imediat următori, aplicarea geneticii și imunologiei va căpăta o importanță crescândă și poate chiar decisivă. Chirurgul trebuie să fie orientat în toate; orizontul, cunoștințele, modul lui de gândire sunt cu totul altceva decât ale chirurgului de la începutul secolului.

Momentul decisiv al progresului chirurgical modern atât de extraordinar și de rapid a fost acela în care științele menționate, alături de electronică și matematică, și-au căpătat curățenia, uneori prioritatea în sălile de diagnostic și operație, și au asigurat securitatea operațiilor.

Discipline fundamentale considerate că și-au epuizat aportul în progresul chirurgiei s-au dovedit în realitate că posedă încă numeroase surse de dezvoltare și progres pentru chirurgie. Este vorba de anatomia patologică și de bacteriologie. Chiar și în anatomie, deși a devenit o modă de a o dezaproba, trebuie să recunoaștem că multe avantaje tehnice vor continua să vină de la observațiile despre macrostructură sau reinterpretarea unor fapte cunoscute anterior. Astfel, cunoștințele noi cu privire la anatomia segmentară a ficatului, plămânului, rinichiului au fost hotărâtoare în elaborarea tehnicilor operatorii moderne de exereză reglată a acestor organe. Limitele celor mai fertile imaginații chirurgicale au fost depășite în decada prezentă, după cum ne demonstrează protocoalele operatorii. Care sunt aceste contribuții care au permis chirurgiei să-și extindă atât de mult domeniul după marele impuls din a doua jumătate a sec. al XIX-lea pe care l-au dat descoperirile lui Long, Morton, Lister și Pasteur?

Contribuțiile disciplinelor fundamentale și a revoluției tehnico-științifice în progresul chirurgiei moderne se poate

concretiza în câțiva factori principali, am putea spune hotărâtori.

1. Aprofundarea și lărgirea cunoștințelor asupra bolilor chirurgicale – contribuție esențială a fiziopatologiei, a patologiei celulare, a biochimiei.

2. Investigația pre- și peroperatorie de mare precizie prin culegerea unor date obiective cantitative pe baza unei aparaturi complexe și creșterea totodată a tehnicității operațiilor.

3. Anestezia modernă cu intubația oro-traheală, bazată pe cuceririle biochimiei și farmacologiei.

4. Reanimarea modernă, bazată pe criterii științifice, incluzând dezvoltarea metodelor sigure de transfuzie de sânge.

Stuart Welch socotește că descoperirea de către Landsteiner a grupelor de sânge în 1900 – și care de altfel i-a adus premiul Nobel – a fost cea mai importantă contribuție pentru chirurgie în secolul nostru.

5. Antibioticele, cu o gamă nesfârșită de produse, care nu sunt lipsite și de dezavantaje.

6. Cibernetice, creație minunată a geniului omenesc.

7. Factorul organizatoric reprezentat prin echipa complexă de la anestezist la inginer electronist în care chirurgul are poziția șefului de orchestră, cum foarte plastic a prezentat-o André Sicard, „șeful nu poate suplini pe niciunul din membrii orchestrei, iar orchestra nu poate cânta fără

dirijor”. „Munca de echipă se poate obține când șeful de echipă cunoaște secretul dezvoltării spiritului de colaborare și-l cultivă, știind să combată izolarea în care unii specialiști sau ultraspecialiști tind să se mențină.” (Th. Burghele)

Ordinea prezentării acestor factori nu reprezintă și ordinea importanței sau apariției lor istorice. Acești factori se întrepătrund și se intercondiționează, potențându-se reciproc. Aceste premise extraordinare ale progresului chirurgical modern au stimulat uneori exagerat îndrăzneala unor chirurghi. La adăpostul lor (anestezia, reanimare, antibiotice etc.) s-au realizat performanțe de exereză operatorie uimitoare – operații supra-radicale în special pentru cancer – de pildă vidarea etajului supramezocolic, cu păstrarea numai a ficatului, pelvectomii sau chiar hemi-corporectomia (îndepărtarea jumătății inferioare a corpului uman). Operațiile acestea criticate de majoritatea lumii chirurgicale arată posibilitățile nelimitate pe care le oferă reanimarea și tehnica chirurgicală actuală, dar în același timp e o dovadă de neînțelegere din partea chirurgului a proceselor biologice și fiziopatologice, căci rezultatul îndepărtat al acestor operații rămâne fără valoare.

Lărgirea și aprofundarea permanentă a frontului de atac al chirurgiei, abordarea cu soluții chirurgicale ale unor domenii și afecțiuni inaccesibile până de curând (sistem nervos central, glande endocrine, cord, vase mari etc.) au determinat încă cu mai bine de jumătate de secol în urmă

desprinderea din marea chirurgie a specialităților fiice, devenite treptat specialități de sine stătătoare: ortopedia, urologia, ginecologia, O.R.L., oftalmologia. În ultimele trei decenii, fenomenul dezmembrării s-a accentuat. S-a desprins neurochirurgia, endocrino-chirurgia, chirurgia toracică cu cele două ramuri ale sale: a cordului și pulmonară, chirurgia vasculară, cea plastică, chirurgia mâinii etc.

Desigur că în acest proces de compartimentare continuă a cunoștințelor există pericolul de a pierde aspectul de ansamblu al omului bolnav. A îngusta atât de mult câmpul cunoașterii înseamnă de fapt a cădea în greșeala pe care a satirizat-o atât de plastic Bernard Shaw: „specialist este un om care știe din ce în ce mai mult, despre din ce în ce mai puține lucruri. Așa încât poate ajunge în cele din urmă să știe totul... despre nimic”. De aceea inițiativa de a elabora specialități noi nu este întotdeauna justificată: diviziunea nu servește întotdeauna practicii și învățământului chirurgical. Este o sarcină importantă pentru societățile de chirurgie – pentru școlile de chirurgie – de a tempera asemenea tendințe.

\*

În cele ce urmează, referindu-mă mai ales la specialitatea noastră, voi trece în revistă principalele domenii în care progresul chirurgical este evident, iar perspectivele sunt revoluționare.

Aceste domenii sunt:

1. Investigațiile paraclinice pre- și peroperatorii.
2. Grefele de țesuturi și organe (auto-, homo și heterogrefele).
3. Organele artificiale.
4. Organizarea chirurgicală modernă.

\*

În ceea ce privește primul capitol, se înțelege că sunt numeroase examinările biochimice, fizicale, biologice, radiologice etc. foarte folositoare chirurgiei, dar efectuate de alți specialiști. Investigația clinică cu scop diagnostic este ajutată azi de un număr apreciabil de aparate electronice, de înregistrare, măsurare, dozare, precizare a constantelor biologice, a datelor fiziologice, electrice, biochimice ale organismului. Progresul tehnic a permis o apreciere mult mai precisă, adesea cantitativă a procesului patologic lezional sau al funcției interesate.

Examinările pe care le vom spiciu pentru exemplificare sunt de graniță și au o parte de manoperă care aparține chirurgului.

Aici amintim:

- angiografiile de toate tipurile, inclusiv aorto, cavografia și splenoportografia;



- apoi între tehnicile radiologice utile chirurgiei, deși nu aparține ei, examenul radiologic gastro-intestinal – astăzi examinare de rutină – folosit prima oară incidental în 1898 de Cannon, când era încă student în medicină.

- manometriile căilor biliare, sist. port. circulației de reîntoarcere etc.

- endoscoopiile care practic au devenit o nouă specialitate, inclusiv posibilitatea preluării de biopsii, fotografia colorată și cinematografia endoscopică. Aceasta din urmă înzestrată cu analizator electronic permite identificarea automată a straturilor microscopice din preparatele biologice și poate fi combinată cu televiziunea microscopică.

Elementul nou în investigația medicală și chirurgicală este contribuția ciberneticii. Deosebit de interesantă este supravegherea bolnavului chirurgical prin mijlocirea instrumentelor electronice. Supravegherea intraoperatorie a mai multor funcții și parametri și reglarea automată, prin mijlocirea unui creier electronic a ritmului de administrare a narcoticului, analepticelor, sângelui transfuzat etc. a încetat să fie un fragment de viziune anticipativă din romanele științifico-fantastice. Acest tip de supraveghere se extinde în tot mai multe săli de operație. Întregul act medical apare din ce în ce mai puțin ca un act de creație personală și tot mai mult ca rezultatul unei investigații și participări colective.

Este cazul să mai amintim în materie de diagnostic de uriașele posibilități de memorizare, de clasificare, calcule

logico-matematice, pe care le au calculatoarele moderne, care fac naturală utilizarea lor și în diagnosticul chirurgical. Se pot elabora teorii logico-matematice ale diagnosticului, care duc la construirea unor programe pentru mașinile de calcul. În mașină se „introduc” simptomele; pe baza instrucțiunilor primite și a materialului statistic din memoria mașinii, se obține prin calcul o listă de diagnostice de luat în considerare. Unele variante de program folosesc exclusiv date anamnestice dintr-un chestionar, altele, simptome subiective și obiective. Mașina folosește experiența vastă a sute de medici și de cărți de medicină care i-a fost transmisă și înregistrată ca memorie mecanică, memorie care depășește în volum infinit de mult pe cel al memoriei omului. Mașina execută o acțiune „logică” rezultând dintr-un calcul matematic din care decurge diagnosticul. Acesta nu trebuie privit ca un răspuns absolut, ca un oracol. Mașina doar sugerează, orientează, controlează deducțiile, e un sfătuitor; ușurează munca medicului, ajutându-i memoria, înlesnindu-i operațiile logice de comparație și deducție.

Și tehnica chirurgicală propriu-zisă s-a perfecționat mult, și-a îmbogățit instrumentarul, au apărut aparatele mecanice de sutură digestivă și vasculară și un instrumentar diversificat, de mare finețe, adaptat fiecărui tip de operație.

Baza aceasta imensă de instrumentar și aparatură care permite o cunoaștere mai profundă a afecțiunii, un diagnostic mai precis, o urmărire științifică a intervenției,

presupune o industrie de aparataj medical dezvoltată, cu laboratoare de cercetare și proiectare, capabilă să creeze prototipuri care să devanseze în permanență nivelul existent și să susțină cercetarea în chirurgie și în disciplinele fundamentale.

Cortegiului acestuia triumfal al tehnicii, chimiei, electronicii în medicină, cu scopul de a obține cât mai multe și mai amănunțite date obiective, i se reproșează pe drept cuvânt tendința la dezumanizarea medicinei. Colocviul medic-bolnav este pe cale să dispară. De aceea, în continuare, nu trebuie subestimat contactul uman în favoarea tehnicii. Acest deziderat se cere cu atât mai mult în chirurgie: „În raporturile sale cu bolnavul – spune Pius Brînzeu, – chirurgul trebuie să procedeze în așa fel încât să reușească să și-l apropie sufletește, să îi câștige încrederea. El trebuie să îl conducă cu pricepere și cu multă dragoste pe drumul, uneori lung și greu, care duce până la vindecare”.

Toată această gamă de posibilități de investigație trebuie folosită rațional, în interesul bolnavului, sub controlul gândirii medicale, având în minte în permanență principala cerință a umanismului medical: „*primum non nocere, deinde salutare*”.

Amintim, în continuare, câteva capitole de patologie care au beneficiat în mod pregnant de investigațiile și tehnicile moderne de chirurgie și la care se întrevăd noi progrese:

a) În afecțiunile congenitale, în ultimii 40 de ani s-a progresat mai mult în tratamentul lor decât în întreaga istorie precedentă a medicinei. În special majoritatea leziunilor congenitale cardiace pot fi acum tratate în mod eficace. S-a perfecționat terapia adresată multor defecte formative ale feței, sistemului nervos central și musculo-scheletal, a tractului gastro-intestinal și genito-urinar. Majoritatea progreselor au inclus dezvoltarea tehnicilor chirurgicale pentru restaurarea structurii normale.

b) În problemele de șoc, moartea, așa cum era definită acum 20 de ani, poate fi acum evitată în unele cazuri, în aproape toate spitalele, prin masaj cardiac. Tehnicile moderne de reanimare vor fi din ce în ce mai mult folosite la bolnavii care au „murit la sosire”. Aplicabilitatea cea mai mare va fi la pacientul tânăr grav accidentat, însă altfel sănătos. La primire în centrul de reanimare vor trebui să stea la dispoziție măsuri ca hipotermia, circulația extracorporală etc. S-au făcut investigații considerabile în problema refrigerării imediate a pacientului „mort” recent, în scopul de a împiedica accidente tisulare ireversibile. Deocamdată, spre regretul cercetătorilor, protecția astfel produsă pentru creier, inimă și alte organe e de scurtă durată. Folosirea circulației extracorporale de urgență, eventual în asociere cu hipotermia, oferă șansa cea mai mare.

c) În afecțiunile inflamatorii și infecțioase, odată cu descoperirea antibioticelor, a existat o scurtă perioadă

optimistă în care se părea că problema infecției chirurgicale va fi în mare măsură eliminată. Apariția însă a unor mutații rezistenți a dat naștere la o populație bacteriană rezistentă la antibiotice în multe spitale. Astfel de organisme, în special mutații ai stafilococului, pot genera suprainfecții letale care vor fi probabil în viitor o problemă clinică tot mai dificilă. Vor fi fără îndoială elaborate noi antibiotice eficiente față de tulpinile rezistente, vor fi necesare de asemenea tehnici pentru a mări concentrația antibioticelor, în regiuni care sunt relativ izolate de compartimentul vascular. Soluția acestei probleme poate fi în mare măsură tehnică, dar pot apare soluții fiziologice pentru obținerea accesului la organele ascunse și bine protejate.

d) Oxigenarea adecvată a țesuturilor este cea mai urgentă cerință metabolică. Cercetarea viitoare va fi dirijată spre metode de sporire a eficacității oxigenării. În anii din urmă s-au apreciat favorabil camerele de presiune în care pacienții pot fi menținuți pe o perioadă lungă într-o ambianță de tensiune mărită de oxigen. Rezultate bune au fost comunicate în tratamentul tetanosului, gangrenei gazoase, infarctului de miocard etc.

e) Aplicarea hipotermiei în diverse situații e bazată pe principiul opus, pe cel al reducerii necesităților metabolice, și deci nu pe mărirea aprovizionării. În momentul de față, limitele hipotermiei sunt reduse. Răcirea minimă totală a corpului la 33-34°C este bine tolerată pe perioade lungi. Sub

această temperatură, hipotermia de lungă durată este greu tolerată. Apare o instabilitate cardiacă, ce duce la fibrilație ventriculară sau stagnarea acordului și necesită respirație artificială de urgență. Acidoze metabolice și modificări ale fluidelor complică repede evoluția. Efectele nedorite ale hipotermiei de lungă durată sunt în contrast cu reacția benignă la refrigerare, a animalelor care hibernează în mod natural. La multe animale care hibernează s-a constatat că au depozite subcutanate specializate de grăsime denumite „grăsime brună”. Extirparea acestei grăsimi face să dispară capacitatea de hibernare. Aceste constatări indică posibilitatea existenței în „grăsimea brună” a unor substanțe farmacologice active care, dacă vor putea fi izolate, vor permite producerea hibernării. Aplicațiile clinice ale hibernării ar putea avea atunci o rază mare de acțiune.

\*

În ceea ce privește grefele de țesuturi și organe, s-au făcut progrese importante și o perspectivă cu totul deosebită se deschide în acest domeniu. Se știe că obstacolele principale ale utilizării largi ale homogrefelor și heterogrefelor sunt mai mult biologice (imunologice) decât clinice. Se pare că cel mai mare succes până acum ca posibilitate de conservare, de transmitere și recepție l-a avut sângele și

derivatele sale biologice, prin centrele de transfuzii numeroase și în țara noastră care pot fi socotite „bănci de sânge”.

Prima bancă de sânge de cadavru în lume a organizat-o Samoy la Leningrad în 1938. În 1947, tot la Leningrad ia ființă laboratorul de conservare a țesuturilor pentru piele, nervi, vase, oase.

Metoda recunoscută astăzi ca cea mai bună de conservare a țesuturilor este liofilizarea, adică înghețarea rapidă a țesutului și deshidratarea în vid.

Osul și pielea au putut și ele în oarecare măsură să fie conservate și folosite.

Începuturi promițătoare, dar totuși modeste s-au făcut cu homo- și heterogrefele de organe, în speță grefa renală. Pentru alterarea potențialului imunologic al gazdei au fost utilizate: timectomia, splenectomia, iradierea și medicamentele citotoxice. În ultima vreme, folosirea lor combinată la animalele de experiență și la pacienți care au primit homogrefele renale a dus la rezultate preliminare încurajatoare.

Există și o altă cale relativ neexplorată și care probabil va fi cercetată în viitorul apropiat. Este aceea de a sensibiliza sau elimina potențialul antigenic al țesutului transplantat. Metoda precisă a eliminării potențialului antigenic al grefonului este greu de prevăzut. În orice caz, aceasta va fi o cale mai bună decât aceea care alterează gazda pentru a determina supraviețuirea grefei.

O altă problemă a cărei rezolvare va trebui perfecționată este aceea a protejării grefelor de ischemie în timpul transferului. Deși sensibilitatea față de anorexie variază la diferite țesuturi, necesitatea restaurării prompte a unui mediu compatibil cu viabilitatea celulară impune stricte limitări în toate proiectele de procurare a grefelor.

Metodele mai simple pentru păstrarea grefelor vor continua să se amplifice, în primul rând reducând cerințele biologice prin refrigerare. Refrigerarea la temperatura de  $-10^{\circ}$  până la  $-200^{\circ}\text{C}$  oferă promisiuni mai multe pentru păstrarea pe timp mai îndelungat a țesuturilor. Țesuturile simple pot fi conservate intacte timp de luni sau ani în stare congelată, însă până în prezent această metodă a fost ineficace pentru organe complexe. Probabil că organele ar putea fi mai bine conservate prin perfuzie, prin pediculii lor vascolari. Atunci va fi posibilă instituirea unei circulații artificiale în organ, imediat după scoaterea dintr-un cadavru sau donator viu. Avantajele hipotermiei ar putea fi ameliorate prin controlarea temperaturii perfuzatului. Prin metodele actuale, perfuzia de lungă durată a avut adesea ca rezultat edeme și prejudicii structurale ale organului.

Perfecționarea acestor tehnici va preocupa pe chirurghi în viitorii ani.

Realizarea unei grefe renale, domeniu în care există deja o oarecare experiență, necesită o aparatură complexă și variată, un mediu spitalicesc special amenajat și ultradotat.



În stadiu încă experimental se află problema homo- și heterogrefelor altor organe vitale (plămâni, inimă, ficat). Câteva încercări eroice, promițătoare inițial, dar care până la urmă au eșuat, s-au făcut prin reimplantarea unor extremități smulse. Cazurile sunt foarte puține, experiența neconcludentă și chiar nesatisfăcătoare. Va necesita un număr mare de cercetări de laborator și de observații clinice pentru a stabili gradul de restaurare funcțională care poate fi așteptat de la aceste autotransplante. Comportarea nervilor anastomozati va fi de mare importanță în această problemă.

Desigur, cu toate progresele realizate și care se vor realiza în ceea ce privește rezolvarea incompatibilității tisulare și a conservării, implantare organelor sau a extremităților va pretinde rezolvarea altor probleme, și anume acelor rezultate din denervare și din întreruperea circulației limfatice. Pe bună dreptate E. Thomas obiectează: „faptul că o mână grefată în condițiile actuale este numai un apendice tumefiat și nefolositor rămâne un subiect în discuție”.

Dar grefele de țesuturi și organe, pe lângă problemele de ordin tehnic și biologic, ridică după unii autori și probleme de ordin moral. Între altele, Hamburger, a cărui opinie nu o împărtășim întru totul, se întreabă „dacă avem dreptul de a ne face complicele unui om sănătos care dorește să ia riscurile asupra propriei sale persoane, pentru a încerca să salveze viața unui alt om, dăruind unul din rinichii săi”.

Heterotransplantarea prezintă probleme imunologice similare, dar cu mult mai mari decât cele din homotransplantare. În trecut se credea că diferențele genetice dintre gazdă și donator sunt atât de mari încât nu poate fi nicio speranță de a obține o supraviețuire funcțională de durată. Cu toate acestea, experiențele recente de transplantare a rinichilor de cimpanzeu și babuin la om au arătat necesitatea de a revizui această dogmă.

Scrutând viitorul grefelor de organe, la limita dintre ipoteză și vis, M.G. Ananiev spunea: „Undeva în clădirea spitalului de urgență Sklifosovski va putea fi văzut un frigider special, unde se păstrează corpurile unor oameni recent decedați. Circulația sângelui va fi menținută artificială, adică plastic vorbind vor fi niște «cadavre vii». orice moment chirurgul va putea lua din acest depozit de «piese de rezervă» orice ordine pentru a putea fi transplantat unui accidentat. În primul rând vom reuși să transplantăm membrele. Morții vor veni astfel în ajutorul celor vii”.

Făcând un scurt bilanț după datele publicate până în 1965 și care în prezent sunt depășite, până la acea dată au fost executate 300 de transplantări de rinichi, dintre care numai 6 cu rezultat pozitiv. Au fost făcute 4 transplantări de pulmon fără niciun rezultat pozitiv. Impresia actuală este că transplantele pulmonare nu vor fi apte pentru respirație în afară de cazul că pulmonul contra-lateral va iniția tusea și reflexele respiratorii. În fine merită să fie menționate 20 de

transplantări de ficat cu o supraviețuire a grefonului de maximum 23 de zile, 1 caz de transplantare a splinei de la mamă la sugar pentru hipoglobulinemie fără rezultat tardiv și o transplantare de inimă de la cimpanzeu la om cu o durată de supraviețuire a grefonului de o oră.

\*

Să amintim pe scurt și despre capitolul de organe artificiale. Numai cu 30 de ani în urmă, ideea folosirii unor organe artificiale părea o utopie. Astăzi, lista aceasta a țesuturilor și organelor artificiale este mare și se îmbogățește în fiecare an.

Chimia, prin materialele sintetice, a avut un rol important în această direcție. Protezele de capron, teflon și altele au fost folosite în operații plastice pentru refacerea defectelor de diafragm, a peretelui abdominal, vaselor etc. Apoi, policlorura de vinil și formolul polivinilic spongios au fost folosite pentru refacerea coledocului și a esofagului, iar pentru confecționarea unor segmente osoase, polimetilmetacrilatul de metil.

Dimetilpolisiloxanul, care are proprietățile fizice ale țesutului adipos uman, are mari perspective în chirurgia plastică. I se prevede un viitor strălucit în restaurarea frumuseții și refacerea formelor senilizate. În ortopedie, cel mai recent material care se experimentează în fracturi este o

pulbere de poliuretan denumită ostamer, care devine rigidă în cavitatea medulară.

Modele de proteze în uz astăzi sunt foarte variate. Cel mai mare succes îl au modelele simple care efectuează o singură funcție. Protezele vasculare cu mare răspândire, valvulele cardiace, protezele pentru capul femural, canale biliare esofaguri artificiale sunt exemple de substituenți de țesuturi sau organe în care principala funcție a mecanică. Calitatea lor se va îmbunătăți în viitor atât datorită cercetărilor privind compoziția lor, cât și experienței care se acumulează privind comportarea substanțelor folosite.

Pornind de la simple proteze, cuceririle tehnicii și ingeniozitatea savanților și medicilor au permis imaginarea organelor artificiale.

Pacemakerul cardiac este mai mult decât o proteză, deși îndeplinește o singură funcție. Singurul scop al acestui instrument implantat subcutanat sau chiar intracardiac pe termen lung este producerea unui stimul electric intermitent care să întrețină în activitate miocardul ventricular.

Organe artificiale mai complicate au fost puse la punct deja de mai mulți ani: rinichiul artificial, aparatul cord-pulmon, aparatul de circulație extracorporeală, ficatul artificial (cu o singură funcție, scoaterea amoniacului din sânge) etc.

Ele sunt consecințe și ale progresului tehnic, dar și ale cunoașterii mai aprofundate, datorită căreia s-au putut elabora reguli cantitative în medicină, formulate uneori chiar

în expresii matematice. Funcția renală, cardiovasculară, respiratorie se pretează deosebit de bine la astfel de formulări și realizarea organelor artificiale se fundamentează pe o cunoaștere precisă a lor.

Există numeroase proiecte de inimi artificiale, inimi care se pot fi schematiza în două tipuri:

a) o inimă ajutătoare pe lângă inima bolnavului, care să exercite o acțiune de pompare asemănătoare celei naturale și care să fie conectată organismului,

b) o inimă artificială din material plastic și conținând baterii care să înlocuiască inima naturală.

Toate exemplele pomenite dovedesc că progresele tehnice permit ca funcția organelor vitale să poată fi suplinită măcar parțial și pe un timp limitat de un organ creat de mâna omului.

Desigur că aceste organe artificiale au dezavantaje, dintre care cele mai importante sunt: acțiune temporară, incompletă, suplează numai anumite funcții, sunt plasate în afara corpului și sunt voluminoase, excluzând mobilitatea pacientului în timpul tratamentului, dar perfecționările sunt posibile și avem convingerea că în viitor vor fi înlăturate toate aceste dezavantaje. Idealul pentru viitor este fabricarea organelor artificiale în dimensiunea dorită pentru implantarea internă. Problemele de rezolvat sunt enorme până cordul, ficatul, rinichii artificiali în bună stare funcțională vor putea fi folosite în interiorul corpului.

Cibernetica a avut de spus un cuvânt greu și în materie de organe artificiale. Se poate vorbi astăzi și de „proteze cibernetice”. Revoluția în acest sector este generată de mutarea accentului de pe o parte pe elementul semnal-comandă - deci pe elementul „informație” – pe de altă parte pe elementul reglare „automată”. O proteză cibernetică este de exemplu mâna mecanică în care mișcările sunt comandate de către biocurenții emiși, chiar de către creierul omenesc.

Au fost imaginate de asemenea proteze auditive electronice și proteze electronice pentru orbi.

\*

Capitolul de organizare chirurgicală a marcat succese cu totul deosebite în epoca noastră, beneficiind enorm de pe urma revoluției tehnico-științifice. Vom spicui câteva exemplificări din acest imens domeniu. Organizarea meticuloasă și promptă a asistenței chirurgicale de urgență în marile orașe are ca verigă sistemul centralizat de apel la accident sau bolnav, salvările antișoc dotate cu personal și material pentru intervenție rapidă și calificată, secțiile de reanimare, sălile de operație de urgență funcționând 24 de ore din 24. Ion Mureșan, profesor de chirurgie la Clinica Bega, vorbind de elementele care condiționează prognosticul în urgențele chirurgicale, arată că țin în primul

rând „de diagnostic precoce și de transport rapid, măsuri terapeutice complexe și calificate, condiții pe deplin realizabile în epoca noastră”.

Contribuția automatizării este și ea importantă; folosirea calculatoarelor electronice ca mijloc de reducere a personalului mediu, pentru supravegherea bolnavului, pentru evidența morbidității, de asemenea aportul statisticii matematice calculată electronic, metodă valoroasă și cea mai obiectivă pentru cercetarea clinică.

Internaționalizarea informației chirurgicale, pe lângă faptul că ne pune la curent cu toate problemele actuale ale specialității, pretinde, din cauza imensului material scris care apare mereu, sisteme de catalogare și fișare modern care să ușureze informația.

Asistența chirurgicală contemporană, dezvoltarea ei, a devenit mai mult ca oricând o chestiune colectivă. În echipă complexă chirurgicală intră din ce în ce mai des ingineri electroniști, ingineri medicali (specializați în domeniul aparaturii medicale), biochimiști, fizicieni, biologi. „Talentul unui chirurg, șef de școală, bun organizator, spune Theodor Burghel, se dezvăluie și se îmbogățește de regulă numai prin colectivul de care e legat, de școala creată de el. În afara unui colectiv de adepți, ajutoare din mai multe specialități și continuatori devotați, chirurgul contemporan riscă să devină inutil oricât ar fi de talentat”.

\*

Educația chirurgicală a studenților în medicină s-a schimbat radical în ultimele decenii. Orientarea actuală este spre expunerea practică (lecții clinice, stagii mai bine organizate, policlinica), deci învățământ legat de bolnav în clinică, spre deosebire de abordarea mai veche mai mult teoretică.

Unele școli din străinătate au totuși tendința de a micșora stagiul de practică. Se afirmă chiar că internatul e un timp pierdut, deoarece aceleași cunoștințe și practică se pot dobândi ca student sau ca secundar la o specialitate.

Chirurgii, mai ales cei care se ocupă cu învățământul, trebuie să aprecieze critic rezultatele unor astfel de inovații în cadrul planului de învățământ. Experiența practică în educația chirurgicală de după absolvire a indicat necesitatea precauției la reducerea timpului de pregătire și rezervă față de specializarea precoce. Este mai recomandabil un timp mai îndelungat pentru a obține o pregătire în principiile de bază ale chirurgiei, înainte de a se dedica unei specialități chirurgicale.

„O educație vastă în chirurgie, spune Thomas E., este necesară și pentru promovarea în continuare a orizonturilor noi în chirurgie. În trecut s-au deschis domenii noi de specializare nu de către specialiști cu interese limitate, ci de chirurghi, a căror practică includea aproape invariabil un timp petrecut în laboratoare științifice. Întemeietorii neuro-



chirurgiei, cardio- și toraco-chirurgiei, ortopediei, chirurgiei mâinii, urologiei, ginecologiei, oto-rino-laringologiei au fost cu toții întâi chirurghi, apoi specialiști chirurghi.

Descoperirea și utilizarea noilor cunoștințe se va face probabil în continuare de către oameni care cunosc chirurgia în principiile ei, și nu de către cei care cunosc o fracțiune din problema totală”.

Chirurgia, o specialitate recunoscut curativă, manifestă în ultima vreme unele tendințe înnoitoare privind implicațiile sociale și posibilitățile de profilaxie ale bolilor chirurgicale. Tot ce are legătură cu omul, cu sfera lui de activitate, manifestări în aparență disparate, ca munca și mediul ei, alimentația, sportul, urbanismul, circulația începe să o intereseze.

Convalescența, reîncadrarea socială și biologică a operațiilor, rezultatele tardive ale unor intervenții ca și supraviețuirile la distanță ale unor operații cu pretenție de radicalitate oncologică, iată noi domenii în care chirurgia își extinde preocupările.

Este cu totul simplistă optica unor cercuri nemedicale și chiar medicale cu privire la înțelegerea disciplinelor chirurgicale numai ca probleme de tehnică strict operatorie. Oricâtă importanță are manualitatea în aceste domenii, chirurgii ca și ceilalți specialiști nu pot să facă abstracție de mediul biologic și social al pacienților, de echilibrul lor metabolic și electrolitic, și nici de funcțiile diverselor aparate și sisteme.

Din punct de vedere social, pentru sănătatea publică extinderea și perfecționarea sistemului de calificare a chirurgilor, internat, secundariat, stagii, specializări, a dus la crearea unei rețele largi de chirurghi calificați, care a făcut ca tratamentul chirurgical de înaltă clasă să fie accesibil unui număr din ce în ce mai mare de bolnavi. Numai ca să ne facem o idee despre amploarea activității chirurgicale actuale, este destul să amintim că anual se practică în întreaga lume circa 50-60 de milioane de operații. În țara noastră, media anuală de operații în prezent este de 400.000, cu numai 0,8% mortalitate globală - comparată cu mortalitatea operatorie de peste 50% de acum un secol în urmă. În regiunea Banat se practică anual 35.000 de operații, dintre care circa 15.000 în Timișoara. Se înțelege că ne referim la operațiile efectuate la toate specialitățile chirurgicale.

\*

Aș dori, înainte de a încheia, să prezint câteva date care mi se par semnificative asupra activității chirurgicale și a progreselor recente.

Dacă m-aș referi la situația de la începutul secolului, aș constata că tumorilor cerebrale, bolilor congenitale și câștigate ale inimii, tumorilor esofagului și ale plămânului și desigur și altele care n-aveau sancțiune chirurgicală și deci

nicio speranță, chirurgia le asigură astăzi un procentaj substanțial de succese și chiar supraviețuiri îndelungate.

Dacă ne referim la mortalitatea operatorie, la principalele tipuri de operații care se executau și în 1900, constatăm că a scăzut uimitor:

- tiroidectomia de la 40% la sub 1%;
- colecistectomia de la 20% la 1%;
- rezecțiile gastrice le de la 25% la 1-2%.

Chiar banala apendicectomie dădea o mortalitate de 5%, ca să ajungă astăzi, cu excepția cazurilor complicate, la o mortalitate practic o.

Alături de chirurgia reparării plăgilor, care este cea mai veche, apoi cea de exereză, se dezvoltă astăzi rapid chirurgia reparatorie și plastică, iar un suport solid fiziopatologic permite dezvoltarea și a chirurgiei fiziologice, al cărei scop este de a modifica funcția corpului sau a unui organ bolnav prin mijloace chirurgicale, de a restabili cât mai mult funcția normală a organului lezat.

Fără îndoială că perspective minunate se deschid în fața chirurgiei, care va aduce multe soluții în problemele nerezolvate încă ale patologiei umane.

Alături de celelalte specialități medicale, ea are înscris ca obiectiv restabilirea sănătății compromise prin boală și, implicit, prelungirea duratei vieții. Trebuie amintit cu această ocazie că media de vârstă a omului a crescut cu aproximativ 1 an pentru fiecare an din ultimii 20 care au trecut. În această

privință chirurgia și-a adus contribuția ei. Completa sau aproape completa dispariție a bolilor va prelungi considerabil viața omului. Nu este o utopie părerea exprimată de Luther Terry, conducătorul serviciilor americane de ocrotire a sănătății, că „datorită dezvoltării științelor medicale, inclusiv a chirurgiei, peste 20 de ani majoritatea bolilor incurabile vor dispărea. Medicina va putea lupta eficient împotriva hepatitei, cancerului, diabetului, aterosclerozei, encefalitei etc.

Inima artificială va deveni ceva obișnuit și oamenii își vor putea înlocui organele rănite sau bolnave prin «piese artificiale»”.

## Bibliografie

- Ander Z., *Elemente de deontologie medicală*, București, Editura Medicală, 1965.
- Baraschi C. , *Nudul*, București, Editura Meridiane, 1966.
- Binet I.P., Langlois J., Carpentier A. , „Chirurgie en 1965”, *La revue du praticien*, XV, Nr. 34, 21.IX.1965, p. 3111.
- Bologa V., ed., *Contribuții la istoria medicinei în R.P.R.*, București, Editura Medicală, 1955.
- Bologa V., ed., *Istoria Medicinei*, București, Editura Medicală, 1963.
- Bologa V., Izsac S., *Fapte și oameni din trecutul medicinei în patria noastră*, București, Editura Științifică, 1962.
- Brînzeu P., *Simțul clinic și arta diagnosticului*, Timișoara, Editura Facla, 1973.
- Brînzeu P., *Educația estetică în chirurgie*, Editura didactică și pedagogică, București, 1966.
- Burghele Th., „Umanizarea spitalului și a activității chirurgicale” I, *Muncitorul Sanitar*, 30.IX.1961.
- Burghele Th., „Umanizarea spitalului și a activității chirurgicale” II, *Muncitorul Sanitar*, 7.X.1961.

- Caloghera C., „Unele probleme ale colaborării medico-chirurgicale”, Comunicare în ședința colectivului medico-chirurgical al Spitalului nr. 2 din Timișoara, 14.III.1963.
- Collart P., „Etat actuel des recherches sur la persistance des tréponemes au cours de la syphilis tardivement traitée”, *Bull.Derm.*, Nr. 4, 1965, p. 542.
- Fiessinger N., *Les premiers pas en médecine*, Paris, Masson, 1940.
- Frenk E., *La microscopie electronique en dermatologie médecine et hygiène*, Nr. 749, 1966, p. 947
- Glaser H., *Dramatische Medizin Selbstversuche von Ärzten*, Zürich, Orell Füssli, 1959.
- Grether H., „Dermatologie als moderne Wissenschaft”, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Nr. 34, 1965, pp. 1453-57.
- Gros Ch., Vrousos C., „La thermographie médicale”, *Le concours médical*, Nr. 41, 1966.
- H.E. Kleine-Natrop, „Der Hautarzt”, *Zeitschrift für Dermatologie*, Nr. 3, 1962, pp. 131-134.
- Hoffman E., „Sieben Folgen nach einer glücklichen Entdeckung”, *Dermatologische Wochenschrift*, Nr. 46, 1957, p. 1229.
- Kahn J., „Comment vivrons-nous en 1985?” *Humanité Dimanche*, Nr. 848, 1954.
- Kassirski I., „Din ziarul *Mediținskii rabotnik*”, *Muncitorul Sanitar*, 25.II.1961.

- Mandache F., „Tehnica în serviciul chirurgiei fiziologice”, *Muncitorul Sanitar*, 2.IX.1961.
- Marchionini A., Schropf F., „Über die Darstellung von Hautkrankheiten im Bibliotheksraum des Klosters Waldsassen”, *Der Hautarzt*, Nr. 3, 1962, pp. 131-134.
- Marchionini A., *Relația dermatologiei cu arta și științele*, conferință ținută la Universitatea din Chicago.
- Mureșan I., *Preocupările actuale și perspectivele de viitor ale chirurgiei*, manuscris.
- Mureșan I., *Chirurgie*, Fascic. IV, Institutul de Medicină Timișoara, 1967.
- Mureșan I., *Curs de Chirurgie (Abdomenul)*, Institutul de Medicină Timișoara, 1956.
- Nichifor E., Bocîrnea C., *Medicina și muzica*, Editura Medicală, București, 1965.
- Nicolau S.C., „Istoria dermatologiei trăite”, *Hautarzt*, 1966, pp. 40-42.
- Nicolau S.C. și colab., *Cercetări asupra situației epidemiologiei actuale a leprei la noi în țară. Considerațiuni asupra profilaxiei acestei boli*, București, Editura Academiei R.P.R., 1955.
- Parin V. , „Cibernetica, mașina și omul”, *Mediținskii rabotnik*, Nr. 9, 1969.
- Pădureleanu M., „Dimensiunile actuale ale medicinei”, *Contemporanul*, 31.III.1967.
- Păunescu-Podeanu A., „Medicina și electronica”, *Timișoara Medicală*, VI, nr. 1, 1961.

- Păunescu-Podeanu A. „Unde a ajuns și încotro se îndreaptă medicina actuală?”, *Actualitate în medicina internă*, Editura Medicală, București, 1957.
- Postelnicu D., „Mecanizarea diagnosticului”, *Muncitorul Sanitar*, 2.XI.1966.
- Rosenthal O., *Wunderheilungen und ärztliche Schutzpatrone in der bildenden Kunst*, Leipzig, Vogel, 1925.
- Rothe H., „La medicine et les thérapeutes dans le monde de Shakespeare”, *Ciba Symposium*, Vol. 14, Nr. 2, 1966.
- Saegesser F., „Evolution de la chirurgie”, *Medicine et Hygiene*, Nr. 653, 9.IX.1965, p. 717.
- Săhleanu V., „Bioritmurile în atenția medicinei contemporane”, *Muncitorul Sanitar*, 3.II.1962.
- Welch S., „The History of Surgery”, *Textbook of Surgery*, ed. David Christopher, Philadelphia, London, Saunders, 1965.
- Sutton R. , *Diseases of the Skin: Mercurialis 1572*. *Archives of Dermatology* Vol. 94, nr. 6-1966.
- Starzl Th. E., „Horizons in Surgery” *Textbook of Surgery*, ed. David Christopher, Philadelphia, London, Saunders, 1965.
- Vasiliev M., Gușcev S., *Reportaj din secolul al XXI-lea*, București, Editura Tineretului, 1960.



# Cuprins

<b>Notă .....</b>	<b>7</b>
Prof. univ. emerit dr. Dan V. Poenaru	
<b>Cuvânt înainte.....</b>	<b>9</b>
Academician Pius Brînzeu	
<b>Simțul clinic și arta diagnosticului .....</b>	<b>13</b>
Academician Pius Brînzeu	
<i>Lecția 1</i>	
<b>Ce este simțul clinic? .....</b>	<b>19</b>
Academician Pius Brînzeu	
<i>Lecția a 2-a</i>	
<b>Spiritul de observație și metoda observației în medicină.....</b>	<b>37</b>
Academician Pius Brînzeu	
<i>Lecția a 3-a</i>	
<b>Importanța cunoașterii în medicină .....</b>	<b>75</b>
Academician Pius Brînzeu	
<i>Lecția a 4-a</i>	
<b>Baza logică a diagnosticului.....</b>	<b>89</b>
Academician Pius Brînzeu	

<i>Lecția a 5-a</i>	
<b>Regulile diagnosticului clinic.....</b>	<b>115</b>
Academician Pius Brînzeu	
<i>Lecția a 6-a</i>	
<b>Erorile de diagnostic și semnificația lor.....</b>	<b>143</b>
Academician Pius Brînzeu	
<i>Lecția a 7-a</i>	
<b>Tradiție, actualitate și maestru în medicină.....</b>	<b>183</b>
Academician Octavian Fodor	
<i>Lecția a 8-a</i>	
<b>Igiena mintală și sănătatea psihică.....</b>	<b>193</b>
Prof. dr. Eduard Pamfil	
<i>Lecția a 9-a</i>	
<b>Psihologia, știință a omului.....</b>	<b>205</b>
Prof. dr. Eduard Pamfil	
<i>Lecția a 10-a</i>	
<b>Dincolo de suprafață în dermatologie.....</b>	<b>215</b>
Prof. dr. Mișu Anghelescu	
<i>Lecția a 11-a</i>	
<b>Actualitatea chirurgiei și perspectivele ei în următoarele 2-3 decenii .....</b>	<b>237</b>
Prof. dr. doc. Constantin Caloghera	
<b>Bibliografie .....</b>	<b>277</b>